



Prise en charge d'accident

شهادة تكفل بحادث

Année Scolaire/Universitaire : / : السنة الدراسية/الجامعية:

Etablissement المؤسسة التربوية

Adresse et Code Postal العنوان و الترقيم البريدي

N° Matricule à la MASU العدد الرتبي بالتعاونية

N° de téléphone de l'établissement هاتف المؤسسة التربوية

Adresse E-mail البريد الالكتروني

Nom et Prénom du blessé اسم و لقب المتضرر

Date de naissance du blessé تاريخ ولادة المتضرر

Lieu de l'accident مكان الحادث

Date et heure de l'accident تاريخ و ساعة وقوع الحادث

Le blessé recevra t-il les soins à : * à l'hôpital ? هل ينوي المتضرر المعالجة : * بالمستشفى؟

* Dans un centre hospitalier privé ? * بمصحة خاصة؟

Nom et prénom du Tuteur اسم و لقب الولي

Adresse du Tuteur عنوان الولي

Circonstances détaillées de l'accident et sa gravité ظروف الحادث بالتفصيل و خطورته

.....Le
Signature et Cachet
du chef d'établissement

.....في
الإمضاء و طابع
مدير المؤسسة

Réservé pour l'administration de la Mutuelle

خاص بإدارة التعاونية

تاريخ الوصول : عدد الحادث بالتعاونية :

الملاحظات :

إرشادات هامة لرؤساء المؤسسات التربوية

قبل تسليم هذه الوثيقة إلى المتضرر الرجاء من السيد مدير المؤسسة التربوية التثبت من أن الأمر يتعلق فعلا بحادث مدرسي (مراجعة النظام الداخلي للتعاونية).
يفقد هذا الإعلام مفعوله في حالة عدم تسديد معلوم انخراط المؤسسة للسنة الدراسية الجارية.

* تعمر هذه المطبوعة :

- في 4 نظائر إذا إختار المتضرر العلاج في المستشفى :

* نسخة اصلية ترسل إلى التعاونية للإعلام.

* نظير يحفظ في ملف المتضرر (ة).

* الأصل و النظير يسلمان إلى ولي المتضرر (ة).

- في نظيرين إذا إختار المتضرر العلاج بمصحة خاصة :

* نظير يحفظ في ملف المتضرر (ة).

* نسخة اصلية ترسل إلى التعاونية في أجل أقصاه 7 أيام من تاريخ الحادث و ختم البريد شاهد عن ذلك.

على المتضرر الذي إختار أن يعالج بمصحة خاصة أن يدي بالوثائق الطبية التالية:

* شهادة طبية أصلية لوصف الضرر.

* جميع الوصفات الطبية الأصلية الصادرة عن الطبيب و الصيدلي (مع الملصقات)

و المصحة و الصور بالأشعة و المعاونين الطبيين.

* شهادة معافات أصلية من الطبيب المباشر مع ذكر العاهة المستديمة.

RENSEIGNEMENTS AUX CHEFS D'ETABLISSEMENTS

Avant de remettre cet imprimé (Prise en charge d'accident) au blessé,
le Chef de l'établissement est prié de s'assurer qu'il s'agit bien d'un accident scolaire,
(Voir règlement intérieur de la MASU)

Cette déclaration n'est considérée valable par la Mutuelle qu'en cas où l'établissement a payé sa cotisation dans le délai réglementaire.

-Remplir cette déclaration :

*** en 4 exemplaires si l'accidenté se fera soigner à l'hôpital:**

- adresser l'original à la MASU pour information
- Garder un exemplaire dans le dossier de l'élève
- Remettre l'original et un exemplaire à l'accidenté

*** en 2 exemplaires si l'accidenté désire se faire soigner dans un centre hospitalier privé:**

- Garder un exemplaire dans le dossier de l'élève.
- Adresser l'original à la MASU pour information dans un délai de 7 jours (le cachet de la poste faisant foi).

L'accidenté soigné dans un centre hospitalier privé doit fournir les pièces suivantes au chef de l'établissement qui les fera parvenir à la MASU pour le remboursement des frais engagés:

- Un certificat médical de constatation.
- Tous les originaux des ordonnances, les vignettes visées par le pharmacien, les factures des frais d'hospitalisation, de radiologie, les honoraires des médecins et des auxiliaires médicaux.....
- Une attestation de guérison délivrée par le médecin traitant indiquant, s il ya lieu, une incapacité ou une prothèse dentaire.