À conserver par l'agent pour présentation aux praticiens
Pour tout renseignement prenez contact avec votre employeur

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 l'assureur 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.** Votre Centre de Gestion se subroge à celui-ci dans le traitement administratif du remboursement des soins *(voir modalités au verso)*. En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à l'employeur de l'agent pour règlement du solde dû. L'assureur 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** 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 le Centre de Gestion.

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 à l'adresse suivante : **Sofaxis - CS 80006 - 18020 Bourges Cedex.**

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 : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

XG210-v12 – 11/2019

CENTRE DE GESTION DES DEUX SÈVRES
Tél. : 05 49 06 08 50 - Fax. : 05 49 06 08 59 - E.mail : cdg79@cdg79.fr - Internet : www.cdg79.fr
9, rue Chaigneau - CS 80030 - 79403 Saint Maixent l'Ecole

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'assureur, porteur du risque, et son délégataire, sont responsables 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 la collectivité, 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 à l'assureur 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 trannsmises par l'employeur). Elles sont destinées :
- aux services / équipes du délégataire en charge de la gestion des sinistres statutaires ;
- aux services de l'assureur 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 oeuvre 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 règlementation. 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 l'assureur ou de votre Centre de Gestion (coordonnées au recto du présent document). 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**
- **Tel : 01.53.73.22.22**

À remplir par le praticien et à nous retourner 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 l'assureur 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.** Votre Centre de Gestion se subroge à celui-ci dans le traitement administratif du remboursement des soins (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à l'employeur de l'agent pour règlement du solde dû. L'assureur 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 oui	Part assuré(e) réglée non	Montant(s) en Euros
.....			☐	☐	.....
.....			☐	☐	.....
.....			☐	☐	.....
.....			☐	☐	.....
.....			☐	☐	.....

(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 : .....

XG210-v12 - 11/2019

CENTRE DE GESTION DES DEUX SÈVRES

Tél. : 05 49 06 08 50 - Fax. : 05 49 06 08 59 - E.mail : cdg79@cdg79.fr - Internet : www.cdg79.fr

9, rue Chaigneau - CS 80030 - 79403 Saint Maixent l'Ecole

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. L'assureur 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.
- L'assureur 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 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 l'assureur pendant la période d'effet du contrat les liant. A 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. Votre Centre de Gestion se subroge à celui-ci dans le traitement administratif du remboursement des soins (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à l'employeur de l'agent pour règlement du solde dû. L'assureur 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 oui	Part assuré(e) réglée non	Montant(s) en Euros
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	

(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° SiretAdeli : ...

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'assureur, porteur du risque, et son délégataire, sont responsables 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 la collectivité, 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 à l'assureur 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 trannsmises par l'employeur). Elles sont destinées :
- aux services / équipes du délégataire en charge de la gestion des sinistres statutaires ;
- aux services de l'assureur 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 oeuvre 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 règlementation. 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 l'assureur ou de votre Centre de Gestion (coordonnées au recto du présent document). 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

• Tel : 01.53.73.22.22

À remplir par le praticien et à nous retourner 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 l'assureur 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.** Votre Centre de Gestion se subroge à celui-ci dans le traitement administratif du remboursement des soins (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à l'employeur de l'agent pour règlement du solde dû. L'assureur 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 oui	Part assuré(e) réglée non	Montant(s) en Euros
.....			☐	☐	.....
.....			☐	☐	.....
.....			☐	☐	.....
.....			☐	☐	.....
.....			☐	☐	.....

(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 : .....

XG210-v12 - 11/2019

CENTRE DE GESTION DES DEUX SÈVRES

Tél. : 05 49 06 08 50 - Fax. : 05 49 06 08 59 - E.mail : cdg79@cdg79.fr - Internet : www.cdg79.fr

9, rue Chaigneau - CS 80030 - 79403 Saint Maixent l'Ecole

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. L'assureur 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.
- L'assureur 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 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 l'assureur pendant la période d'effet du contrat les liant. A 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. Votre Centre de Gestion se subroge à celui-ci dans le traitement administratif du remboursement des soins (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à l'employeur de l'agent pour règlement du solde dû. L'assureur 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 oui	Part assuré(e) réglée non	Montant(s) en Euros
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	

(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° SiretAdeli : ...

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'assureur, porteur du risque, et son délégataire, sont responsables 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 la collectivité, 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 à l'assureur 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 trannsmises par l'employeur). Elles sont destinées :
- aux services / équipes du délégataire en charge de la gestion des sinistres statutaires ;
- aux services de l'assureur 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 oeuvre 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 règlementation. 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 l'assureur ou de votre Centre de Gestion (coordonnées au recto du présent document). 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

• Tel : 01.53.73.22.22

À remplir par le praticien et à nous retourner 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 l'assureur 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.** Votre Centre de Gestion se subroge à celui-ci dans le traitement administratif du remboursement des soins (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à l'employeur de l'agent pour règlement du solde dû. L'assureur 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 oui	Part assuré(e) réglée non	Montant(s) en Euros
.....			☐	☐	.....
.....			☐	☐	.....
.....			☐	☐	.....
.....			☐	☐	.....
.....			☐	☐	.....

(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 : .....

XG210-v12 - 11/2019

CENTRE DE GESTION DES DEUX SÈVRES

Tél. : 05 49 06 08 50 - Fax. : 05 49 06 08 59 - E.mail : cdg79@cdg79.fr - Internet : www.cdg79.fr

9, rue Chaigneau - CS 80030 - 79403 Saint Maixent l'Ecole

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. L'assureur 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.
- L'assureur 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 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 l'assureur pendant la période d'effet du contrat les liant. A 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. Votre Centre de Gestion se subroge à celui-ci dans le traitement administratif du remboursement des soins (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à l'employeur de l'agent pour règlement du solde dû. L'assureur 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 oui	Part assuré(e) réglée non	Montant(s) en Euros
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	

(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° SiretAdeli : ...

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'assureur, porteur du risque, et son délégataire, sont responsables 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 la collectivité, 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 à l'assureur 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 trannsmises par l'employeur). Elles sont destinées :
- aux services / équipes du délégataire en charge de la gestion des sinistres statutaires ;
- aux services de l'assureur 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 oeuvre 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 règlementation. 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 l'assureur ou de votre Centre de Gestion (coordonnées au recto du présent document). 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

• Tel : 01.53.73.22.22