

## Annexe 1 : Certificat de prise en charge provisoire à conserver par l'agent

Circulaire n°2023-099 du 23 novembre 2023

Le présent certificat est remis afin de permettre à l'agent de ne pas faire l'avance des frais et soins en lien avec l'accident présumé imputable au service. Il ne lie pas l'Administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident. Il ne doit pas être remis en cas de déclaration de maladie professionnelle ou de rechute. En outre, 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...).

Je soussigné(e) M(me).....

Fonction .....

certifie que M(me) (nom/prénom).....

Grade.....  
(Professeur Certifié, Adjoint Administratif, Assistant d'Education, etc...)

a été victime d'un accident, susceptible d'être reconnu imputable au service si les critères sont réunis, le  
.....

### **L'intéressé(e) (Cocher la case correspondante) :**

- **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) ;
- **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 ;
- **Maître à titre définitif de l'enseignement privé sous contrat**, 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 .....

**Timbre mentionnant le nom et l'adresse  
de service**

**Signature et Timbre du supérieur  
hiérarchique ou chef de service**

## 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). Ils fournissent une feuille de soins Cerfa ou une facture.*

### **EN AUCUN CAS, LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE**

- Pour les professeurs des écoles du premier degré public sur l'académie de Créteil, les demandes de remboursement sont à adressées à la direction des services départementaux de l'Education nationale correspondant au département d'affectation :

**DSDEN du Val de Marne (94)**  
**Division des Moyens et des Ressources Humaines 1er degré (DRHM)**  
**Service des affaires médicales et accidents de service**  
**68 avenue du Général de Gaulle – 94011 CRETEIL CEDEX**

**DSDEN de la Seine-Saint-Denis (93)**  
**Division des moyens et des personnels enseignants du 1er degré (DIMOPE)**  
**Service des affaires médicales DIMOPE 5**  
**8 rue Claude Bernard – 93008 BOBIGNY CEDEX**

**DSDEN de la Seine-et-Marne (77) :**  
**Division des personnels administratifs et techniques (DIPATE)**  
**Affaires médicales et accidents de service DIPATE 3**  
**20, quai Hippolyte Rossignol - 77000 MELUN**

- Pour tous les autres personnels de l'Education nationale affectés sur l'académie de Créteil, les demandes de remboursement sont à adressés au :

**Rectorat de l'académie de Créteil**  
**DASEM 1 / Affaires médicales**  
**4, rue George Enesco**  
**94010 CRETEIL CEDEX**

Accompagnées obligatoirement :

- DES ORIGINAUX DES PRESCRIPTIONS,
- DES FEUILLES DE SOINS ORIGINALES (COPIES REFUSEES),
- DES FACTURES,
- D'UN RIB
- DU NUMERO SIRET DU PRESTATAIRE

**Si une part des frais reste à la charge de l'agent, ce dernier peut éventuellement prendre contact avec le service mentionné ci-dessus.**

## Etat récapitulatif des soins à conserver par l'agent

Ne sert pas à payer les sommes dues aux prestataires  
qui fournissent des feuilles de soins originales ou des factures originales numérotées, à transmettre  
par courriel à la fin des soins au service des affaires médicales concernés :

**Rectorat (94, 93 et 77 hors premier degré public) :**

[ce.dasem1@ac-creteil.fr](mailto:ce.dasem1@ac-creteil.fr)

**DSDEN du Val-de-Marne (94)**

[ce.94drhm@ac-creteil.fr](mailto:ce.94drhm@ac-creteil.fr)

**DSDEN de la Seine-Saint-Denis (93)**

[ce.93affaires-medicales@ac-creteil.fr](mailto:ce.93affaires-medicales@ac-creteil.fr)

**DSDEN de la Seine-et-Marne (77) :**

[ce.77dipate@ac-creteil.fr](mailto:ce.77dipate@ac-creteil.fr)

### Accident de service, du travail :

|            |
|------------|
| Survenu le |
| Déclaré le |

### Victime :

|                       |
|-----------------------|
| Nom de famille :      |
| Nom d'usage :         |
| Prénoms :             |
| Adresse personnelle : |
| Téléphone             |
| Corps :               |

### Lieu d'affectation :

|  |
|--|
|  |
|--|

TSVP

## Etat récapitulatif des soins à conserver par l'agent

| Date des prestations | Nature des prestations | Délivrance de certificat médical | Délivrance d'ordonnance | Signature du praticien et cachet | Montant de la facture |
|----------------------|------------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------------|
|                      |                        |                                  |                         |                                  |                       |
|                      |                        |                                  |                         |                                  |                       |
|                      |                        |                                  |                         |                                  |                       |
|                      |                        |                                  |                         |                                  |                       |
|                      |                        |                                  |                         |                                  |                       |
|                      |                        |                                  |                         |                                  |                       |
|                      |                        |                                  |                         |                                  |                       |
|                      |                        |                                  |                         |                                  |                       |
|                      |                        |                                  |                         |                                  |                       |
|                      |                        |                                  |                         |                                  |                       |
|                      |                        |                                  |                         |                                  |                       |

Ce document ne peut pas être utilisé comme facture.  
C'est un RECAPITULATIF de TOUS les frais induits par l'accident.

**POUR ETRE PAYE, CHAQUE PRESTATAIRE FOURNIT :**

**1 FEUILLE DE SOINS CERFA + 1 RIB + NUMERO DE SIRET**