

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) <sup>1</sup>:

- 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 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> 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 48 50 (standard) : demander le service Accident du travail

↳ 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.

C

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	<input type="text"/>	à	<input type="text"/>	h	<input type="text"/>
Déclaré le	<input type="text"/>				

Victime :

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

Lieu d'affectation :

--

C bis

[illegible]



Adresse du service chargé du règlement des prestations

D

## DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LA FEUILLE D'ACCIDENT

Accident de service, du travail :

Survenu le	<input type="text"/>	à	<input type="text"/>	h	<input type="text"/>
Déclaré le	<input type="text"/>				

Victime :

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

Lieu d'affectation :

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

Date de la demande :  Signature de l'agent :