

**BON DE PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL
OU DES MALADIES PROFESSIONNELLES**
Pour les agents affiliés à la

CNRACL

A COMPLETER PAR **LE PRESTATAIRE** MEDICAL POUR LE REGLEMENT DES HONORAIRES
ET A ENVOYER A L'ADRESSE SUIVANTE :



CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'OISE
Service Gestion Contrat Groupe - PAE du Tilloy - 2 rue Jean MONNET - BP 20807 -
60008 BEAUVAIS cedex
☎ 03.44.06.22.60 📠 03.44.10.18.28

Employeur

Victime

Collectivité

ou Etablissement :

Nom :

Prénom :

Cachet obligatoire



N° Sécurité Sociale

Clé

ORIGINAL OBLIGATOIRE

Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

Date de l'accident ou de la Maladie Professionnelle ____/____/____ Date de la Rechute ____/____/____

Siège des lésions :

Praticien

Cachet obligatoire



UN BON PAR PRESTATAIRE

N° FINESS

Signature :

IMPORTANT : JOINDRE LES ORIGINAUX (ORDONNANCES, VIGNETTES, FACTURES, FEUILLES DE SOINS...)

NE TARDEZ PAS A NOUS ADRESSER VOS NOTES D'HONORAIRES

CERTAINS CONTRATS PREVOIENT DES DELAIS STRICTS (ex : 30 jours)

ATTENTION TOUTES DEMANDES TRANSMISES HORS DELAIS NE POURRA ETRE PRISE EN CHARGE
PAR L'ASSUREUR DE LA COLLECTIVITE

RELEVÉ DES ACTES ET FOURNITURES

DATE	NATURE DE L'ACTE	DELIVRANCE D'UN CERTIFICAT MEDICAL (OUI/NON)	MONTANT

Adressez ce bon de prise en charge
accompagné de votre RIB

TOTAL

€

Remboursement dans la limite de 100 % du Tarif de Convention

Société de courtage en assurances / Siège social : BP 129 - 92202 Neuilly sur Seine cedex. S.A. AU CAPITAL DE 1 402 317 ,02 euros.

311 248 637 R.C.S. Nanterre. Garantie financière et assurance de responsabilité civile et professionnelle conformes aux articles L530-1 et L 530-2 du Code des assurances.