BON DE PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

OU DES MALADIES PROFESSIONNELLES

***Pour les agents affiliés à la CNRACL***

A compléter par le **professionnel de santé** pour le règlement des honoraires et à envoyer à l’adresse suivante :

**GRAS SAVOYE ORMES**

ADP Secteur Public

TSA 20413

69303 LYON CEDEX 07

Tél. : 02.38.70.36.10 Fax : 02.38.70.36.00

**GRAS SAVOYE ORMES**

 2 Rue de Gourville

 45911  Orléans Cedex 9

Tél. : 02.38.70.36.10

Fax : 02.38.70.36.00



# **NE PAS UTILISER LA CARTE VITALE**

###### Employeur

**Collectivité ou Etablissement :** --------------------------------------------------------------------------------------- **Cachet obligatoire :**

###### Victime

**Nom :** --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  **Prénom :** ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

###### Numéro sécurité sociale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Clé |\_|\_|

###### accident du travail ou maladie professionnelle

###### Date de l’accident ou de la maladie professionnelle : --------- / --------- / --------- Date de la rechute : --------- / --------- / ---------

Siège des lésions : -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

###### praticien (Joindre obligatoirement les originaux)

**Ne tardez pas à nous adresser vos notes d’honoraires. Toute demande reçue au-delà de 90 jours à compter de la date de début de soins ne pourra être prise en charge par l’assureur de la collectivité**

**N° ADELI / FINESS :**

**Cachet obligatoire : Signature : Date :** --------- **/** --------- **/** ---------

**A compléter pour réception du justificatif de règlement : E. MAIL** -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Relevé des actes et des fournitures** | | | |
| **Date** | **Nature de l’acte** | **Délivrance d’un certificat médical (Oui / Non)** | **Montant** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**TOTAL :**

€

###### 

**Remboursement dans la limite de 100 % du Tarif de Convention**

**Le bon de prise en charge**

###### delivrance

* **Par l’employeur**

Un bon est remis à la victime. Une déclaration d’accident doit être adressée sous 48h à Gras Savoye.

Les rubriques « Employeur », « Victime », « Accident » doivent être complétées lisiblement.

En cas de renouvellement, de rechute ou de maladie professionnelle, seul l’employeur est habilité à délivrer les bons de prise en charge.

Les bons dont la partie employeur sera photocopiée, ne seront pas acceptés

###### Utilisation

* **Par la victime**

La victime remet un bon de prise en charge à chaque praticien, auxiliaire médical ou fournisseur afin de bénéficier de la dispense des frais engagés.

* **Par le médecin**

Le médecin conserve le bon de prise en charge.

Après avoir été complété, ce bon est à adresser à Gras Savoye pour règlement des honoraires.

Le médecin est tenu d’établir en 2 exemplaires :

* Un certificat médical descriptif initial, à l’occasion de la première constatation,
* Un certificat médical final de guérison ou de consolidation à la fin des soins
* **Par l’auxiliaire médical**

Lorsque des actes paramédicaux sont nécessaires, l’auxiliaire médical doit compléter le bon de prise en charge et l’adresser, accompagné de la prescription médicale, à Gras Savoye pour règlement des honoraires.

* **Par le pharmacien ou le fournisseur**

Le pharmacien ou le fournisseur doit joindre au bon de prise en charge, les ordonnances et le vignettes des produits délivrés. Le tout est à envoyer à Gras Savoye pour règlement.

Gras Savoye Société de courtage d'assurance et de réassurance

Siège social : Immeuble Quai 33. 33/34 quai de Dion-Bouton. CS 70001. 92814 Puteaux Cedex. Tél. 01 41 43 50 00. Télécopie 01 41 43 55 55. <http://www.grassavoye.com>

Société par actions simplifiée au capital de1 432 600 euros.

311 248 637 R.C.S. Nanterre N° FR 61 311 248 637. Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N° 07 001 707. (http://www.orias.fr).

Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution. 4 Place de Budapest - CS 92459 -75436 Paris cedex 09