

COLLECTIVITE

CERTIFICAT DE PRISE EN CHARGE PAR L'ADMINISTRATION DES FRAIS OCCASIONNES PAR UN ACCIDENT DE SERVICE ou MALADIE PROFESSIONNELLE

Je soussigné(e) (Nom), (qualité), certifie que M..... (Nom et prénom de l'agent), (son grade), fonctionnaire titulaire de la Collectivité (nom), a été victime d'un accident de service (ou d'une maladie professionnelle).

L'intéressé(e), qui ne relève pas du régime général de la Sécurité sociale pour le risque d'accident du travail (ou maladie professionnelle), est soumis(e) aux dispositions de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant disposition statutaire relatives à la fonction publique territoriale.

En conséquence, (nom de la collectivité) prendra en charge, sur justification, les honoraires médicaux et frais directement entraînés par l'accident énumérés ci-après :

- 1) les honoraires et frais médicaux ou chirurgicaux dus aux praticiens ainsi que les frais dus aux auxiliaires médicaux,
- 2) les frais médicaux d'hospitalisation,
- 3) les frais de médicaments, d'analyses et d'examens de laboratoire et de fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments,
- 4) les frais résultants des visites ou consultations de contrôle et de la délivrance de tous les certificats médicaux exigés de l'intéressé au cours de la procédure de constatation et de contrôle,
- 5) les frais de transports de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier.

Fait à

Le

L'autorité territoriale (qualité)
Nom et Prénom