

PROCEDURE
ACCIDENT EN SERVICE COMMANDÉ
SAPEUR-POMPIER PROFESSIONNEL ou PAT DU SDIS

ACCIDENTS à/c de 2015

Transport au CH ou clinique (ou médecin, le cas échéant) - Rédaction d'un certificat médical initial descriptif précisant le siège et la nature des blessures (délai : immédiat)

information:
chef de groupe +
chef de salle CTA
(délai : immédiat)

Constitution du dossier

- 1 - Déclaration d'accident sur imprimé de demande de reconnaissance d'imputabilité au service
 - 2 - Certificat médical initial descriptif, dûment signé par le médecin et complété par le SPP partie "assuré"
Vérifier que le siège des blessures et la latéralité sont bien précisés (côté droit ou gauche)
 - 3 - attestations de témoignage (au nombre de 2 si possible) + *compte rendu OPS si accident de sport*
- Transmettre dès que possible, par mail ou par fax, la déclaration d'accident, le certificat médical initial (volet 1 mais jamais celui destiné à l'employeur) et les attestations de témoignage, puis envoyer les originaux, dans les 48 h, à la DDSIS**

NB : garder une copie de ces documents pour le dossier du centre de secours

↓

Le chef de structure complète et signe la prise en charge et la photocopie en 5 exemplaires en recto/verso (en envoyer une copie par mail à la DDSIS). Il remet le tout au SPP ou au PAT qui devra en donner un exemplaire à chaque prestataire de soins (pharmacie, CH, médecin, laboratoire...). afin qu'il la complète et la joigne aux justificatifs de frais à adresser à la DDSIS (liste des justificatifs au verso de la prise en charge). **En cas de renouvellement, suivre la même procédure.**

↓

Dans le cas de prolongation d'arrêt de travail ou de soins (certificat médical de prolongation) envoyer le plus rapidement possible les volets 1 et 2 à la DDSIS (en garder une copie pour le CS)
NB : en cas d'arrêt de travail, il ne doit y avoir aucune interruption entre la date de fin du premier arrêt et le début du second arrêt, le SPP ou le PAT veillera à prendre ses dispositions pour le WE).
Dans la mesure du possible, s'il y a des soins, il ne doit pas y avoir d'interruption entre deux certificats, l'assureur refusant de régler les frais qui n'entrent pas dans une période de soins

↓

Dès que l'état de santé du SPP ou du PAT le permet, *qu'il y ait arrêt de travail ou non*, il devra fournir **obligatoirement un CERTIFICAT MEDICAL FINAL** qui précisera dans la partie "conclusions" la date de guérison ou la date de consolidation. **En cas d'arrêt de travail, la date de reprise du travail devra obligatoirement être mentionnée par le médecin.**
(Envoi des volets du certificat médical final comme précisé ci-dessus).

Il est à noter qu'un arrêt de travail de + de 21 jours entraîne l'obligation de repasser une visite médicale (prendre alors contact, par le biais du chef de structure, avec le secrétariat du groupement)

Nombre de jours total d'arrêt de travail : _____ jours **(CF rédigé par le docteur _____)**

☐ guérison avec retour à l'état antérieur au :

☐ guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure au :

☐ consolidation avec séquelles au :

IPP : ☐ NON - ☐ OUI (taux _____ %) **(Déclaration transmise à l'UDSPY le _____)**

ATTESTATION DE TEMOIGNAGE

JE SOUSSIGNÉ (E) :

NOM :

Prénom :

Né (e) le :

Adresse :

Certifie avoir assisté à l'accident dont a été victime

Melle – Mme – M.

En date du

Dans les circonstances suivantes (**préciser de manière détaillée la façon dont s'est produit l'accident**) :

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

Fait à le

(signature)

BON DE PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL OU DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Pour les agents affiliés à la CNRACL (SPP ou PAT du SDIS)

NE PAS UTILISER LA CARTE VITALE

**A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE MEDICAL POUR LE REGLEMENT DES HONORAIRES
ET A ENVOYER A L'ADRESSE SUIVANTE :**

SDIS de l'YONNE
27, avenue Charles de Gaulle
BP 157
89002 AUXERRE Cedex

Prise en charge délivrée le : ____ / ____ / 201__

Signature et cachet
du DDSIS ou de son représentant

Employeur :

Collectivité : **SDIS de l'YONNE**

Cachet obligatoire

**SDIS 89
BP 157
89002 AUXERRE
CEDEX
Tél. 03.86.94.44.00**

Victime

Nom : _____ Prénom : _____

N° Sécurité Sociale _____ Clé _____

Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

Date de l'accident ou de la Maladie Professionnelle ____ / ____ / ____ Date de la Rechute ____ / ____ / ____

Siège des lésions : _____

Praticien

Cachet obligatoire

UN BON PAR PRESTATAIRE

N° FINESS _____

Date : _____

Signature : _____

IMPORTANT : JOINDRE LES ORIGINAUX (ORDONNANCES, FACTURES, FEUILLES DE SOINS...)

**NE TARDEZ PAS A NOUS ADRESSER VOS NOTES D'HONORAIRES – 120 JOURS A COMPTER DE LA
DATE DES ACTES**

LE REGLEMENT DES SOINS EST EFFECTUE PAR LETTRE CHEQUE

RELEVÉ DES ACTES ET FOURNITURES

DATE	NATURE DE L'ACTE	DELIVRANCE D'UN CERTIFICAT MEDICAL (OUI/NON)	MONTANT

TOTAL

€

Remboursement selon garanties contractuelles

TABLEAU INDICATIF DES PIECES A JOINDRE A L'ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

TYPE DE FRAIS	PIECES NECESSAIRES AU REGLEMENT
CONSULTATION	❖ Feuille de soins complétée et signée
PHARMACIE	❖ Prescription médicale ❖ Feuille de soins
LABORATOIRE	❖ Prescription médicale ❖ Note d'honoraires
SOINS DE KINESITHERAPIE	❖ Prescription médicale ❖ Feuille de soins
SOINS INFIRMIERS	❖ Prescription médicale ❖ Feuille de soins
RADIOLOGIE	❖ Note d'honoraires
FRAIS DE TRANSPORT	❖ Demande d'entente préalable le cas échéant ❖ Prescription médicale de transport ❖ Facture de transport
HOSPITALISATION	❖ Facture de l'établissement ou avis des sommes à payer