

## CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE Année scolaire 2018-2019

Je soussigné (e)

M, Mme, .....

Fonction .....

certifie que

M, Mme, .....

a été victime d'un accident de service le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

L'intéressé (e) :

- **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)

Fait à ....., le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

Signature et timbre du Directeur d'école

NB : Ce certificat est remis à l'intéressé à titre provisoire. Il ne lie pas l'Administration qui statuera 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.

### 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 à transmettre uniquement au service suivant :*

*Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale de la Savoie  
DIV 1 – Affaires médicales Mme MAISTRE Sonia  
131, avenue de Lyon  
73018 CHAMBERY Cedex*

*Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez téléphoner à Sonia MAISTRE au 04.79.69.16.36.*

⇒ **Les demandes de remboursement doivent être accompagnées des originaux des prescriptions, des factures, du numéro SIRET et d'un relevé d'identité bancaire mentionnant l'adresse du praticien.**

⇒ *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.*