

## DOCUMENT A CONSERVER PAR LA VICTIME ET A PRESENTER AUPRES DE CHAQUE PRATICIEN



*Indication du service chargé du règlement des prestations :*

D.S.D.E.N. des Yvelines  
DRH4 – Service des accidents de service  
BP100  
78 053 SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES cedex

## CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE ACCIDENTS DE SERVICE OU DU TRAVAIL(\*) MALADIE PROFESSIONNELLE

(\*) DES PERSONNELS AGENTS TITULAIRES ET STAGIAIRES DE L'ETAT, MAITRES A TITRE DEFINITIF ET PROVISoire DE L'ENSEIGNEMENT PRIVE, DELEGUES AUXILIAIRES ET SUPPLEANTS DE L'ENSEIGNEMENT PRIVE, AGENTS CONTRACTUELS DU PUBLIC RECRUTES A TEMPS COMPLET ET SUR UNE DUREE EGALE OU SUPERIEURE A UN AN

### A REMPLIR PAR LE SUPERIEUR HIERARCHIQUE:

Je soussigné (grade et fonction du chef de service): .....

....., certifie que, .....

....., a été victime d'un accident de service le .....

L'intéressé(e) (cocher la case correspondante au statut) :

- 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,
- Maître à titre définitif et provisoire de l'enseignement privé sous contrat des 1er et second degrés**, relève de la loi Censi 2005-5 du 5 janvier 2005 et du code de l'éducation article L9 14-1 et suivants.

En conséquence les frais médicaux et pharmaceutiques consécutifs à cet accident seront pris en charge par son administration.

Fait à ....., le .....

Signature du supérieur hiérarchique :

(cachet établissement)

### Il est précisé que ce certificat :

- Est établi en un seul exemplaire original signé par le supérieur hiérarchique direct. Il est à conserver par la victime qui le présentera aux professionnels de santé.
- Ne peut être établi que s'il ne subsiste aucun doute quant à l'imputabilité de l'accident de service ou du travail.
- Ne lie pas l'Administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident.
- Ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute.
- Ne doit pas être délivré aux agents pris en charge par la CPAM (non titulaires recrutés à temps incomplets et/ou pour une durée inférieure à un an, personnels rémunérés par les EPLE, sur budget propre des universités...).

## INFORMATION AUX VICTIMES

**Ce certificat de prise en charge est à conserver par la victime de l'accident et à présenter aux professionnels de santé pour la dispense de l'avance des frais.**

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente cette feuille d'accident (Art. L432-3 du code de la sécurité sociale).

**EN AUCUN CAS, LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE**  
**Aucun document concernant les accidents ne doit être adressé**  
**à la MGEN ou à la CPAM**

## INFORMATION AUX PROFESSIONNELS DE SOINS

Les anciens relevés de prestations ne sont plus en vigueur.

Seules les **feuilles de soins** ou les **factures** (datées et signées) seront traitées, accompagnées d'un bordereau de mise en paiement (voir page 3) avec les justificatifs suivants :

MEDECIN	:	les actes facturés devront correspondre à l'élaboration d'un certificat médical (initial, prolongation, rechute, final ou prescription)
PHARMACIE, AUXILIAIRES MEDICAUX, LABORATOIRES, AMBULANCES	:	la prescription médicale
SOINS DENTAIRES et OPTIQUES	:	au préalable production d'une demande de prise en charge de soins et de devis
RADIOLOGUE	:	sauf cas d'urgence du jour de l'accident, la prescription médicale

**LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT** (émanant des agents et de tous les professionnels de santé) sont à transmettre uniquement au service chargé du règlement des prestations à l'adresse suivante, accompagnées d'un bordereau de mise en paiement :

D.S.D.E.N. des Yvelines  
DRH4 – Accident de service  
BP100  
78 053 SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES cedex

**Article 441-6** du code pénal : « est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende (...) le fait de fournir une déclaration mensongère en vue d'obtenir d'une administration publique ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, un paiement ou un avantage indu. »

**Article 441-7** du code pénal : « est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende le fait : 1° d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° de falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ; 3° de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou patrimoine d'autrui. »

**BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT**

**A REMETTRE AU PROFESSIONNEL DE SANTE POUR LE REMBOURSEMENT DES ACTES LIES A UN ACCIDENT DE TRAVAIL (à joindre aux factures ou relevés de soins) :**

Nom et prénom du PRATICIEN : .....

