



CENTRE DE GESTION DES VOSGES

1, chemin de l'Orée du Bois
88390 UXEGNEY

Téléphone : 03 29 35 63 10



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 **votre Centre de gestion** 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

Le présent formulaire permet la mise en œuvre du tiers payant pour le remboursement de soins dispensés à un agent et imputables à un accident de service, de trajet ou à une maladie professionnelle.

L'assureur couvrant les risques statutaires de la collectivité employeur (en l'espèce CNP Assurances), est 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 a souscrit un contrat d'assurance statutaire).

Son délégué de gestion est également amené à intervenir en qualité de responsable de traitement autonome.

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

La licéité de ces traitements repose sur :

- l'exécution du contrat s'agissant des traitements portant sur les données personnelles des interlocuteurs de la collectivité et des agents ;
- l'intérêt légitime du/des responsable(s) de traitement pour ceux portant sur les données personnelles des praticiens, les traitements mis en œuvre étant nécessaires à l'exécution du marché/contrat attribué par le CDG ou la collectivité employeur à CNP Assurance et son délégué.
- l'exception prévue à l'article 9 §2 b) du RGPD (contrat d'assurance relevant du champ de la protection sociale), s'agissant des données de santé relatives aux agents.

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 : coordonnées professionnelles 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, coordonnées professionnelles et 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 collaborateurs habilités du délégué en charge de la gestion du tiers payant ;
- à la collectivité employeur, et le cas échéant au CDG ;

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

- aux services / équipes du délégué 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 l'assureur et son délégué pourraient 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 nécessaire au traitement et à la clôture du dossier sinistre de l'agent, augmentée de la durée des prescriptions légales. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Sous certaines conditions, vous disposez également du droit de vous opposer au traitement et du droit à la portabilité de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter par courrier électronique le Délégué à la Protection des données (DPO) de CNP Assurances : dpo@cnp.fr ou par courrier postal à : CNP Assurances, à l'attention du DPO, 4 Promenade Cœur de Ville – 92130 Issy-Les-Moulineaux. Un justificatif d'identité pourra vous être demandé.

Si vous estimez, après avoir contacté le DPO, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.





CENTRE DE GESTION DES VOSGES

1, chemin de l'Orée du Bois
88390 UXEGNEY

Téléphone : 03 29 35 63 10



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 :

R0145/23A - 02/2023

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 en tant qu'agent. 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 PRIÉS EN CHARGE.

À compléter par l'employeur (Merci de vérifier que ses informations soient bien transcrites sur l'ensemble du volet)

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 (pour permettre le règlement de la prestation et non transmis directement aux organes des intercollectivités, professions libérales, hôpitaux, collectivités, maisons de retraite...)

E-mail : pour envoi du justificatif de règlement

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte + codification	Part assurée (régime non)	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"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(voir modalités au verso)

Le praticien s'engage à déposer exclusivement dans le tableau les actes médicaux liés à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle survenu à l'agent, mentionnés ci-dessus, sous peine des risques encourus en cas de base ou usage de base (articles L. 341-1° du Code pénal) en cas d'inscriptions ou de tentatives d'inscriptions (articles L. 313-1 et L. 313-2 du Code pénal). Le montant global de ces honoraires s'élève à : €

Fait à : le : N° Siret/Adèle :
Signature et cachet du praticien

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Le présent formulaire permet la mise en œuvre du tiers payant pour le remboursement de soins dispensés à un agent et imputables à un accident de service, de trajet ou à une maladie professionnelle.

L'assureur couvrant les risques statutaires de la collectivité employeur (en l'espèce CNP Assurances), est 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 a souscrit un contrat d'assurance statutaire).

Son délégataire de gestion est également amené à intervenir en qualité de responsable de traitement autonome.

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

La licéité de ces traitements repose sur :

- l'exécution du contrat s'agissant des traitements portant sur les données personnelles des interlocuteurs de la collectivité et des agents ;
- l'intérêt légitime du/des responsable(s) de traitement pour ceux portant sur les données personnelles des praticiens, les traitements mis en œuvre étant nécessaires à l'exécution du marché/contrat attribué par le CDG ou la collectivité employeur à CNP Assurance et son délégataire.
- l'exception prévue à l'article 9 §2 b) du RGPD (contrat d'assurance relevant du champ de la protection sociale), s'agissant des données de santé relatives aux agents.

