BON DE PRISE EN CHARGE POUR **LES AGENTS STAGIAIRES OU TITULAIRES**

VOLET MEDECIN

◯ ACCIDENT DE TRAVAIL ◯ MALADIE PROFESSIONNELLE

À completer par le prestataire médical pour le règlement des honoraires

Nom :.....Prénom :.....

N° Sécurité Sociale : .....

Date de l'accident ou de la maladie professionnelle : .....

Date de la rechute : .....

Siège des lésions : .....

Affectation : .....

Code courrier :.....

PRATICIEN

N° SIRET .....

CACHET OBLIGATOIRE

Fait à ..... le .....

SIGNATURE

IMPORTANT : JOINDRE LES ORIGINAUX (ORDONNANCES, VIGNETTES, FACTURES, FEUILLES DE SOINS…) + 1 RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL

DATE	NATURE DE L'ACTE	DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL (OUI/NON)	MONTANT
ATTENTION : LES DOSSIERS INCOMPLETS NE POURRONT DONNER LIEU À REMBOURSEMENT			

DOCUMENT À :

> ENVOYER PAR COURRIER À : Région Île-de-France
Pôle ressources humaines - Secrétariat Général
2 rue Simone Veil- 93400 SAINT-OUEN-SUR-SEINE

BON DE PRISE EN CHARGE POUR **LES AGENTS STAGIAIRES OU TITULAIRES**

VOLET PHARMACIEN

◯ ACCIDENT DE TRAVAIL ◯ MALADIE PROFESSIONNELLE

À completer par le prestataire médical pour le règlement des honoraires

Nom :.....Prénom :.....

N° Sécurité Sociale : .....

Date de l'accident ou de la maladie professionnelle : .....

Date de la rechute : .....

Siège des lésions : .....

Affectation : .....

Code courrier :.....

PRATICIEN

N° SIRET .....

CACHET OBLIGATOIRE

Fait à ..... le .....

SIGNATURE

IMPORTANT : JOINDRE LES ORIGINAUX (ORDONNANCES, VIGNETTES, FACTURES, FEUILLES DE SOINS…) + 1 RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL

DATE	NATURE DE L'ACTE	DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL (OUI/NON)	MONTANT
ATTENTION : LES DOSSIERS INCOMPLETS NE POURRONT DONNER LIEU À REMBOURSEMENT			

DOCUMENT À :

> ENVOYER PAR COURRIER À : Région Île-de-France
Pôle ressources humaines - Secrétariat Général
2 rue Simone Veil- 93400 SAINT-OUEN-SUR-SEINE

BON DE PRISE EN CHARGE POUR **LES AGENTS STAGIAIRES OU TITULAIRES**

VOLET RADIOLOGUE

◯ ACCIDENT DE TRAVAIL ◯ MALADIE PROFESSIONNELLE

À completer par le prestataire médical pour le règlement des honoraires

Nom :.....Prénom :.....

N° Sécurité Sociale : .....

Date de l'accident ou de la maladie professionnelle : .....

Date de la rechute : .....

Siège des lésions : .....

Affectation : .....

Code courrier :.....

PRATICIEN

N° SIRET .....

CACHET OBLIGATOIRE

Fait à ..... le .....

SIGNATURE

IMPORTANT : JOINDRE LES ORIGINAUX (ORDONNANCES, VIGNETTES, FACTURES, FEUILLES DE SOINS…) + 1 RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL

DATE	NATURE DE L'ACTE	DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL (OUI/NON)	MONTANT
ATTENTION : LES DOSSIERS INCOMPLETS NE POURRONT DONNER LIEU À REMBOURSEMENT			

DOCUMENT À :

> ENVOYER PAR COURRIER À : Région Île-de-France

Pôle ressources humaines - Secrétariat Général

2 rue Simone Veil- 93400 SAINT-OUEN-SUR-SEINE