

Indication du service liquidateur des prestations :

8 F 97 H C B ' 8 9 G ' G 9 F J - 7 9 G ' 8 9 D 5 F H 9 A 9 B H 5 I L ' 8 9 ' @ 8 I 7 5 H C B ' B 5 H C B 5 @ ' 8 I ' J 5 @ 8 f c - G 9 '
 Service de gestion des accidents du travail et des affaires médicales
 Bureau des accidents du travail
 2A avenue des Arpents - 95525 CERGY-PONTOISE CEDEX

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e) _____

(grade et fonction du chef de service) certifie que M _____

a été victime d'un accident de service.

M _____ 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. En conséquence, les frais médicaux et pharmaceutiques consécutifs à cet accident de service seront pris en charge par le Ministère de l'Education nationale dans les conditions prévues par l'article 34 du statut général des fonctionnaires de l'Etat et par la circulaire interministérielle n° 1711, 34/CMS et B9 du 30 janvier 1989.

Fait à _____, le _____.

Signature :

Il est précisé :

1° - que cette décision provisoire ne peut être prise que s'il ne subsiste aucun doute quant à l'imputabilité de l'accident au service.

2° - que cette attestation ne lie pas la commission de réforme qui doit obligatoirement exprimer son avis sur l'imputabilité de l'accident au service, ni l'administration.

2

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
Cachet du service liquidateur des prestations

8 F97 HCB 89 G G9 F J 7 9 G 89 D5 FH9 A9 BH5 I L 89 @ 8 I 7 5 HCB B5 HCB5 @ 8 I J5 @ 8 F C G9

Service de gestion des accidents du travail et des affaires médicales
Bureau des accidents du travail
2A avenue des Arpents - 95525 CERGY-PONTOISE CEDEX

Feuille d'accident de travail ou de maladie professionnelle
(volet à conserver par l'assuré)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____
Déclaré le _____ à _____

Accidenté

Numéro d'immatriculation: []
Nom : _____ (en majuscules d'imprimerie)
Prénom : _____ Age : _____
Grade : _____
Adresse : Rue _____ N° _____
Arrondissement ou commune : _____ Département _____

Service ou établissement

Désignation et adresse
du service ou établissement

Date des actes médicaux	PRESCR. 1 Lit 2 Chambre 3 Sortie autorisée 4 Pas arrêt de travail	Nature des actes médicaux	Délivrance du certificat médical	Délivrance d'ordonnance	Signature du médecin	Cachet du pharmacien	Montant de la facture

Volet à conserver jusqu'à la fin des soins. Ensuite, le remettre sans délai au service chargé d'assurer le versement des prestations.

Vérifiez que votre adresse personnelle figurant sur ces documents est exacte et conforme à celle qui doit figurer sur la déclaration d'accident ; le cas échéant avisez votre employeur des modifications qu'il y aurait lieu d'y apporter.

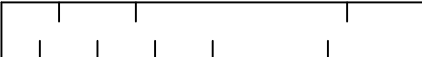
3

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
 Cachet du service liquidateur des prestations
 8 F 9 7 H C B ' 8 9 G ' G 9 F J 7 9 G ' 8 9 D 5 F H 9 A 9 B H 5 I L ' 8 9 ' 8 1 7 5 H C B ' B 5 H C B 5 @ ' 8 1 ' J 5 @ 8 f c - G 9 '
 Service de gestion des accidents du travail et des affaires médicales
 Bureau des accidents du travail
 2A avenue des Arpents - 95525 CERGY-PONTOISE CEDEX
Relevé des honoraires médicaux
 (volet à remettre au médecin)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____
 Déclaré le _____ à _____


Accidenté

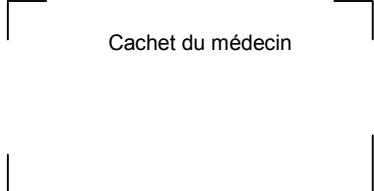
 Numéro d'immatriculation	Nom : _____ (en majuscules d'imprimerie)
Grade : _____	Prénom : _____ Age : _____
Adresse : Rue _____ N° _____	
Arrondissement ou commune : _____ Département _____	

Service ou établissement	Désignation et adresse du service ou établissement
--------------------------	---

CADRE RESERVE AU PRATICIEN

Le praticien soussigné déclare que, pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, les actes médicaux indiqués au verso ont été dispensés, et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de :


 Fait à _____, le _____
Signature du praticien :


 Cachet du médecin

Mode de paiement : joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.

