

Adresse du service chargé du règlement des prestations

D.S.D.E.N. DES HAUTS-DE-SEINE  
D.R.H.- AT/MP  
SERVICE ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES  
167/177 AVENUE FREDERIC ET IRENE JOLIOT CURIE  
92013 NANTERRE CEDEX

**CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE  
ACCIDENTS DE SERVICE / TRAJET OU DE TRAVAIL  
(à remettre à l'intéressé)**

A REMPLIR PAR LE SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Je soussigné(e) :

M.....

Fonction .....

certifie que :

M.....

a été victime d'un accident de service ou du travail le .....à.....H.....

**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 (contrat supérieur ou égal à un an et à temps complet)**, 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,

Fait à ..... , le .....

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

**NB : Ce certificat ne lie pas l'Administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident.**

**Le 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 ou sur budget propre des universités...).**

## **INFORMATIONS AUX AGENTS VICTIMES D'ACCIDENT DE SERVICE/TRAJET OU TRAVAIL**

**Le 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 :**

**D.S.D.E.N. DES HAUTS-DE-SEINE  
DRH-AT/MP  
Service des accidents de service, trajet et du travail  
167/177 avenue Frédéric et Irène Joliot Curie  
92013 NANTERRE CEDEX**

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

Pour toutes informations complémentaires concernant les remboursements, vous pouvez téléphoner aux numéros suivants :

 : 01.71.14.27.06 les lettres B à D  
 : 01.71.14.27.05 les lettres E à K  
 : 01.71.14.27.07 les lettres L à N  
 : 01.71.14.27.52 les lettres O à U  
 : 01.71.14.27.14 les lettres A + V à Z

## NOTE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE

*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).*

Les demandes de remboursement de tous les professionnels de santé sont à transmettre uniquement au service chargé du règlement des prestations à l'adresse suivante :

**D.S.D.E.N. DES HAUTS-DE-SEINE**  
**DRH-AT/MP**  
**Service des accidents de service, trajet et du travail**  
**167/177 avenue Frédéric et Irène Joliot Curie**  
**92013 NANTERRE CEDEX**

**LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX DOIVENT ETRE OBLIGATOIREMENT ACCOMPAGNEES DES ORIGINAUX DES FEUILLES DE SOINS, DES FACTURES, DE VOTRE N° SIRET ET DE VOS COORDONNEES BANCAIRES.**

**JUSTIFICATIFS A JOINDRE :**

- **Médecin généraliste** : Les actes facturés devront correspondre à l'élaboration d'un certificat médical (initial, prolongation, rechute ou final)
- **Pharmacie** : la prescription médicale
- **Auxiliaires médicaux** : la prescription médicale
- **Soins dentaires et optiques** : au préalable production d'une demande de prise en charge de soins et de devis
- **Radiologue et cabinet de radiologie** : Sauf cas d'urgence du jour de l'accident, la prescription médicale
- **Les laboratoires** : la prescription médicale
- **Les ambulances et société de transport de personnes** : la prescription médicale de transport

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE avec IBAN ainsi que le N° SIRET de votre établissement (N° à 14 chiffres)**

Pour toutes informations complémentaires concernant les remboursements, vous pouvez téléphoner aux numéros suivants :

 : 01.71.14.27.06 les lettres B à D  
 : 01.71.14.27.05 les lettres E à K  
 : 01.71.14.27.07 les lettres L à N  
 : 01.71.14.27.52 les lettres O à U  
 : 01.71.14.27.14 les lettres A + V à Z





Nom – Prénom de la victime : .....

Numéro de Siret du prestataire : ..... + RIB à joindre obligatoirement

Date des prestations	Nature des prestations	Délivrance de certificats médicaux	Délivrance d'ordonnances	Signature du praticien ou cachet du pharmacien	Montant de la facture
Date de transmission du volet recto-verso par l'intéressé(e) au service académique (voir adresse en entête) le : ...../...../.....  Signature de l'agent :					

Adresse du service chargé du règlement des prestations

**D.S.D.E.N. DES HAUTS-DE-SEINE**

**DRH-AT/MP**

**SERVICE ACCIDENTS ET MALADIES PROFESSIONNELLES**

**167/177 AVENUE FREDERIC ET IRENE JOLIOT CURIE**

**92013 NANTERRE CEDEX**

## DEMANDE DE RENOUELEMENT DU VOLET RECAPITULATIF

### 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 supérieur hiérarchique sous réserve de l'imputabilité au service. Cette demande de renouvellement permet à la victime d'obtenir un nouveau volet parce que le précédent a été entièrement utilisé.