

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Ce certificat est à présenter par l'agent aux professionnels de santé pour le dispenser de l'avance des frais.

EN AUCUN CAS LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE

Je soussigné(e)

M/Mme.....

Fonction

certifie que

M/Mme.....

a été victime d'un accident de service ou de travail le

L'intéressé(e) ¹ :

- **fonctionnaire** (titulaire ou stagiaire), relève de la loi n°84-16 du 11 janvier 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 1^{er} et 2nd degrés**, relève des articles L712-1 et L712-3, du premier alinéa de l'article L719-9 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.

¹ Rayer les mentions inutiles

Fait à, le

Signature du supérieur hiérarchique obligatoire

NB : Ce certificat 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...).



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 REMBOURSEMENTS (émanant des agents et de tous les professionnels de santé) SONT A TRANSMETTRE UNIQUEMENT AU SERVICE EN CHARGE DU REGLEMENT DES PRESTATIONS à l'adresse suivante :**

RECTORAT DE L'ACADEMIE DE DIJON
DPAES/SGM-RH, bureau des accidents de travail et maladies professionnelles
2G rue du Général Delaborde
BP 81321
21019 DIJON cedex

- **LES ORIGINAUX DES FEUILLES DE SOINS DOIVENT ETRE ACCOMPAGNES DES PRESCRIPTIONS CORRESPONDANTES, AVEC LA MENTION AT IDENTIFIEE, ET DES COORDONNEES BANCAIRES DES PRESTATAIRES DE SANTE.**
- Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez nous contacter à l'adresse mail suivante :

at@ac-dijon.fr