



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Landes



DIVISION DES AFFAIRES GÉNÉRALES ET
DE LA FORMATION
D.A.G.E.F.O.R.
Pôle des Affaires Médicales des
Personnels

Déclaration d'accident de service déposée par un fonctionnaire ou assimilé (*)

CERTIFICAT PROVISOIRE DE PRISE EN CHARGE valant dispense d'avance des frais

(Livre IV du code de la sécurité sociale, notamment art. L.413-14, L431-1, L432-1 et L432-3 §2)

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

5 Avenue Antoine Dufau
BP 389
40012 MONT DE
MARSAN cedex

**A présenter aux professionnels de santé en lieu et place de la carte vitale.
L'original est à conserver par l'agent qui doit en faire des copies selon les besoins.
Aucune transmission ne doit être faite à la CPAM, y compris via la MGEN.**

**document à remettre
directement à l'agent**

Je, soussigné(e) (*Nom, Grade, Fonctions*) :

.....

certifie que M./Mme (*Nom, Grade, Fonctions*) :

.....

a déclaré être victime d'un accident en date du :

Cette personne est susceptible de relever de l'article 21bis de la Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ou, pour les personnels contractuels, du Décret n°86-83 du 17 janvier 1986, et du livre VII du code de la sécurité sociale, notamment ses articles L712-1 et 3, L712-9, §1, L712-10 et L712-10-1.

En conséquence, et **sous réserve de la reconnaissance finale par l'administration de l'imputabilité au service de l'accident, les frais de santé consécutifs à cet accident sont pris en charge par le ministère en charge de l'éducation nationale**, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur en matière d'assurance maladie.

Lire instructions au verso

Les factures originales :

➔ sont à transmettre aux coordonnées ci-dessus ;

➔ accompagnées de :
- la prescription médicale,
- un RIB, un IBAN et un SIRET complets.

L'administration prend en charge les factures **aux taux des tarifs conventionnels de l'assurance maladie.**

Les factures seront traitées à compter du dépôt par l'agent d'un dossier complet et suivant la décision administrative

Les dépassements éventuels de tarifs restent à la charge de l'agent et de sa mutuelle ou assurance

Fait à, le

Signature et cachet :

- Etablissement Public : **chef d'établissement**
- Privé 2nd degré sous contrat : **Rectorat** (employeur : DGEF)
- Ecole 1^{er} degré, publique ou privée sous contrat : **I.E.N.**
- Service déconcentré : **chef de service**

Les certificats établis par une personne non habilitée n'engagent que leur auteur vis-à-vis des créanciers

Rappels à la Loi : L'établissement ou l'usage de fausse déclaration, attestation ou faux certificat, ou la tentative, constituent des infractions, avec circonstances aggravantes quand cette infraction s'opère au préjudice du Trésor Public et est le fait d'une personne chargée d'une mission de service public (CODE PENAL art.441-1, 441-6, 441-9, 441-10). Il en est de même de l'escroquerie ou de sa tentative (CODE PENAL art.313-1, 313-2, 313-3, 313-7). Les décisions obtenues par fraude ne sont pas créatrices de droit et peuvent être retirées ou abrogées sans condition de délai (CONSEIL D'ETAT n°223027 du 29/11/2002, et n°332650 du 31/03/2010)

certificat provisoire de prise en charge valant dispense d'avance des frais

- instructions à respecter -



Conditions préalables à la délivrance :

→ ce document ne doit pas être délivré aux agents pris en charge par la CPAM (contractuels de droit public recrutés pour une durée inférieure à 1 an ou à temps incomplet ; contractuels de droit privé) ;

→ n'étant ni employeur des enseignants contractuels, ni payeur des enseignants agréés, ni agents ou représentants de l'Etat au titre de leur direction d'établissement, **les directeurs d'établissement privé sous contrat avec l'Etat ne peuvent en aucun cas délivrer ce document.**

→ il ne peut être délivré par l'autorité hiérarchique (IEN, chef d'établissement public, chef de service) que :

- si l'accident lui apparaît **manifestement présenter une forte probabilité professionnelle** ;
- ET si l'agent l'a déclaré à sa hiérarchie dans les délais ($\leq 48h$) ;
- ET en cas de **constat médical initial établi au plus tard dans les 24h** suivant l'accident ;

→ ce document est à remettre au demandeur d'une imputabilité pour accident en **un seul exemplaire** :

Il ne peut être établi :

- après décision d'imputabilité ou de rejet par l'administration ;
- pour une rechute d'un accident de service ;
- dans le cadre d'une demande de maladie professionnelle.

