



# CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE ORIGINAL A CONSERVER PAR LA VICTIME

Je soussigné.e M .....  
fonction .....  
certifie que M .....  
corps –grade.....  
déclare avoir été victime d'un accident de service ou du travail le .....

## L'intéressé.e est : (cocher la case correspondante)

- fonctionnaire** (titulaire ou stagiaire) et 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** et 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 2<sup>nd</sup> degrés** et 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 .....

Nom, signature et timbre du supérieur hiérarchique

**NB : Ce certificat atteste que l'intéressé a déclaré un accident de travail auprès de son supérieur hiérarchique. 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, ...).**

## 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), sauf s'il s'agit de dépassement.*

**LA CARTE VITALE NE DOIT PAS ETRE UTILISEE POUR REGLER LES FRAIS**

**Les DEMANDES DE REMBOURSEMENT (émanant des agents et de tous les professionnels de santé):**

- 1- sont A TRANSMETTRE uniquement AU SERVICE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL à l'adresse suivante:**

Rectorat de Strasbourg  
DPAE 4 – Service ACCIDENTS DU TRAVAIL  
6, Rue de la Toussaint  
67975 STRASBOURG CEDEX 9

- 2- doivent être accompagnées des ORIGINAUX DES PRESCRIPTIONS, des FACTURES, des COORDONNEES BANCAIRES (RIB) et du SIRET.**

Si une part des frais reste à la charge des agents, ces derniers peuvent prendre contact avec le service des accidents du travail.

**Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez contacter le service soit :**

- a. par mail : **accidents.rectorat@ac-strasbourg.fr**

- b. par téléphone aux numéros suivants:

03-88-23-38-31	03-88-23-34-16
03-88-23-34-17	03-88-23-35-14

- c. par courrier : à l'adresse indiquée au point n°1