

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.

Ce document ne doit pas être délivré aux agents pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplet et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE).

¹ Rayer les mentions inutiles

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 :**

**RECTORAT ACADEMIE DE CAEN
DPAP 3
168 RUE CAPONIERE
BP 46184
14061 CAEN CEDEX**

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez
téléphoner au numéro suivant : 02.31.30.17.26

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

↳ 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.

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 :

| |
|--|
| |
|--|

