

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE (*) 2019-2020
PERMET au déclarant DE NE PAS AVANCER LES FRAIS MEDICAUX
DANS LE CADRE D'ACCIDENTS DE SERVICE OU DE TRAVAIL DES PERSONNELS
UNIQUEMENT SI L'ACCIDENT RELEVE DE LA GESTION DU RECTORAT (cf §1a de la circulaire) :

A conserver par le déclarant pour présentation aux professionnels de santé
avec un bordereau de mise en paiement (disponible page 3).

Ne pas retourner ce document à la DRAT avec la déclaration d'accident.

A FAIRE REMPLIR PAR LE SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Je soussigné.e :

Mme. ou M.

Fonction

Certifie que :

Mme ou M.

a signalé avoir été victime d'un accident de service ou du travail le / / à h

L'intéressé.e :

Fonctionnaire (titulaire ou stagiaire), relève de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (article 21 bis alinéas 1 et 2),

Agent non titulaire de l'Etat (contrat de droit public 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 1^{er} et 2nd degrés, relève de la loi Censi 2005-5 du 5 janvier 2005 et du code de l'éducation article L914-1 et R914-105.

Fait à A le / /

Nom, prénom, qualité et signature du supérieur hiérarchique

Nom et prénom du signataire

Qualité du signataire

Signature originale du supérieur hiérarchique

() Ce certificat n'est pas une décision. Il ne lie donc pas l'Administration à une décision ultérieure, qu'elle soit favorable ou défavorable. La décision est prise après instruction du dossier.*

MODALITES DE PAIEMENT DES FRAIS MEDICAUX

1) INFORMATIONS AUX AGENTS DONT L'ACCIDENT RELEVE DE LA GESTION DU RECTORAT

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires au blessé qui présente cette feuille d'accident (Art. L432-3 du code de la sécurité sociale).

EN AUCUN CAS, LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISÉE

**Aucun document concernant les accidents ne doit être adressé
à la MGEN ou à la CPAM**

2) INFORMATIONS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE

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

JUSTIFICATIFS A JOINDRE :

- **MEDECIN GÉNÉRALISTE** : les actes facturés devront correspondre à l'élaboration d'un certificat médical (initial, prolongation, rechute ou final)
- **PHARMACIE** : La prescription médicale originale
- **AUXILIAIRES MÉDICAUX** : La prescription médicale originale
- **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 originale
- **LES AMBULANCES et Sté de TRANSPORT DE PERSONNES** : La prescription médicale originale

**POUR UN PREMIER PAIEMENT OU UN CHANGEMENT DE COORDONNÉES BANCAIRES
JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB (original avec IBAN)
ainsi que le n° SIRET de votre établissement (n° à 14 chiffres)**

LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT de tous les professionnels de santé sont à transmettre uniquement au service chargé du règlement des prestations à l'adresse suivante accompagnées d'un bordereau de mise en paiement :

**RECTORAT D'ACADÉMIE
Division des Retraites et des Accidents du Travail (DRAT)
Bureau des Accidents du Travail (DRAT 2)
96 rue d'Antrain
CS 10503
35705 RENNES CEDEX 7**

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez téléphoner au numéro suivant :
02.23.21.77.10 - DRAT2

**BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT A REMETTRE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ
POUR REMBOURSEMENT DES ACTES A JOINDRE AUX FACTURES OU RELEVÉS DE SOINS**

Nom et prénom du PROFESSIONNEL DE SANTÉ :

**FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN RIB (original avec IBAN) ainsi que le n° SIRET du prestataire de santé
(n° à 14 chiffres)**

SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom et Prénom du patient :

Date de l'accident :

Nom de l'établissement ou service d'affectation :

Code postal :

A retourner au :

RECTORAT D'ACADÉMIE – Bureau des Accidents du Travail DRAT 2 – 96 rue d'Antrain CS 10503 35705 RENNES CEDEX 7



**BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT A REMETTRE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ
POUR REMBOURSEMENT DES ACTES A JOINDRE AUX FACTURES OU RELEVÉS DE SOINS**

Nom et prénom du PROFESSIONNEL DE SANTÉ :

**FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN RIB (original avec IBAN) ainsi que le n° SIRET du prestataire de santé
(n° à 14 chiffres)**

SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom et Prénom du patient :

Date de l'accident :

Nom de l'établissement ou service d'affectation :

Code postal :

A retourner au :

RECTORAT D'ACADÉMIE – Bureau des Accidents du Travail DRAT 2 – 96 rue d'Antrain CS 10503 35705 RENNES CEDEX 7



**BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT A REMETTRE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ
POUR REMBOURSEMENT DES ACTES A JOINDRE AUX FACTURES OU RELEVÉS DE SOINS**

Nom et prénom du PROFESSIONNEL DE SANTÉ :

**FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN RIB (original avec IBAN) ainsi que le n° SIRET du prestataire de santé
(n° à 14 chiffres)**

SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom et Prénom du patient :

Date de l'accident :

Nom de l'établissement ou service d'affectation :

Code postal :

A retourner au :

RECTORAT D'ACADÉMIE – Bureau des Accidents du Travail DRAT 2 – 96 rue d'Antrain CS 10503 35705 RENNES CEDEX 7