******

***Nom et Adresse de l’établissement mutualisateur à renseigner par l’établissement***

***employeur avant de remettre le document à l’AED/ AESH sauf AESH-I :***

**Etablissement chargé du règlement des prestations (Établissement mutualisateur) :**

# …………………………...

# ……………………………

**CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE**

**Accident de travail des AED et AESH**

**A remettre à la victime de l’accident pour dispense d’avance des frais médicaux \* Ne pas présenter la carte vitale** (voir page 2)

Je soussigné(e)

M .....................................................................................................................................................................................

Fonction ..................................................................................................................................................................

certifie que

M .............................................................................................................................................................................

Fonction ..................................................................................................................................................................

a été victime d’un accident de travail le ..................................................................................................................

**L’intéressé(e), agent non titulaire de l’Etat**, 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,

Fait à ………………………………….. , le ………………………………………….

Signature et timbre du chef d’établissement

***\* IMPORTANT :***

-

*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.***
* *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).*

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre établissement employeur.

 page 1 sur 4



# 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).*

**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 A L’ETABLISSEMENT MUTUALISATEUR SUIVANT :

**Lycée des Métiers de la maintenance automobile et industrielle**

**Service Mutualisateur**

18 Bis Bd de la République

97305 CAYENNE CEDEX

Tel : 0594 28 .11.11

Fax : 0594 31.96.91

9730094p@ac-guyane.fr

### J Pour assurer le règlement, les demandes de remboursement doivent être accompagnées :

* des originaux des prescriptions
* des factures
* des feuilles de soins
* d’un RIB du prestataire au format BIC-IBAN avec nom et prénom
* du numéro de SIRET du prestataire

**Si une part des frais reste à la charge des agents, ces derniers peuvent éventuellement prendre contact avec l’établissement mentionné ci-dessus.**

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre établissement employeur.

 page 2 sur 4



**VOLET RECAPITULATIF**

Volet à conserver par l'agent et à remettre au service chargé du règlement des prestations à la fin des soins.

## Accident de service, du travail :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Survenu le | | |  | | | |  | | | |  |  | |  | |  | | | à | | |  | | | h | | |  | | |
| Déclaré le | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |

**Victime :**

|  |
| --- |
| Nom de naissance : …………………………………………………………………………………… |
| Nom d’usage : …………………………………………………………………………………..……... |
| Prénoms : ………………………………………………………………………………………………. |
| Date de naissance : …………………………………………………………………………...………. |
| Adresse personnelle : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Fonction AED/AESH : |

## Lieu d’affectation :

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre établissement employeur.

 page 3 sur 4



Les demandes de remboursement doivent être accompagnées des originaux des prescriptions, des factures, des feuilles de soins, du RIB au format BIC IBAN et du numéro de SIRET du prestataire.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date des prestations** | **Nature des prestations** | **Délivrance de certificats médicaux** | **Délivrance d’ordonnances** | **Signature du praticien ou cachet du pharmacien** | **Montant de la facture** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Tableau récapitulatif ne permettant pas à lui seul le règlement des prestations

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre établissement employeur.

 page 4 sur 4