



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

A



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 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa2),
- **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^{er} et 2nd degrés**, relève des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L719-9 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 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 un 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 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 EN CHARGE DU REGLEMENT DES PRESTATIONS** à l'adresse suivante :

Lycée Stephen Liégeard
Service mutualisateur - AED
BP 52
21220 BROCHON

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez nous contacter à l'adresse mail suivante :

ce.aed21@ac-dijon.fr

- **LES ORIGINAUX DES FEUILLES DE SOINS DOIVENT ETRE ACCOMPAGNEES DES PRESCRIPTIONS CORRESPONDANTES ET DES COORDONNEES BANCAIRES DES PRESTATAIRES DE SANTE.**
- 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 DES SOINS

Documents à faire compléter par les prestataires de santé, à conserver par l'agent et à remettre au service chargé du règlement des prestations à la fin des soins

(Service mutualisateur du Lycée de Brochon)

Accident de service, du travail :

Survenu le _ _ _ _ _ _ _ _ à _ _ h _ _
Déclaré le _ _ _ _ _ _ _ _

Victime :

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

Lieu d'affectation :

--

Date des prestations	Nature des prestations	Délivrance de certificats médicaux	Délivrance d'ordonnances	Signature du praticien ou cachet du pharmacien	Montant de la facture

DEMANDE DE RENOUELEMENT DU VOLET RECAPITULATIF DES SOINS

Adresse :
Code postal : commune :

Je demande le renouvellement du volet récapitulatif des soins

Date de la demande : |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_| Signature de l'agent :