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 : coordonnées professionnelles 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, coordonnées professionnelles et 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 à :

- aux collaborateurs habilités du délégataire en charge de la gestion du tiers payant ;
- à la collectivité employeur, et le cas échéant 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 l'assureur et son délégataire pourraient 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 nécessaire au traitement et à la clôture du dossier sinistre de l'agent, augmentée de la durée des prescriptions légales. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Sous certaines conditions, vous disposez également du droit de vous opposer au traitement et du droit à la portabilité de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter par courrier électronique le Délégué à la Protection des données (DPO) de CNP Assurances : dpo@cnp.fr ou par courrier postal à : CNP Assurances, à l'attention du DPO, 4 Promenade Cœur de Ville – 92130 Issy-Les-Moulineaux. Un justificatif d'identité pourra vous être demandé.

Si vous estimez, après avoir contacté le DPO, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.





CENTRE DE GESTION DES VOSGES
1, chemin de l'Orée du Bois
88390 UXEGNEY
Téléphone : 03 29 35 63 10



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"/>

(voir modalités au verso)

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 :

R0145/23A - 02/2023

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 souscripteur est en service en la disposition de l'employeur par CNP Assurances pendant la période d'effet du contrat en cours. 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 UN ACCIDENT DE SERVICE, TRAJET OU MALADIE PROFESSIONNELLE SERONT PRIÉS EN CHARGE.

À compléter par l'employeur Afin de vérifier que vos informations soient bien transcrites sur l'ensemble du dossier

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 et non transmis directement aux organes des relations, prérequis, honoraires, indemnités, remboursements, prestations, etc.)

E-mail : pour envoi du justificatif de règlement

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

(voir modalités au verso)

Le praticien s'engage à déposer 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 base ou usage de base (article L. 3417-2 du Code pénal) en cas d'insécurité ou de fausses déclarations (articles L. 333-1 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/Adeli :

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Le présent formulaire permet la mise en œuvre du tiers payant pour le remboursement de soins dispensés à un agent et imputables à un accident de service, de trajet ou à une maladie professionnelle.

L'assureur couvrant les risques statutaires de la collectivité employeur (en l'espèce CNP Assurances), est 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 a souscrit un contrat d'assurance statutaire).

Son délégataire de gestion est également amené à intervenir en qualité de responsable de traitement autonome.

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

La licéité de ces traitements repose sur :

- l'exécution du contrat s'agissant des traitements portant sur les données personnelles des interlocuteurs de la collectivité et des agents ;
- l'intérêt légitime du/des responsable(s) de traitement pour ceux portant sur les données personnelles des praticiens, les traitements mis en œuvre étant nécessaires à l'exécution du marché/contrat attribué par le CDG ou la collectivité employeur à CNP Assurance et son délégataire.
- l'exception prévue à l'article 9 §2 b) du RGPD (contrat d'assurance relevant du champ de la protection sociale), s'agissant des données de santé relatives aux agents.

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 : coordonnées professionnelles 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, coordonnées professionnelles et 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 à :

- aux collaborateurs habilités du délégataire en charge de la gestion du tiers payant ;
- à la collectivité employeur, et le cas échéant 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 l'assureur et son délégataire pourraient 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 nécessaire au traitement et à la clôture du dossier sinistre de l'agent, augmentée de la durée des prescriptions légales. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Sous certaines conditions, vous disposez également du droit de vous opposer au traitement et du droit à la portabilité de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter par courrier électronique le Délégué à la Protection des données (DPO) de CNP Assurances : dpo@cnp.fr ou par courrier postal à : CNP Assurances, à l'attention du DPO, 4 Promenade Cœur de Ville – 92130 Issy-Les-Moulineaux. Un justificatif d'identité pourra vous être demandé.

Si vous estimez, après avoir contacté le DPO, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.





CENTRE DE GESTION DES VOSGES
1, chemin de l'Orée du Bois
88390 UXEGNEY
Téléphone : 03 29 35 63 10



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 :

R0145/23A - 02/2023

