

BON DE PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES MEDICAUX

La carte vitale ne doit en aucun cas être utilisée

Cachet du service :

Date de délivrance du bon de prise en charge des frais médicaux :

LA VICTIME

NOM : _____ Prénom : _____
 NIR (N° de SS) : _____ Matricule : _____
 Direction : _____ Service : _____
 NOM de l'UGD : _____ tél : _____ Mail : _____
 Accident de service/travail Maladie professionnelle
 Accident de trajet
 Survenu le ____/____/____ Reconnu le ____/____/____
 Date de la rechute ____/____/____
 Siège des lésions : _____ Nature des lésions : _____

PROFESSIONNEL DE SANTE

Nom ou dénomination sociale de la société _____
 Adresse _____
 N° SIRET* :

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

 (*attribué par l'INSEE suite à la transmission à votre CFE de votre déclaration de début d'activité, indiqué sur vos relevés URSSAF)
 N° FINES :

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

 N° Tel : _____ E-mail : _____

RECAPITULATIF DES SOINS ET FOURNITURES

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte	Part assuré(e) réglée		Montant(s) en Euros
			Oui	Non	
<small>Le professionnel de santé soussigné s'engage à porter exclusivement dans le tableau les actes médicaux liés à l'accident de service, travail, trajet ou la maladie professionnelle, mentionnés 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 (article L.313-1 et L.313-3 du Code Pénal).</small>			Montant global des honoraires		

Fait à _____
 Le ____/____/____

Signature et cachet du professionnel de santé

NOTICE D'UTILISATION

Ce formulaire atteste de la prise en charge, par l'administration, des frais médicaux liés à un accident du travail/trajet ou une maladie professionnelle ce qui ne présage pas de la reconnaissance de l'imputabilité au service et du lien avec l'accident. Ces frais doivent concerner exclusivement l'accident déclaré.

Un contrôle aléatoire sera opéré à tout moment par le service de médecine statutaire pour vérifier le bien-fondé des dépenses.

AGENTS

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent pas demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (Art. L432-3 du code de la Sécurité Sociale).

La présentation de ce bon de prise en charge autorisant le tiers-payant aux professionnels de santé vous permet d'être dispensé de l'avance des frais hors dépassements éventuels d'honoraires, sans accord de prise en charge.

⚠ Vous ne pouvez pas les utiliser sans accord de la médecine statutaire dans les cas suivants : chirurgie différée de plus de 10 jours après la date de l'accident et cure thermale. Les devis et ententes préalables correspondants doivent être transmis immédiatement à l'UGD pour permettre l'étude du dossier par le service de médecine statutaire (délai de réponse : 15 jours après réception des documents au service de médecine statutaire).

⚠ Vous devez les utiliser uniquement dans le cadre strict des soins liés à l'accident et jusqu'à la date de consolidation sans soins ou de guérison fixée par le médecin traitant ou le service de médecine statutaire, sous peine de devoir rembourser les frais engagés.

Vous devez vérifier l'exactitude des informations vous concernant portées sur les documents.

PROFESSIONNELS DE SANTE

Toute demande de remboursement doit être adressée dans les 90 jours suivants la date des soins à :

GRAS SAVOYE
Collectivités Locales / MDP
TSA 20413
69303 Lyon Cedex 07

Numéro unique : 02.38.70.36.10
Adresse mail dédiée : gestion.mairiedeparis@grassavoie.com

Pour obtenir votre remboursement sur la base de 100% du tarif de convention, vous devez impérativement transmettre :

- ✓ le bon de prise en charge original dûment complété notamment du n° de SIRET
- ✓ les documents justificatifs originaux: prescriptions, feuilles de soins, détails des transports, factures, etc.
- ✓ un RIB avec IBAN émis par un organisme bancaire et sur lequel le nom du titulaire du compte est cohérent avec le nom/la dénomination sociale indiquée sur le bon de prise en charge ou, à défaut, une attestation établissant le lien avec le RIB fourni.

L'envoi des relevés de tiers payant étant dématérialisé, nous vous invitons à indiquer votre adresse mail sur le bon de prise en charge.