



BON DE PRISE EN CHARGE

ACCIDENTS DE SERVICE, DE TRAJET OU MALADIES PROFESSIONNELLES
POUR LES AGENTS AFFILIÉS A LA CNRACL



VICTIME

NOM ET PRENOM DE L'AGENT : _____

N° DE SECURITE SOCIALE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| dé |_|_|

ACCIDENT DE SERVICE, DE TRAJET OU MALADIE PROFESSIONNELLE

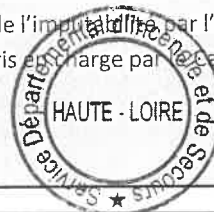
DATE DE L'ACCIDENT DE SERVICE, DE TRAJET OU DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE : ____/____/____

DATE DE RECHUTE : ____/____/____ SIEGE DES LESIONS : _____

Employeur : SDIS DE HAUTE LOIRE- 104 RUE HIPPOLYTE MALEGUE - ZA TAULHAC
43000 LE PUY EN VELAY

Je soussigné(e) Mme, M....., ayant la fonction de, atteste que, en date du...../...../....., Mme, M (prénom-nom)..... a été victime d'un accident de service, de trajet ou maladie professionnelle, sous réserve de la reconnaissance de l'imputabilité par l'autorité administrative. Les frais médicaux et pharmaceutiques consécutifs à cet événement seront pris en charge par le cabinet Frand et Associés.

Fait à.....Le.....Signature et cachet



DATE DE L'ACTE MEDICAL	DATE DE L'ORDONNANCE	NATURE / CODIFICATION DE L'ACTE	MONTANT

TOTAL €

PRATICIEN :

NOM ET PRENOM :

N° FINESS :

TAMPON DU PRATICIEN (OBLIGATOIRE) :

A NOTER :

- REMPLIR UN BON PAR PRESTATAIRE
- LE REGLEMENT DES SOINS EST EFFECTUE PAR LETTRE CHEQUE
- JOINDRE LES ORIGINAUX (ORDONNANCES, FACTURES, FEUILLES DE SOINS, ...)
- LISTE DES DOCUMENTS AU VERSO

REMBOURSEMENT SELON LES GARANTIES CONTRACTUELLES

DATE : ____/____/____ SIGNATURE :

CABINET FRAND ET ASSOCIES
23 AVENUE JEAN JAURES
67100 STRASBOURG

NE PAS UTILISER LA CARTE VITALE

Le praticien transmet tous les documents au
CABINET FRAND ET ASSOCIES par courrier aussitôt
les actes effectués.



PIECES A JOINDRE AVEC CE BON:

TYPE DE FRAIS	PIECES INDISPENSABLES AU REGLEMENT
Consultation	↳ Feuilles de soins complétées et signées
Pharmacie	↳ Prescription médicale
Laboratoire	↳ Feuilles de soins complétées et signées ↳ Prescription médicale ↳ Note d'honoraire
Soins de Kinésithérapie	↳ Prescription médicale ↳ Feuilles de soins complétées et signées
Soins Infirmiers	↳ Prescription médicale ↳ Feuilles de soins complétées et signées
Transport	↳ Prescription médicale de transport ↳ Demande d'entente préalable (le cas échéant) ↳ Facture de transport
Hospitalisation	↳ Facture ou avis de sommes à payer
Radiologie	↳ Prescription médicale ↳ Feuilles de soins complétées et signées