



ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

- **Le remboursement des soins est à demander dans les 90 jours qui suivent la réalisation des actes.**
- Le tiers-payant étant subordonné à l'utilisation de l'attestation de prise en charge, tout titre de paiement doit être accompagné d'un volet original de cette liasse.
- Le tiers-payant est un service mis à disposition de l'employeur par CNP Assurances pendant la période d'effet du contrat les liant. À ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.
- **L'agent ne doit pas transmettre sa carte VITALE au praticien et ne doit rien envoyer à la Sécurité sociale. Cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par l'employeur.** CNP Assurances se subroge à celui-ci pour la prise en charge totale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à l'employeur de l'agent pour règlement du solde dû. CNP Assurances se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis du médecin conseil.
- **SEULS LES SOINS IMPUTABLES À L'ACCIDENT DE SERVICE, TRAJET OU MALADIE PROFESSIONNELLE SERONT PRIS EN CHARGE.**

Cette attestation de prise en charge ne devra pas être utilisée en cas d'accident de "vie privée".

Je soussigné(e) Mme, M. :

Fonction :

Employeur :

Atteste que, en date du/...../.....

Mme, M. : Prénom :

a été victime d'un accident de service, trajet ou maladie professionnelle, sous réserve de la reconnaissance de l'imputabilité par l'autorité administrative.

En sa qualité de **titulaire/stagiaire affilié à la CNRACL**, il est soumis à la législation particulière concernant la **Fonction publique territoriale ou hospitalière** sur les accidents de service, trajet ou maladie professionnelle. Les frais médicaux et pharmaceutiques consécutifs à cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge par CNP Assurances.

La partie "**Relevé des honoraires médicaux**" est à adresser à **Sofaxis** sous un délai de 90 jours à compter de la date du premier acte.

Rappel important : *Le signataire attestant ces renseignements est passible, en cas de fausse déclaration, de sanctions disciplinaires et/ou pénales en application de l'article 29 du titre I du statut général de la Fonction publique et des articles L. 441-7, L. 313-1 et 313-3 du Code pénal.*

Fait à :

Signature et cachet de l'employeur

Le :

--	--	--	--	--	--

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

CNP Assurances, porteur du risque, et son délégataire, sont chacun responsable au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016) de traitements de données à caractère personnel vous concernant :

- en votre qualité d'interlocuteur de la collectivité employeur,
- en votre qualité d'agent (victime d'un accident de service, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle),
- en votre qualité de praticien ayant réalisé un acte médical (lié à l'accident de service, de trajet ou à une maladie professionnelle d'un agent dont l'employeur est assuré auprès du porteur de risques).

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité principale la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance statutaire souscrit par le CDG ou la collectivité employeur, et pour sous-finalité la gestion des sinistres et du tiers payant.

La licéité de ces traitements repose sur :

- l'intérêt légitime des responsables du traitement, les traitements mis en œuvre étant nécessaires à l'exécution du marché/contrat attribué par le CDG ou la collectivité employeur à CNP Assurances et son délégataire,
- le consentement de l'agent, les traitements portant pour partie sur des données particulières au sens du RGPD (données de santé).

Les catégories de données collectées et traitées dans le cadre de la gestion du tiers payant sont les suivantes :

- pour les données relatives à l'interlocuteur au sein de la collectivité employeur : identité (nom, prénom) et fonction au sein de la collectivité,
- pour les données relatives à l'agent : état civil, situation professionnelle, ainsi que données particulières au sens du RGPD (données de santé),
- pour les données relatives au praticien : identité ou interlocuteur si personne morale, adresse postale et mail, RIB.

Ces données personnelles sont collectées directement auprès de la personne concernée (interlocuteur au sein de la collectivité, praticien), mais également indirectement (données relatives aux agents transmises par l'employeur).

