

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

Annexe n° 1

**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 leà.....H.....

L'intéressé(e), 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).

L'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 toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez téléphoner aux numéros suivants, selon la première lettre de votre nom de famille :

- **B à D ☎ : 01.71.14.27.06**
- **E à K ☎ : 01.71.14.27.05**
- **L à N ☎ : 01.71.14.27.07**
- **O à U ☎ : 01.71.14.27.52**
- **A + V à Z ☎ : 01.71.14.27.14**

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 toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez téléphoner aux numéros suivants, selon la première lettre de votre nom de famille :

- **B à D** ☎ : 01.71.14.27.06
- **E à K** ☎ : 01.71.14.27.05
- **L à N** ☎ : 01.71.14.27.07
- **O à U** ☎ : 01.71.14.27.52
- **A + V à Z** ☎ : 01.71.14.27.14

Annexe N°4

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

VOLET RECAPITULATIF DES SOINS

Procédure :

- 1-Ce volet récapitulatif est remis par le chef d'établissement à l'intéressé(e) ou transmis par le service académique.
 - 2- L'intéressé doit présenter systématiquement ce document (volet recto-verso) aux professionnels de santé afin de bénéficier de la gratuité des soins.
 - 3- le praticien doit le compléter afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances.
- Attention : le praticien doit adresser la feuille de soins ou la facture au service académique (adresse ci-dessus)
- 4- l'intéressé(e) doit transmettre ce volet recto-verso au service académique pour un éventuel renouvellement ou dès la fin des soins accompagné du **certificat final**.

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 :	

Prestataire :

N° Siret :
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

Annexe N°4 (suite)

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 :					

Annexe n° 5

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 JOLIOU 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.