

Adresse du service chargé du règlement des prestations

RECTORAT DE PARIS

DAF2

12 boulevard d'Indochine

CS 40049

75933 PARIS cedex 19

Ce.daf2@ac-paris.fr

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e),

Fonction :

Certifie que M.

Corps :

Adresse d'affectation :

.....

a été victime d'un accident de service ou du travail leou d'une maladie professionnelle le
.....selon le tableau du Code de la Sécurité Sociale

L'intéressé(e) ¹:

☐ **fonctionnaire** (titulaire ou stagiaire), relève de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (notamment l'article 21 bis)

☐ **agent non titulaire de l'Etat** recruté à **temps complet pour une durée égale ou supérieur à un an**, 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, tant que l'imputabilité n'a pas été reconnue après expertise médicale.

¹ Cocher les mentions utiles

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...).

TSVP 

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 ce certificat de prise en charge (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 :**

**RECTORAT DE PARIS
DAF2
Ce.daf2@ac-paris.fr
12 boulevard d'Indochine
CS 40049
75933 PARIS cedex 19**

↳ **LES FACTURES, LES RELEVÉS D'HONORAIRES, LES FEUILLES DE SOINS DOIVENT ETRE ACCOMPAGNÉES DES ORIGINAUX DES PRESCRIPTIONS, DES COORDONNÉES BANCAIRES (RIB) ET DU NUMERO DE SIRET DU PRATICIEN OU DE L'ORGANISME DE SANTÉ.**

↳ 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.