

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE – PERMET A LA VICTIME

DE NE PAS AVANCER LES FRAIS MEDICAUX

ACCIDENTS DE SERVICE OU DE TRAVAIL DES PERSONNELS UNIQUEMENT DONT

L'ACCIDENT RELEVE DE LA GESTION DE L'UNIVERSITE DE RENNES 1 :

- PERSONNELS AGENTS TITULAIRES ET STAGIAIRES DE L'ETAT,

- AGENTS NON TITULAIRES DU PUBLIC (contrats de droit public) **RECRUTES A TEMPS COMPLET ET SUR UNE DUREE EGALE OU SUPERIEURE A UN AN**

A conserver par la victime

et

A présenter aux professionnels de santé avec un bordereau de mise en paiement
(disponible page 3)

A COMPLETER PAR LE SUPERIEUR HIERARCHIQUE OU RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Je soussigné :

Nom, prénom : qualité :

certifie que :

M.....

A déclaré être victime d'un accident de service ou de trajet le à
.....H.....

L'intéressé(e) est :

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 (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,

Fait à Le

Nom, prénom, qualité et signature

Ce certificat ne lie pas l'Administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident.

MODALITES DE PAIEMENT DES FRAIS MEDICAUX

1) INFORMATIONS AUX VICTIMES DONT L'ACCIDENT RELEVE DE LA GESTION DE L'UNIVERSITE DE RENNES 1

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

EN AUCUN CAS, LA CARTE VITALE NE DOIT ETRE UTILISEE

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 ACCOMPAGNEES D'UN BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT (voir page 3) AINSI QUE DES JUSTIFICATIFS SUIVANTS

JUSTIFICATIFS A JOINDRE :

- **MEDECIN GENERALISTE** : les actes facturés devront correspondre à l'élaboration d'un certificat médical (initial, prolongation, rechute ou final)
- **PHARMACIE** : La prescription médicale **AVEC mention AT et date de l'accident**
- **AUXILIAIRES MEDICAUX** : La prescription médicale **AVEC mention AT et date de l'accident**
- **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 **AVEC mention AT et date de l'accident**
- **LES LABORATOIRES** : La prescription médicale **AVEC mention AT et date de l'accident**
- **LES AMBULANCES et Sté de TRANSPORT DE PERSONNES** : La prescription médicale **AVEC mention AT et date de l'accident**

ATTENTION : Les prescriptions médicales doivent mentionner **obligatoirement le lien avec l'accident ainsi que la date de celui-ci (mention AT)**

POUR UN PREMIER PAIEMENT OU UN CHANGEMENT DE COORDONNEES

BANCAIRES JOINDRE OBLIGATOIREMENT

UN RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE 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 :

UNIVERSITE DE RENNES 1
DRH – Pôle QVT, dialogue social et action sociale
263 avenue du Général Leclerc – Bâtiment 24
CS 74205
35042 RENNES CEDEX

Pour toute information complémentaire concernant les remboursements, vous pouvez contacter Mme DUMAST Sylvie au numéro suivant : 02.23.23.37.40

BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT A REMETTRE AU PROFESSIONNEL DE SANTE POUR REMBOURSEMENT DES ACTES ET A JOINDRE AUX FACTURES OU RELEVES DE SOINS :

PRESCRIPTIONS (SOINS, PHARMACIE, RADIO ...) JOINDRE OBLIGATOIREMENT une ordonnance mentionnant l'accident du travail et la date de celui-ci

Nom et prénom du PRATICIEN :

.....

N° SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | |

FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE avec IBAN ainsi que le n° SIRET du prestataire de santé (n° à 14 chiffres)

Nom et prénom de la victime

.....

Date de l'accident :

A retourner à :

UNIVERSITE DE RENNES 1 – DRH – 263 avenue du Général Leclerc – Bât. 24 – CS 74205 – 35042 RENNES CEDEX



BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT A REMETTRE AU PROFESSIONNEL DE SANTE POUR REMBOURSEMENT DES ACTES ET A JOINDRE AUX FACTURES OU RELEVES DE SOINS :

PRESCRIPTIONS (SOINS, PHARMACIE, RADIO ...) JOINDRE OBLIGATOIREMENT une ordonnance mentionnant l'accident du travail et la date de celui-ci

Nom et prénom du PRATICIEN :

.....

N° SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | |

FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE avec IBAN ainsi que le n° SIRET du prestataire de santé (n° à 14 chiffres)

Nom et prénom de la victime

.....

Date de l'accident :

A retourner à :

UNIVERSITE DE RENNES 1 – DRH – 263 avenue du Général Leclerc – Bât. 24 – CS 74205 – 35042 RENNES CEDEX



BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT A REMETTRE AU PROFESSIONNEL DE SANTE POUR REMBOURSEMENT DES ACTES ET A JOINDRE AUX FACTURES OU RELEVES DE SOINS :

PRESCRIPTIONS (SOINS, PHARMACIE, RADIO ...) JOINDRE OBLIGATOIREMENT une ordonnance mentionnant l'accident du travail et la date de celui-ci

Nom et prénom du PRATICIEN :

.....

N° SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | |

FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE avec IBAN ainsi que le n° SIRET du prestataire de santé (n° à 14 chiffres)

Nom et prénom de la victime

.....

Date de l'accident :

A retourner à :

UNIVERSITE DE RENNES 1 – DRH – 263 avenue du Général Leclerc – Bât. 24 – CS 74205 – 35042 RENNES CEDEX