

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE A CONSERVER OBLIGATOIREMENT PAR LA VICTIME

Je soussigné.e M

fonction

certifie que M

corps –grade

déclare avoir été victime d'un accident de service ou du travail le

L'intéressé.e est : (cocher la case correspondante)

fonctionnaire (titulaire ou stagiaire) et 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 et 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 et 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 _____

Nom, signature et timbre du supérieur hiérarchique

NB : Ce certificat atteste que l'intéressé a déclaré un accident de travail auprès de son supérieur hiérarchique. 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, ...).

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), sauf s'il s'agit de dépassement.

**LA CARTE VITALE NE DOIT PAS ETRE UTILISEE
POUR REGLER LES FRAIS**

Les **FACTURES** (émanant de tous les professionnels de santé et des agents) :

- 1- **ont A TRANSMETTRE uniquement AU SERVICE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL et doivent être accompagnées des ORIGINAUX DES PRESCRIPTIONS, des FACTURES, des COORDONNEES BANCAIRES (RIB) et du SIRET** à l'adresse suivante:

Rectorat de Strasbourg
DPAE 4 – Service ACCIDENTS DU TRAVAIL
6, Rue de la Toussaint
67975 STRASBOURG CEDEX 9

- 2- **Joindre un RIB à chaque facture ou mentionner les coordonnées bancaires sur le bordereau.**

Si une part des frais reste à la charge des agents, ces derniers peuvent prendre contact avec le service des accidents du travail.

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez contacter le service soit :

a. par mail : **accidents.rectorat@ac-strasbourg.fr**

b. par téléphone aux numéros suivants:

03-88-23-38-31 03-88-23-34-16
03-88-23-34-17 03-88-23-35-14

c. par courrier : à l'adresse indiquée au point n°1