

NATURE DU CONGE		DECLARATION UNIQUE D'ABSENCE EN LIGNE	CERTIFICAT MEDICAL	BULLETIN DE SALAIRE	PV COMMISSION DE REFORME / COMITE MEDICAL	ARRETE / DECISION ADMINISTRATIVE	BORDEREAU DE REGLEMENT CPAM	DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES
ACCIDENT / MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE		OUI Complétez l'enquête administrative / imputabilité au service	OUI Initial / Prolongation Rechute / Final	OUI Copie	OUI Copie de l'avis de la Commission de Réforme si saisie	OUI Si non exprimé dans le formulaire de déclaration unique d'absence	OUI Pour les agents IRCANTEC	OUI - <u>Bulletin d'hospitalisation</u> : si hospitalisation de l'agent - <u>Maladie professionnelle</u> : courrier de notification de prise en charge de la CPAM pour les agents IRCANTEC
MALADIE ORDINAIRE		OUI	OUI Initial / Prolongation Uniquement volet 2 ou 3 conformément à la circulaire FP4 n°2049 du 24/07/2003		OUI Copie de l'avis du comité médical : Arrêts > 6 mois	OUI	OUI Pour les agents IRCANTEC	OUI - Bulletin d'hospitalisation : si hospitalisation de l'agent
LONGUE MALADIE / LONGUE DUREE	MALADIE GRAVE	OUI	NON		OUI Copie de l'avis du comité médical : octroi et prolongation tous les 6 mois	NON	OUI Pour les agents IRCANTEC	OUI - <u>Pour infirmité et invalidité</u> : Avis de la commission de réforme Avis de la CPAM - <u>Pour la disponibilité d'office</u> : Avis du comité médical Avis de la CPAM - <u>Pour mise en retraite</u> : Décision de la CNRACL avec date d'admission de l'agent à la retraite
MATERNITE ET ADOPTION		OUI	OUI Constat de grossesse (avec date présumée d'accouchement) Grossesse pathologique Couches pathologiques		NON	OUI	OUI Pour les agents IRCANTEC	OUI <u>Acte de naissance</u> <u>Pour la maternité</u> : Attestation du nombre d'enfants à charge <u>Pour l'adoption</u> : Fiche DDAS
DECES		OUI	OUI Acte de décès		<p><u>Si marié ou pacsé sans enfant</u> : déclaration sur l'honneur de non séparation de corps ; extrait d'acte de naissance ou copie de l'attestation du PACS ; déclaration sur l'honneur qu'il n'existe pas d'enfant</p> <p><u>Si marié ou pacsé avec enfant</u> : copie du livret de famille ; déclaration sur l'honneur de non séparation de corps ; extrait d'acte de naissance ou copie de l'attestation du PACS ; certificat de scolarité ou de non-imposition pour enfants à charge de + de 16 ans et de - de 21 ans ou infirmes ; photocopie carte invalidité pour les enfants infirmes de +21 ans</p>		<p><u>Si célibataire, divorcé sans enfant</u> : copie du livret de famille ; déclaration sur l'honneur précisant que le défunt n'était pas marié ou qu'il était veuf, divorcé ou séparé de corps et qu'il n'a pas laissé de descendants pouvant prétendre au capital décès ; extrait d'acte de naissance des ascendants ; certificat de non-imposition</p> <p><u>Si célibataire, divorcé avec enfants</u> : copie du livret de famille ; certificat de scolarité ou de non-imposition pour enfants à charge de + de 16 ans et de - de 21 ans ou infirmes ; photocopie carte invalidité pour les enfants infirmes de + 21 ans ; copie de lettre adressée au juge des tutelles</p>	
PATERNITE		OUI	NON		NON	OUI	NON	OUI - Attestation de versement de la Caisse des Dépôts et Consignation - Acte de naissance

DOCUMENTS A TRANSMETTRE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE

(FRAIS DE SOINS DE SANTE – selon Circulaire FP4 n° 1711 du 30/01/1989 et modifiée par FP3 du 13/03/2006)

SEANCE DE KINESITHERAPIE	<ul style="list-style-type: none"> • Ordonnance du médecin • Demande d'entente préalable au-delà de 30 séances
SOINS INFIRMIERS	<ul style="list-style-type: none"> • Ordonnance du médecin
SOINS DENTAIRES	<ul style="list-style-type: none"> • Devis du dentiste • Avis de la commission de Réforme et/ou rapport expertise médicale ou avis d'un chirurgien-dentiste agréé (*)
FRAIS OPTIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription de l'ophtalmologiste • Devis de l'opticien
CURE THERMALE	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription médicale • Avis de la commission de Réforme et/ou rapport expertise médicale (*)
PETIT APPAREILLAGE	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription médicale • Demande d'entente préalable • Avis de la commission de Réforme et/ou rapport expertise médicale (*)
FRAIS DE TRANSPORT	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription médicale • Demande d'entente préalable
HOSPITALISATION (Plus d'une journée)	<ul style="list-style-type: none"> • Demande de prise en charge • Certificat médical ou bulletin de situation couvrant la date d'hospitalisation

(*) justificatifs à transmettre par l'employeur

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Sous réserve du respect de délai de déclaration des sinistres fixé dans vos conditions générales et particulières, l'assureur rembourse les sommes dues à réception de votre "Déclaration unique d'absence" accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives.

La liste des justificatifs à transmettre figurant sur ce document est non exhaustive. Des justificatifs supplémentaires peuvent être demandés par l'assureur dans certains cas particuliers.

Chaque demande de remboursement de soins doit être accompagnée d'un "bon de prise en charge" validé par votre collectivité.