N° SIRET (n° à 14 chiffres) : |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

Nom et prénom de la victime : .....

Date de l'accident : .....

A retourner à : D.S.D.E.N. des Yvelines - DRH4 – AT  
BP100 - 78 053 SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES cedex

FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE avec IBAN

**BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT**

**A REMETTRE AU PROFESSIONNEL DE SANTE POUR LE REMBOURSEMENT DES ACTES LIES A UN ACCIDENT DE TRAVAIL (à joindre aux factures ou relevés de soins) :**

Nom et prénom du PRATICIEN : .....

N° SIRET (n° à 14 chiffres) : |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

Nom et prénom de la victime : .....

Date de l'accident : .....

A retourner à : D.S.D.E.N. des Yvelines - DRH4 – AT  
BP100 - 78 053 SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES cedex

FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE avec IBAN

**BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT**

**A REMETTRE AU PROFESSIONNEL DE SANTE POUR LE REMBOURSEMENT DES ACTES LIES A UN ACCIDENT DE TRAVAIL (à joindre aux factures ou relevés de soins) :**

Nom et prénom du PRATICIEN : .....

N° SIRET (n° à 14 chiffres) : |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

Nom et prénom de la victime : .....

Date de l'accident : .....

A retourner à : D.S.D.E.N. des Yvelines - DRH4 – AT  
BP100 - 78 053 SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES cedex

FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE avec IBAN

JUSTIFICATIFS A JOINDRE AUX FEUILLES DE SOINS OU AUX FACTURES :

<b>MEDECIN :</b>	les actes facturés devront correspondre à l'élaboration d'un certificat médical (initial, prolongation, rechute ou final)
<b>PHARMACIE :</b>	La prescription médicale
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX :</b>	La prescription médicale
<b>SOINS DENTAIRES et OPTIQUES :</b>	Au préalable production d'une demande de prise en charge de soins et de devis
<b>RADIOLOGIE :</b>	Sauf cas d'urgence du jour de l'accident, la prescription médicale
<b>LES LABORATOIRES :</b>	La prescription médicale
<b>TRANSPORT DE PERSONNES :</b>	La prescription médicale

---

JUSTIFICATIFS A JOINDRE AUX FEUILLES DE SOINS OU AUX FACTURES :

<b>MEDECIN :</b>	les actes facturés devront correspondre à l'élaboration d'un certificat médical (initial, prolongation, rechute ou final)
<b>PHARMACIE :</b>	La prescription médicale
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX :</b>	La prescription médicale
<b>SOINS DENTAIRES et OPTIQUES :</b>	Au préalable production d'une demande de prise en charge de soins et de devis
<b>RADIOLOGIE :</b>	Sauf cas d'urgence du jour de l'accident, la prescription médicale
<b>LES LABORATOIRES :</b>	La prescription médicale
<b>TRANSPORT DE PERSONNES :</b>	La prescription médicale

---

JUSTIFICATIFS A JOINDRE AUX FEUILLES DE SOINS OU AUX FACTURES :

<b>MEDECIN :</b>	les actes facturés devront correspondre à l'élaboration d'un certificat médical (initial, prolongation, rechute ou final)
<b>PHARMACIE :</b>	La prescription médicale
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX :</b>	La prescription médicale
<b>SOINS DENTAIRES et OPTIQUES :</b>	Au préalable production d'une demande de prise en charge de soins et de devis
<b>RADIOLOGIE :</b>	Sauf cas d'urgence du jour de l'accident, la prescription médicale
<b>LES LABORATOIRES :</b>	La prescription médicale
<b>TRANSPORT DE PERSONNES :</b>	La prescription médicale