

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

A remettre à la victime de l'accident pour dispense d'avance des frais médicaux *
Ne pas présenter la carte vitale (voir page 2)

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

*** IMPORTANT :**

- *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 ÊTRE UTILISÉE

↳ **Les demandes de remboursement** (émanant des agents et de tous les professionnels de santé)
sont à transmettre uniquement au service chargé du règlement des prestations à l'adresse
suivante :

**RECTORAT ACADEMIE DE CAEN
DEPAP – Bureau accidents du travail
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**

↳ **Pour assurer le règlement, les demandes de remboursement doivent être accompagnées :**

- des originaux des prescriptions
- des factures
- d'un RIB du prestataire au format BIC-IBAN
- du numéro 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.**

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 :

La demande de renouvellement du volet récapitulatif doit être adressée ou remise au service chargé du règlement des prestations. Cette demande de renouvellement permet à la victime d'obtenir un nouveau volet parce que le précédent a été entièrement utilisé.