Elles sont destinées :

- aux services / équipes du délégataire en charge de la gestion des sinistres statutaires ;
- aux services de CNP Assurances en charge de l'assurance statutaire ;
- à la collectivité employeur, et au CDG ;

ainsi que, et uniquement pour les données qui les concernent :

- aux services / équipes du délégataire en charge des Flux économiques et financiers et comptabilité ;
- aux services / équipes en charge de la relation clients ;
- aux sous-traitants ou prestataires impliqués dans la mise en œuvre du traitement.

Le renseignement des rubriques vous concernant (interlocuteur collectivité, agent, praticien) est obligatoire ; à défaut le délégataire pourrait être dans l'impossibilité de répondre à la demande de tiers payant ou le temps de traitement pourrait être retardé. Vos données sont conservées pendant la durée du contrat d'assurance souscrit par la collectivité employeur, augmentée à la fois de la durée des prescriptions légales ainsi que des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Par ailleurs et sous certaines conditions, vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement ainsi qu'à la portabilité de vos données.

En outre, dans l'hypothèse où le traitement est fondé sur la notion d'intérêt légitime, vous disposez également du droit de vous opposer au traitement de vos données pour des raisons tenant à votre situation particulière,

- l'existence de motifs légitimes et impérieux qui prévaudraient sur vos intérêts et droits et libertés ; ou
- la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Vous pouvez exercer ces droits, en justifiant de votre identité, en contactant le Délégué à la protection des données (DPO) de CNP Assurances par courrier postal (4 Place Raoul Dautry – 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

Vous disposez enfin du droit d'introduire une réclamation auprès de la C.N.I.L. :

- 3, Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07
- Tél. : 01.53.73.22.22



À remplir par le praticien et à nous retourner à l'adresse ci-après
sous 90 jours après chaque acte

À nous retourner à l'adresse suivante :
SOFAXIS
CS 80006 - 18020 Bourges cedex

RELEVÉ DES HONORAIRES MÉDICAUX

- Le remboursement des soins est à demander dans les 90 jours qui suivent la réalisation des actes.
- Le tiers-payant étant subordonné à l'utilisation de l'attestation de prise en charge, tout titre de paiement doit être accompagné d'un volet original de cette liasse.
- Le tiers-payant est un service mis à disposition de l'employeur par CNP Assurances pendant la période d'effet du contrat les liant. À ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.
- L'agent ne doit pas transmettre sa carte VITALE au praticien et ne doit rien envoyer à la Sécurité sociale. Cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par l'employeur. CNP Assurances se subroge à celui-ci pour la prise en charge totale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à l'employeur de l'agent pour règlement du solde dû. CNP Assurances se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis du médecin conseil.
- SEULS LES SOINS IMPUTABLES À L'ACCIDENT DE SERVICE, TRAJET OU MALADIE PROFESSIONNELLE SERONT PRIS EN CHARGE.

À compléter par l'employeur *Merci de vérifier que les informations soient bien transcrites sur l'ensemble du feuillet*

Accident de service Accident de trajet Maladie professionnelle

Survenu le : à h

Siège des lésions : Latéralité de la blessure : Droite Gauche

Agent accidenté
Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

N° de Sécurité sociale :

Désignation et adresse de l'employeur :

.....

À compléter par le praticien **JOINDRE VOTRE RIB au format BIC IBAN** pour permettre le règlement de la prestation si non transmis
Transmettre les originaux des ordonnances, prescriptions (pharmacies, kinésithérapies, radiologies, examens biologiques...)

E-mail : pour envoi du justificatif de règlement

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte + codification	Part assuré(e) réglée		Montant(s) en Euros
			oui	non	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le praticien soussigné s'engage à porter exclusivement dans le tableau les actes médicaux liés à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle survenu à l'agent, mentionné ci-dessus, sous peine des risques encourus en cas de faux ou usage de faux (article L. 441-7 du Code pénal) en cas d'escroquerie ou de tentative d'escroquerie (articles L. 313-1 et L. 313-3 du Code pénal). **Le montant global de ces honoraires s'élève à :** €

Fait à

le :

Signature et cachet du praticien

N° Siret/Adéli :

CNP63124-v04 - 03/2021

NOTE EXPLICATIVE

➤ Attestation de prise en charge des honoraires médicaux

à remettre aux agents placés en accident de service, trajet ou maladie professionnelle

Chaque praticien ou auxiliaire médical (médecin, pharmacien, etc.) devra compléter le volet et **le retourner sous 90 jours** après la réalisation de chaque acte pour règlement à **l'adresse indiquée en haut du recto** (accompagné si cela n'a pas été fait de son **RIB au format BIC IBAN**).

