



Indication du service chargé du règlement des prestations :

D.S.D.E.N. des Landes
SAGF (Service des Affaires Générales et Financières)
5, Avenue Antoine Dufau
BP 389
40012 Mont de Marsan cedex

**CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE
ACCIDENTS DE SERVICE OU DU TRAVAIL(*)**

(*) 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) et de la circulaire interministérielle n°1711, 34/CMS et 2B9 du 30 janvier 1989.
- 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 :

1. 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.
2. Ne peut être établi que s'il ne subsiste aucun doute quant à l'imputabilité de l'accident de service ou du travail.
3. Ne lie pas l'Administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident.
4. Ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute.
5. 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...).

INFORMATIONS 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 dispenser 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**

INFORMATIONS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE

IL NE SERA PLUS DELIVRE de relevé d'honoraires, pharmaceutiques, ou de soins pour le remboursement des actes.

SEULES LES FACTURES OU FEUILLES DE SOINS DATEES ET SIGNEES FERONT FOI, ACCOMPAGNEES D'UN BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT (voir page 3) AINSI QUE DES JUSTIFICATIFS SUIVANTS :

MEDECIN : les actes facturés devront correspondre à l'élaboration d'un certificat médical (initial, prolongation, rechute ou final)

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

JOINDRE OBLIGATOIREMENT

(POUR UN PREMIER PAIEMENT DEPUIS 2010 DANS LE DEPARTEMENT DES LANDES OU UN CHANGEMENT DE COORDONNEES BANCAIRES) :

**- UN RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE avec n° IBAN
- ainsi que le n° SIRET de votre établissement (n° à 14 chiffres)
ou le n° INSEE pour les praticiens hospitaliers ne disposant pas d'un n° siret à leur nom.**

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, accompagnées d'un bordereau de mise en paiement :

**D.S.D.E.N. des Landes
SAGF (Service des Affaires Générales et Financières)
5, Avenue Antoine Dufau
BP 389
40012 Mont de Marsan cedex**

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez téléphoner au numéro suivant : **05.58.05.66.66 (poste 620).**

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 SERVICE OU DU TRAVAIL (A JOINDRE AUX FACTURES OU RELEVES DE SOINS) :

Nom et prénom du PRATICIEN :

N° SIRET : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

FURNIR OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE avec IBAN ainsi que le n° SIRET du prestataire de santé (n° à 14 chiffres)

Nom et prénom de la victime

Date de l'accident :

Nom de l'établissement d'affectation : Code postal :

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

✂-----

BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT

A REMETTRE AU PROFESSIONNEL DE SANTE POUR LE REMBOURSEMENT DES ACTES LIES A UN ACCIDENT DE SERVICE OU DU TRAVAIL (A JOINDRE AUX FACTURES OU RELEVES DE SOINS) :

Nom et prénom du PRATICIEN :

N° SIRET : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

FURNIR OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE avec IBAN ainsi que le n° SIRET du prestataire de santé (n° à 14 chiffres)

Nom et prénom de la victime

Date de l'accident :

Nom de l'établissement d'affectation : Code postal :

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

✂-----

BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT

A REMETTRE AU PROFESSIONNEL DE SANTE POUR LE REMBOURSEMENT DES ACTES LIES A UN ACCIDENT DE SERVICE OU DU TRAVAIL (A JOINDRE AUX FACTURES OU RELEVES DE SOINS) :

Nom et prénom du PRATICIEN :

N° SIRET : I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

FURNIR OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE avec IBAN ainsi que le n° SIRET du prestataire de santé (n° à 14 chiffres)

Nom et prénom de la victime

Date de l'accident :

Nom de l'établissement d'affectation : Code postal :

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

JUSTIFICATIFS A JOINDRE AUX FACTURES :

MEDECIN : les actes facturés devront correspondre à l'élaboration d'un certificat médical (initial, prolongation, rechute ou final)

PHARMACIE : La prescription médicale

AUXILIAIRES MEDICAUX : La prescription médicale

SOINS DENTAIRES et OPTIQUES : Au préalable production d'une demande de prise en charge de soins et de devis

RADIOLOGUE et CABINET DE RADIOLOGIE : Sauf cas d'urgence du jour de l'accident, la prescription médicale

LES LABORATOIRES : La prescription médicale

LES AMBULANCES et Sté de TRANSPORT DE PERSONNES : La prescription médicale

✂-----

JUSTIFICATIFS A JOINDRE AUX FACTURES :

MEDECIN : les actes facturés devront correspondre à l'élaboration d'un certificat médical (initial, prolongation, rechute ou final)

PHARMACIE : La prescription médicale

AUXILIAIRES MEDICAUX : La prescription médicale

SOINS DENTAIRES et OPTIQUES : Au préalable production d'une demande de prise en charge de soins et de devis

RADIOLOGUE et CABINET DE RADIOLOGIE : Sauf cas d'urgence du jour de l'accident, la prescription médicale

LES LABORATOIRES : La prescription médicale

LES AMBULANCES et Sté de TRANSPORT DE PERSONNES : La prescription médicale

✂-----

JUSTIFICATIFS A JOINDRE AUX FACTURES :

MEDECIN : les actes facturés devront correspondre à l'élaboration d'un certificat médical (initial, prolongation, rechute ou final)

PHARMACIE : La prescription médicale

AUXILIAIRES MEDICAUX : La prescription médicale

SOINS DENTAIRES et OPTIQUES : Au préalable production d'une demande de prise en charge de soins et de devis

RADIOLOGUE et CABINET DE RADIOLOGIE : Sauf cas d'urgence du jour de l'accident, la prescription médicale

LES LABORATOIRES : La prescription médicale

LES AMBULANCES et Sté de TRANSPORT DE PERSONNES : La prescription médicale