

RELEVÉ DES SOINS MÉDICAUX pour accident de service, de travail ou maladie professionnelle

Cocher la case correspondante :

- Honoraires médicaux (médecin, hôpital, clinique, ..)
 Honoraires para-médicaux (kinésithérapeute, ..)
 Prescriptions pharmaceutiques (pharmacien)

VICTIME

Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : Date de naissance :

Adresse personnelle :

Statut : Titulaire Stagiaire Non-titulaire
Position : Activité Détachement Mise à disposition
Grade : Appartenance :

AFFECTATION

ADR :
Adresse de l'ADR :

ACCIDENT ou MALADIE PROFESSIONNELLE

Date de l'accident ou de la constatation/déclaration de maladie professionnelle :
Nature et siège des lésions (ou désignation de la maladie professionnelle) :

Le praticien soussigné déclare avoir dispensé des soins et/ou des fournitures rendus nécessaires par l'accident ou la maladie survenu à la victime désignée ci-dessus, et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accident du travail, ils s'élèvent à la somme globale de (euros) :

Fait à
Le

Signature :

Cachet du praticien

Cadre réservé à l'Inserm/ PV-ASMP

POUR LE PAIEMENT DE CETTE FACTURE, JOINDRE IMPERATIVEMENT :

- Un relevé d'identité bancaire ou postal
 Votre numéro SIRET (*)
 L'ensemble des feuilles de soins afférentes aux soins et/ou fournitures dispensés

(*) : numéro (14 chiffres) figurant sur votre certificat d'identification au répertoire national des entreprises et de leurs établissements

Ce relevé des soins médicaux, accompagné des pièces justificatives, doit être retourné à :