Le volet doit être présenté par l'agent à chacun des praticiens ou auxiliaires médicaux consultés, suite à cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle. Le tiers-payant étant subordonné à l'utilisation de l'attestation de prise en charge, tout titre de paiement doit être accompagné d'un volet original de cette liasse.

➤ À l'attention de l'agent

À FAIRE

- Déclarer mon accident de travail à mon employeur.
- M'assurer auprès de mon employeur que cet accident est bien imputable au service. CNP Assurances se réserve le droit de refuser la prise en charge sur avis du médecin conseil.
- Transmettre un **«Relevé des honoraires médicaux»** à chaque praticien afin que le tiers payant soit assuré.

À NE PAS FAIRE

- Présenter ma carte VITALE.
- Transmettre des documents à la Sécurité sociale.
- Utiliser le **«Relevé des honoraires médicaux»** dans le cadre d'un accident de vie privée.

À remplir obligatoirement par l'employeur avant de délivrer la liasse à l'agent accidenté :

- Précisez le type et la date de l'évènement, ainsi que l'heure de l'accident de service ou de trajet.
- Précisez les renseignements relatifs à l'agent.
- Notez votre raison sociale et votre adresse.

À remplir par le praticien : (pour rappel, ne demandez pas la carte VITALE de l'agent).

- Chaque praticien devra inscrire dans ce cadre les renseignements le concernant et faire parvenir toutes les pièces nécessaires (ex. : Demandes d'accord préalable, prescriptions, ordonnances...).
- Les dépassements liés à certains actes ou soins pourront faire l'objet d'une indemnisation partielle, le solde étant alors réglé au praticien par l'employeur.
- CNP Assurances se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis du médecin conseil.

À remplir par le praticien et à nous retourner à l'adresse ci-après sous 90 jours après chaque acte

CNP ASSURANCES

RELEVÉ DES HONORAIRES MÉDICAUX

Le remboursement des soins est à demander dans les 90 jours qui suivent la réalisation des actes.
Le tiers-payant étant subordonné à l'utilisation de l'attestation de prise en charge, tout titre de paiement doit être accompagné d'un volet original de cette liasse.
Le tiers-payant est un service mis à disposition de l'employeur par CNP Assurances pendant la période d'effet du contrat les liant. À ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution du contrat.
L'agent ne doit pas transmettre sa carte VITALE au praticien et ne doit rien envoyer à la Sécurité sociale. Cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par l'employeur. CNP Assurances se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis du médecin conseil.
SEULS LES SOINS IMPUTABLES À L'ACCIDENT DE SERVICE, TRAJET OU MALADIE PROFESSIONNELLE SERONT PRIS EN CHARGE.

À compléter par l'employeur Merci de vérifier que les informations soient bien transcrites sur l'ensemble du feuillet

Accident de service Accident de trajet Maladie professionnelle

Survenu le : / / à h

Siège des lésions : _____ Latéralité de la blessure : Droite Gauche

Agent accidenté
Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

N° de Sécurité sociale :

Désignation et adresse de l'employeur : _____

À compléter par le praticien E-mail : _____ pour envoi du justificatif de règlement

JOINDRE VOTRE RIB au format BIC IBAN pour permettre le règlement de la prestation si non transmis
(Transmettre les originaux des ordonnances, prescriptions pharmaceutiques, kinésithérapiques, radiologiques, examens biologiques...)