3 bis

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
Cachet du service liquidateur des prestations
~~8 F97 HCB 89G G9F J79G 89D5 FH9A9BH5I L 89 @81 75 HCB B5 HCB5 @ 81 J5 @81C G9~~
Service de gestion des accidents du travail et des affaires médicales
Bureau des accidents du travail
2A avenue des Arpens - 95525 CERGY-PONTOISE CEDEX
Relevé des honoraires médicaux
(volet à remettre au médecin)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____

Déclaré le _____ à _____

Accidenté

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro d'immatriculation

Nom : _____
(en majuscules d'imprimerie)

Prénom : _____ Age : _____

Grade : _____

Adresse : Rue _____ N° _____

Arrondissement ou commune : _____ Département _____

Service ou établissement

Désignation et adresse
du service ou établissement

CADRE RESERVE AU PRATICIEN

Le praticien soussigné déclare que, pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, les actes médicaux indiqués au verso ont été dispensés, et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de :

--

Cachet du médecin

Fait à _____, le _____

Signature du praticien :

Mode de paiement : joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.

NOTES D'HONORAIRES

Date de l'acte médical	Désignation de l'acte médical dispensé	Lettres de coefficient	Ind. Kil. Nombre de km	Certificats médicaux	Décompte du médecin
				TOTAL.....	

Adressez votre note d'honoraires au service dont relève l'accidenté.

4

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
Cachet du service liquidateur des prestations
8 F97 HCB 89G G9FJ 79G 89D5FH9A9BH5I L 89 @ 81 75 HCB B5 HCB5 @ 81 J5 @ 81 C9
Service de gestion des accidents du travail et des affaires médicales
Bureau des accidents du travail
2A avenue des Arpens - 95525 CERGY-PONTOISE CEDEX
Relevé de prescriptions pharmaceutiques
(volet à remettre au pharmacien)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____
Déclaré le _____ à _____

Accidenté

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro d'immatriculation

Nom : _____
(en majuscules d'imprimerie)

Prénom : _____ Age : _____

Grade : _____

Adresse : Rue _____ N° _____

Arrondissement ou commune : _____ Département _____

Service ou établissement

Désignation et adresse
du service ou établissement

CADRE RESERVE AU PHARMACIEN

Le pharmacien soussigné, déclare que pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, des fournitures pharmaceutiques prescrites médicalement par les ordonnances ci-jointes ont été faites, et que, décomptées au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, elles s'élèvent à la somme globale de :

--

Cachet du pharmacien

Fait à _____, le _____

Signature du pharmacien :

Mode de paiement : joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.

5

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
Cachet du service liquidateur des prestations
8 F97 HCB 89 G G9 FJ 79 G 89 D5 FH9 A9 BH5 I L 89 @ 81 75 HCB B5 HCB5 @ 81 J5 @ 8 FC G9
Service de gestion des accidents du travail et des affaires médicales
Bureau des accidents du travail
2A avenue des Arpens - 95525 CERGY-PONTOISE CEDEX
Relevé des honoraires de l'auxiliaire médical
(volet à remettre à l'auxiliaire médical)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____

Déclaré le _____ à _____

Accidenté

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro d'immatriculation

Nom : _____
(en majuscules d'imprimerie)

Prénom : _____ Age : _____

Grade : _____

Adresse : Rue _____ N° _____

Arrondissement ou commune : _____ Département _____

Service ou établissement

Désignation et adresse
du service ou établissement

CADRE RESERVE A L'AUXILIAIRE MEDICAL

L'auxiliaire médical soussigné, déclare que pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, des soins prescrits médicalement par les ordonnances et suivant accord ci-joint ont été donnés, et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de :

Cachet de l'auxiliaire médical

--

Fait à _____, le _____

Signature de l'auxiliaire médical :

Mode de paiement : joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.

6

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE
Cachet du service liquidateur des prestations
8 F 97 H C B ' 8 9 G ' G 9 F J 7 9 G ' 8 9 D 5 F H 9 A 9 B H 5 I L ' 8 9 ' 0 8 I 7 5 H C B ' B 5 H C B 5 @ ' 8 I ' J 5 @ 8 1 C - G 9
Service de gestion des accidents du travail et des affaires médicales
Bureau des accidents du travail
2A avenue des Arpens - 95525 CERGY-PONTOISE CEDEX

Feuille d'accident de travail ou de maladie professionnelle
(volet à conserver par l'assuré)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____
Déclaré le _____ à _____

Accidenté

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro d'immatriculation

Nom : _____
(en majuscules d'imprimerie)

Prénom : _____ Age : _____

Grade : _____

Adresse : Rue _____ N° _____

Arrondissement ou commune : _____ Département _____

Service ou établissement

Désignation et adresse
du service ou établissement

**DEMANDE DE RENOUELEMENT
DE LA FEUILLE D'ACCIDENT**

Date de la demande de renouvellement : _____

Signature de l'accidenté :

La demande de renouvellement de la feuille d'accident doit être adressée ou remise par l'assuré à l'organisme débiteur des prestations.

Cette demande de renouvellement permet à l'accidenté d'obtenir une nouvelle feuille soit parce que celle-ci a été entièrement utilisée, soit parce que le blessé est dans l'obligation de consulter un autre praticien.

Dans le premier cas la feuille d'accident entièrement utilisée doit être remise à l'organisme débiteur des prestations en même temps que la demande.

Les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident (code de la sécurité sociale, article L 432-3)