

Réception le : .....

Nom :

N° matricule/pension : 

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

Afin de faciliter l'instruction de votre dossier,  
merci de nous communiquer un numéro de  
**téléphone** :

## **Accident du travail ou maladie professionnelle**

### **D e m a n d e d e P r e s t a t i o n s s u p p l é m e n t a i r e s**

*(Article n°135 du règlement intérieur de la CCAS)*

Un accident du travail ou une maladie professionnelle vous a été reconnu par la Caisse. Celle-ci prend alors en charge, au titre des prestations supplémentaires facultatives, les dépassements aux tarifs fixés par la réglementation en vigueur, lorsqu'ils sont en relation avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle et qu'ils n'ont pu être évités.

Ces prestations supplémentaires facultatives sont attribuées de manière individuelle. Si vous estimez être dans cette situation, nous vous invitons à nous retourner ce document complété, signé et accompagné des pièces justificatives (liste en page n°2) à l'adresse suivante :

**CCAS de la RATP**  
**Entité Action Sociale et Prévention**  
**30, rue Championnet**  
**75887 PARIS Cedex 18**

**Tel. : 01.58.76.03.34.**

## 1 – Votre identification

---

- ◆ Nom de l'assuré : .....Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ Commune : .....  
Tel fixe : \_ \_ \_ \_ \_ Tel Mobile : \_ \_ \_ \_ \_  
◆ N° de matricule ou de pension : \_ \_ \_ \_ \_ Date de naissance : \_ \_ \_ \_ \_  
◆ Département : \_ \_ \_ Unité : \_ \_ \_ Attachement : .....  
Métier : .....

## 2 – Vos dépassements du tarif réglementaire liés à l'accident ou la maladie professionnelle

---

- ◆ Dépenses de santé en relation avec :
- Accident du travail reconnu par la CCAS  (1) Date de l'accident : \_ \_ \_ \_ \_  
Admission en rechute le : \_ \_ \_ \_ \_  
Date de consolidation : \_ \_ \_ \_ \_
- Maladie professionnelle reconnue par la CCAS  Date de reconnaissance : \_ \_ \_ \_ \_
- ◆ Coût Total : \_ \_ \_ \_ \_ , \_ \_ \_ €  
Remboursement de la CCAS : \_ \_ \_ \_ \_ , \_ \_ \_ €  
Remboursement de votre mutuelle : \_ \_ \_ \_ \_ , \_ \_ \_ €  
Remboursement par l'entreprise : \_ \_ \_ \_ \_ , \_ \_ \_ €  
(CCITH ou Département en cas d'agression) \_\_\_\_\_  
Solde restant à votre charge : \_ \_ \_ \_ \_ , \_ \_ \_ €

## 3 – Liste des pièces nécessaires à l'instruction de votre demande

---

- Copie de la notification de la reconnaissance de l'accident du travail ou de la maladie Professionnelle et de l'éventuelle rechute,
- Facture originale acquittée ou avis de paiement de la CCAS (original),
- Original de la prescription médicale ou copie en cas de remboursement déjà effectué,
- Attestation précisant le montant de la participation de votre (vos) mutuelle(s).
- Eventuellement, les éléments médicaux que vous souhaitez transmettre au médecin conseil (Sous pli fermé).

(1) Mettre une croix dans la case correspondant à votre situation.

◆ Vous souhaitez nous apporter des précisions relatives aux dépenses :

A \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Signature :

#### 4 – Cadre réservé à la Caisse

---

##### Avis du praticien conseil :

**Cet AT /MP est-il lié à une agression ?**

◆ Oui  (1)          Non

**Ces dépassements du tarif en vigueur sont-ils en relation avec l'AT/MP ?**

◆ Oui  (1)          Non

◆ En cas de réponse négative, merci de préciser le(s) motif(s) :

◆ Nom du praticien conseil :

◆ date de l'avis médical :

##### Décision de la Caisse :

◆ Accord           Date :             Montant:       €

Date de notification et de paiement à l'assuré :

◆ Refus           Date de notification à l'assuré :     
Motifs en cas de refus :

(1) Mettre une croix dans la case correspondant à votre situation.