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte + condition	Part assurée	(e) réglée	Montant(s) en Euros
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Le praticien s'engage à porter exclusivement dans le tableau les actes médicaux liés à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle survenu à l'agent, mentionné ci-dessus, sous peine des risques encourus en cas de facturation de l'acte (article L. 441-2 du Code pénal) en cas d'escroquerie ou de tentative d'escroquerie (articles L. 313-1 et L. 313-3 du Code pénal). **Le montant global de ces honoraires s'élève à :** €

Fait à _____ le : / /

Signature et cachet du praticien

N° Siret/Adéli : _____

CNP Assurances - Siège social : 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS cedex 15
Société Anonyme au capital de 600 018 471 € entièrement libéré - Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Paris 9 341 727 962

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

CNP Assurances, porteur du risque, et son délégataire, sont chacun responsable au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016) de traitements de données à caractère personnel vous concernant :

- en votre qualité d'interlocuteur de la collectivité employeur,
- en votre qualité d'agent (victime d'un accident de service, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle),
- en votre qualité de praticien ayant réalisé un acte médical (lié à l'accident de service, de trajet ou à une maladie professionnelle d'un agent dont l'employeur est assuré auprès du porteur de risques).

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité principale la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance statutaire souscrit par le CDG ou la collectivité employeur, et pour sous-finalité la gestion des sinistres et du tiers payant.

La licéité de ces traitements repose sur :

- l'intérêt légitime des responsables du traitement, les traitements mis en œuvre étant nécessaires à l'exécution du marché/contrat attribué par le CDG ou la collectivité employeur à CNP Assurances et son délégataire,
- le consentement de l'agent, les traitements portant pour partie sur des données particulières au sens du RGPD (données de santé).

Les catégories de données collectées et traitées dans le cadre de la gestion du tiers payant sont les suivantes :

- pour les données relatives à l'interlocuteur au sein de la collectivité employeur : identité (nom, prénom) et fonction au sein de la collectivité,
- pour les données relatives à l'agent : état civil, situation professionnelle, ainsi que données particulières au sens du RGPD (données de santé),
- pour les données relatives au praticien : identité ou interlocuteur si personne morale, adresse postale et mail, RIB.

Ces données personnelles sont collectées directement auprès de la personne concernée (interlocuteur au sein de la collectivité, praticien), mais également indirectement (données relatives aux agents transmises par l'employeur).

Elles sont destinées :

- aux services / équipes du délégataire en charge de la gestion des sinistres statutaires ;
- aux services de CNP Assurances en charge de l'assurance statutaire ;
- à la collectivité employeur, et au CDG ;

ainsi que, et uniquement pour les données qui les concernent :

- aux services / équipes du délégataire en charge des Flux économiques et financiers et comptabilité ;
- aux services / équipes en charge de la relation clients ;
- aux sous-traitants ou prestataires impliqués dans la mise en œuvre du traitement.

Le renseignement des rubriques vous concernant (interlocuteur collectivité, agent, praticien) est obligatoire ; à défaut le délégataire pourrait être dans l'impossibilité de répondre à la demande de tiers payant ou le temps de traitement pourrait être retardé. Vos données sont conservées pendant la durée du contrat d'assurance souscrit par la collectivité employeur, augmentée à la fois de la durée des prescriptions légales ainsi que des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Par ailleurs et sous certaines conditions, vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement ainsi qu'à la portabilité de vos données.

En outre, dans l'hypothèse où le traitement est fondé sur la notion d'intérêt légitime, vous disposez également du droit de vous opposer au traitement de vos données pour des raisons tenant à votre situation particulière, à moins que le traitement soit justifié par :

- l'existence de motifs légitimes et impérieux qui prévaudraient sur vos intérêts et droits et libertés ; ou
- la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Vous pouvez exercer ces droits, en justifiant de votre identité, en contactant le Délégué à la protection des données (DPO) de CNP Assurances par courrier postal (4 Place Raoul Dautry – 75716 Paris Cedex 15) ou par courriel (dpo@cnp.fr).

Vous disposez enfin du droit d'introduire une réclamation auprès de la C.N.I.L. :

- 3, Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07
- Tél. : 01.53.73.22.22