



Adresse du service chargé du règlement des prestations

**DIRECTION DES SERVICES
DEPARTEMENTAUX DE L'ÉDUCATION
NATIONALE**
Division Départementale des Ressources
Humaines
Cité administrative – Rue Pélissier
63034 CLERMONT-FERRAND Cedex 1

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, sur budget propre des universités...).

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 le certificat de prise en charge (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
Division Départementale des Ressources Humaines
Cité administrative – Rue Pélissier
63034 CLERMONT-FERRAND Cedex 1

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

Gestion des congés longs/Accidents du travail :	04 73 60 99 88
Assistante DDRH	04 73 60 99 83

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



Adresse du service chargé du règlement des prestations

**DIRECTION DES SERVICES
DEPARTEMENTAUX DE L'ÉDUCATION
NATIONALE**
Division Départementale des Ressources
Humaines
Cité administrative – Rue Pélissier
63034 CLERMONT-FERRAND Cedex 1
ddrh-ia63@ac-clermont.fr

VOLET RECAPITULATIF

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

Les professionnels de santé doivent renseigner ce volet, le signer et apposer leur cachet à chaque prestation.

NB : ce volet ne fait pas office de facture.

Les prestataires doivent adresser leurs notes d'honoraires, feuilles de soins ou factures, accompagnés des prescriptions médicales, au service chargé du règlement des prestations avec un relevé d'identité bancaire à leur nom et adresse.

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 :

--



Adresse du service chargé du règlement des prestations
**DIRECTION DES SERVICES
 DEPARTEMENTAUX DE L'ÉDUCATION
 NATIONALE**
 Division Départementale des Ressources
 Humaines
 Cité administrative – Rue Pélissier
 63034 CLERMONT-FERRAND Cedex 1

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT 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 au Rectorat, bureau des accidents du travail.
 Le précédent volet, qui doit avoir été entièrement utilisé, doit être joint à cette demande.