Il appartient à l'agent de conserver l'original et d'en faire des copies à l'occasion de chaque démarche de santé en lien avec l'accident, ce jusqu'à délivrance d'une décision par l'administration (DSDEN-40, DAGEFOR Bureau des Affaires médicales).

Utilisation du certificat provisoire :

→ **La carte vitale ne doit en aucun cas être utilisée** : ce certificat provisoire doit être présenté d'emblée aux professionnels de santé à l'occasion des actes en lien avec l'accident au titre duquel il a été établi.

→ **les professionnels de santé ne peuvent demander d'honoraires à la victime présentant ce document**, sauf pour la partie correspondant à un dépassement du tarif conventionnel (*art. L432-3 §2 du code de la sécurité sociale*).

Transmission des factures par les prestataires de santé :

→ à adresser, accompagnées d'un bordereau de mise en paiement (voir page 3), à la **DSDEN des Landes, Division D.A.G.E.F.O.R., Pôle des Affaires financières, 5 Avenue Antoine Dufau – BP 389 – 40012 MONT DE MARSAN cedex** ;

→ à accompagner du **certificat** ou de la **prescription médicale**, du **RIB**, de l'**IBAN** et du **SIRET** complets ;

→ pour les actes soumis à une **entente préalable** : à accompagner de la décision administrative de prise en charge ;

Les factures sont réglées selon les **tarifs applicables en matière d'assurance maladie** (*art. L432-3 du code de la sécurité sociale*).

Les dépassements éventuels restent à la charge de l'agent, qui peut en demander le remboursement le cas échéant auprès de ses mutuelles ou assureurs (*selon contrats souscrits*).

Durée de validité du certificat provisoire :

→ Dès notification de la décision de l'administration, le certificat provisoire doit être détruit.

Toute utilisation postérieure, notamment en cas de décision de rejet, expose l'agent à des poursuites, tant de la part de l'administration que des prestataires.



A REMETTRE PAR L'ACCIDENTE AU PROFESSIONNEL DE SANTE POUR LE REMBOURSEMENT DES ACTES LIES A SON ACCIDENT DE SERVICE :

BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT (A JOINDRE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE AUX FACTURES OU RELEVES DE SOINS) pour mise en paiement.

Nom et prénom du PRATICIEN :

N° SIRET (n° à 14 chiffres) ou n° INSEE pour les praticiens hospitaliers ne disposant pas d'un n° SIRET :

I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE avec IBAN

Nom et prénom de la victime

Date de l'accident :

A retourner au : D.S.D.E.N. des Landes – DAGEFOR (Division des Affaires Générales et de la Formation) –
5, Avenue Antoine Dufau - BP 389 – 40012 Mont de Marsan cedex

✂-----

A REMETTRE PAR L'ACCIDENTE AU PROFESSIONNEL DE SANTE POUR LE REMBOURSEMENT DES ACTES LIES A SON ACCIDENT DE SERVICE :

BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT (A JOINDRE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE AUX FACTURES OU RELEVES DE SOINS) pour mise en paiement.

Nom et prénom du PRATICIEN :

N° SIRET (n° à 14 chiffres) ou n° INSEE pour les praticiens hospitaliers ne disposant pas d'un n° SIRET :

I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE avec IBAN

Nom et prénom de la victime

Date de l'accident :

A retourner au : D.S.D.E.N. des Landes – DAGEFOR (Division des Affaires Générales et de la Formation) –
5, Avenue Antoine Dufau - BP 389 – 40012 Mont de Marsan cedex

✂-----

A REMETTRE PAR L'ACCIDENTE AU PROFESSIONNEL DE SANTE POUR LE REMBOURSEMENT DES ACTES LIES A SON ACCIDENT DE SERVICE :

BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT (A JOINDRE PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE AUX FACTURES OU RELEVES DE SOINS) pour mise en paiement.

Nom et prénom du PRATICIEN :

N° SIRET (n° à 14 chiffres) ou n° INSEE pour les praticiens hospitaliers ne disposant pas d'un n° SIRET :

I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE avec IBAN

Nom et prénom de la victime

Date de l'accident :

A retourner au : D.S.D.E.N. des Landes – DAGEFOR (Division des Affaires Générales et de la Formation) –
5, Avenue Antoine Dufau - BP 389 – 40012 Mont de Marsan cedex