

A

Adresse du service chargé du règlement des prestations



CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e)

M

Fonction

certifie que

M.....

a été victime d'un accident de service ou du travail le

L'intéressé(e) ¹:

- **fonctionnaire** (titulaire ou stagiaire), relève de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),

- **agent non titulaire de l'Etat**, relève du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et du livre IV du code de la Sécurité Sociale,

- **maître à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat des 1er et 2nd degrés**, relève des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L712-9 et de l'article L712-10 du code de la Sécurité Sociale, en application des dispositions de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité Sociale pour 2005.

Fait à, le

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

NB : Ce certificat ne peut être remis que s'il ne subsiste aucun doute quant à l'imputabilité de l'accident au service ou au travail. Il ne lie pas l'Administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident.

Ce certificat ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute.

INFORMATIONS

Ce certificat de prise en charge est à présenter par l'agent aux professionnels de santé pour le dispenser de l'avance des frais

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (Art. L432-3 du code de la Sécurité Sociale).

EN AUCUN CAS, LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE

↳ **LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT (émanant des agents et de tous les professionnels de santé) SONT A TRANSMETTRE UNIQUEMENT AU SERVICE CHARGE DU REGLEMENT DES PRESTATIONS à l'adresse suivante :**

DIRECTION DES SERVICES
DEPARTEMENTAUX DE
L'EDUCATION NATIONALE DU DOUBS
26 avenue de l'Observatoire
25030 BESANÇON Cedex

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez téléphoner aux numéros suivants :

03-81-65-46-61

↳ **LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT DOIVENT ETRE ACCOMPAGNEES DES ORIGINAUX DES PRESCRIPTIONS, DES FACTURES ET DES COORDONNEES BANCAIRES.**

↳ Si une part des frais reste à la charge des agents, ces derniers peuvent éventuellement prendre contact avec le service chargé du règlement des prestations mentionné ci-dessus.

Adresse du service chargé du règlement des prestations



VOLET RECAPITULATIF

Volet à conserver par l'agent et à remettre au service chargé du règlement des prestations à la fin des soins.

Accident de service, du travail :

Survenu le	□ □ □ □ □ □ □ □	à	□ □ h □ □
Déclaré le	□ □ □ □ □ □ □ □		

Victime :

Nom de naissance :
Nom d'épouse :
Prénoms :
Adresse personnelle :
Corps :

Lieu d'affectation :

--

D

Adresse du service chargé du règlement des prestations



DEMANDE DE RENOUELEMENT DE LA FEUILLE D'ACCIDENT

Accident de service, du travail :

Survenu le	□□□□□□□□	à	□□ h □□
Déclaré le	□□□□□□□□		

Victime :

Nom de naissance :
Nom d'épouse :
Prénoms :
Adresse personnelle :
Corps :

Lieu d'affectation :

--

Date de la demande : □□□□□□□□ Signature de l'agent :