VIVINTER
UNE MARQUE DU GROUPE SIACI SAINT HONORE

COLLECTIVITES LOCALES

A COMPLÉTER PAR LE PRESTATAIRE MÉDICAL POUR LE RÈGLEMENT DES HONORAIRES

INFORMATIONS SUR LA VICTIME

N° Sécurité Sociale :

Nom patronymique (suivi s'il y a lieu du nom d'usage) :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

RELEVE DES ACTES ET FOURNITURES

Date de constatation de l'accident ou de la maladie :

UN BON PAR PRESTATAIRE

DATE	NATURE DE L'ACTE	DÉLIVRANCE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL (OUI/NON)	MONTANT

TOTAL	

Remboursement dans la limite de la circulaire FP4 n°1711 du 30/01/1989 modifiée par la FP3 du 13/03/2006

La facturation des actes doit être transmise accompagnée des originaux (ordonnances, vignettes, factures, feuilles de soins, etc….), de votre RIB et de cette attestation, à :

VIVINTER
Gestion des Collectivités Locales
82 rue Villeneuve
92 584 Clichy Cedex
Tél : 01 44 20 84 60

Praticien
Cachet obligatoire

Signature

Fait le :

N° FINESS :

En cas de fausse déclaration comme en cas d'utilisation frauduleuse du présent document, l'agent signataire comme l'agent bénéficiaire de la présente attestation sont passibles des sanctions prévues par le Statut Général de la Fonction Publique dans son Titre 1 – Article 29 et des sanctions prévues par le Code Pénal dans ses articles L 441-7, L 313-1 et L 313-3