BON DE PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS DE SERVICE/TRAJET OU DES MALADIES IMPUTABLES AU SERVICE

Pour les agents affiliés à la CNRACL

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de l'Aisne

A compléter par le **professionnel de santé** pour le règlement des honoraires et à envoyer à l'adresse suivante ou par mail accompagné de vos justificatifs et du RIB :

Willis Towers Watson France
ADP Secteur Public
TSA 20413
69303 LYON CEDEX 07
Tél. : 02.38.70.36.10 fr.collectivites.locales@wtwco.com

Imprimer

Réinitialiser le formulaire (Sauf employeur) | Réinitialiser le formulaire complet

NE PAS UTILISER LA CARTE VITALE

EMPLOYEUR

Collectivité ou Etablissement : ----------

Cachet obligatoire :

Original obligatoire

VICTIME

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

Numéro sécurité sociale ---------- **Clé** ----------

ACCIDENT DE SERVICE/TRAJET (AT) OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE / MALADIE PROFESSIONNELLE

Un bon par prestataire

Date de l'accident (AT) ou de la maladie imputable au service (MP) : ---------- Date de la rechute : ----------

Siège des lésions : A préciser A préciser

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

Cachet obligatoire :

N° ADELI / FINESS :

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

Accompagné de votre RIB

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 WTW France.

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

  En cas de renouvellement, de rechute ou de maladie imputable au service / 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 WTW France 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 WTW France 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 des produits délivrés.
  Le tout est à envoyer à WTW France pour règlement.

Willis Towers Watson France
Société de courtage d'assurance et de réassurance
Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros. 311 248 637 R.C.S Nanterre. N° FR 61311248637 Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N° 07 001 707 (http://www.orias.fr)
Siège social : Tour HEKLA 52 Avenue du Général de Gaulle - CS 10427 - 92094 La Défense Cedex Tél : 01 41 43 50 00. Télécopie : 01 41 43 55 55. https://www.wtwco.com/fr-FR/
Willis Towers Watson France est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 9