



Adresse du service chargé du règlement des prestations

Direction des Services Départementaux
de l'Éducation Nationale d'Indre-et-Loire – DAGE
38 rue Edouard Vaillant – BP 4212
37042 TOURS CEDEX 1

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 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat (article 34-2°, alinéa 2),

- **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 1er et 2nd degrés**, 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

Signature et timbre du supérieur hiérarchique

NB : Ce certificat ne peut être remis que s'il ne 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 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 CHARGE DU REGLEMENT DES PRESTATIONS à l'adresse suivante :**

**Direction des Services Départementaux de l'Education nationale d'Indre-et-Loire
38 rue Edouard Vaillant
DAGE
BP 4212
37042 TOURS CEDEX 1**

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez contacter le service de la DAGE:

Mme Evelyne BERARD
DAGE Bureau 909 - 02.47.60.77.39
ce.dag37@ac-orleans-tours.fr

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

↳ 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.



Adresse du service chargé du règlement des prestations

Direction des Services Départementaux
de l'Éducation Nationale d'Indre-et-Loire – DAGE
38 rue Edouard Vaillant – BP 4212
37042 TOURS CEDEX 1

VOLET RECAPITULATIF DE SUIVI D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Fiche procédure relative à l'élaboration de ce document:

- 1°- Ce volet récapitulatif est remis par le chef d'établissement à l'intéressé ou transmis par le service académique.
- 2°- L'intéressé doit présenter systématiquement ce document aux praticiens de santé afin de bénéficier de la gratuité des soins.
- 3°- Le praticien doit compléter ce document afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances.
NB: Le praticien doit adresser la facture directement au service académique référencé ci-dessus.
- 4°- L'intéressé doit transmettre à l'inspection académique ce volet dès la fin des soins, accompagné du certificat final (ou en cours de traitement si l'intéressé a besoin d'un nouveau feuillet vierge).

Accident de service survenu le |_|_|_|_|_|_|_|_| à |_|_| h |_|_|
 Déclaré le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de naissance :Nom d'usage :.....
 Prénoms :
 Né(e) le :
 Affectation :
 Adresse personnelle :

Date des prestations	Nature des prestations	Délivrance de certificats médicaux	Délivrance d'ordonnances	Nom et signature du professionnel de santé ou du pharmacien	Montant de la facture
<i>Les professionnels de santé doivent adresser leurs factures à la Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale référencée ci-dessus. Elles doivent être accompagnées d'un RIB avec les références IBAN et du n° SIRET.</i>					
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

TSVP

Date des prestations	Nature des prestations	Délivrance de certificats médicaux	Délivrance d'ordonnances	Nom et signature du professionnel de santé ou du pharmacien	Montant de la facture
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Date de transmission par l'intéressé au service académique (adresse en entête) le : __/__/201__			L'intéressé demande l'envoi d'un nouveau volet récapitulatif vierge :		
Signature de l'agent :			<input type="checkbox"/> oui		
			<input type="checkbox"/> non		



D
Adresse du service chargé du règlement des prestations

**Direction des Services Départementaux
de l'Éducation Nationale d'Indre-et-Loire – DAGE
38 rue Edouard Vaillant – BP 4212
370420 TOURS CEDEX 1**

DEMANDE DE RENOUELEMENT DE LA FEUILLE D'ACCIDENT

Accident de service, du travail :

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

Victime :

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénoms :
Né(e) le :
Adresse personnelle :
Affectation:.....

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

La demande de renouvellement du volet récapitulatif doit être adressée ou remise au service chargé du règlement des prestations. Cette demande de renouvellement permet à la victime d'obtenir un nouveau volet parce que le précédent a été entièrement utilisé.