



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



*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) :**

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

Si AESH-I, envoi au Rectorat DAMESOP 1, 4 rue Georges Enesco 94010 Créteil cedex

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).*

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 :

MERCI DE COCHER L'ETABLISSEMENT CORRESPONDANT

LPO JEAN JAURES

1, rue Dombasle
93105 MONTREUIL-SOUS-BOIS
mutualisation.jaures@ac-creteil.fr
01 42 87 49 84

GIP

Rectorat de Créteil
4, rue Georges Enesco
94010 CRETEIL CEDEX
gip94@ac-creteil.fr

LP BENJAMIN FRANKLIN

Rue de la forêt-La Rochette
77012 MELUN CEDEX
assed.0770943g@ac-creteil.fr
01 64 83 50 77

LGT GEORGES CLEMENCEAU

130, rue de Neuilly
93250 VILLEMOMBLE
aedcollege0930127h@ac-creteil.fr
aedlycees0930127h@ac-creteil.fr
01 48 12 91 21

Rectorat DAMESOP 1 (AESH-I)

4, rue Georges Enesco
94010 CRETEIL CEDEX
ce.damesop@ac-creteil.fr
01 57 02 65 10

↳ **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.



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



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 :

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



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