

COLLECTIVITES LOCALES

A COMPLÉTER PAR LE PRESTATAIRE MÉDICAL POUR LE RÈGLEMENT DES HONORAIRES

INFORMATIONS SUR LA VICTIME

N° Sécurité Sociale :	<input type="text"/>	Collectivité :	<input type="text"/>
Nom patronymique (suivi s'il y a lieu du nom d'usage) :	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>		
Date de naissance :	<input type="text"/>		
Adresse :	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

RELEVÉ 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
Service des Collectivités Locales
82 rue Villeneuve
TSA 25003
92 584 Clichy Cedex

Tél : 01 44 20 84 60

À remplir par le praticien et à nous retourner à l'adresse indiquée
sous 90 jours après chaque acte

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

SIACI SAINT HONORE - 18, rue de Courcelles - 75384 Paris Cedex 08 - Tel. : +33 (0)1 4420 9999 - Fax : +33 (0)1 4420 9500 - Courtage d'assurances - N° d'immatriculation
ORIAS 07 000 771 - Société par actions simplifiées au capital de 61 057 144 Euros - 572 059 939 RCS Paris - APE 6622 Z - N° de TVA Intracommunautaire : FR 54 572 059 939

A compléter par le médecin qui a prescrit l'arrêt ou les soins

MEDECIN QUI PRESCRIT L'ARRET OU LES SOINS SUITE A L' ACCIDENT DU TRAVAIL DU / /

NOM DE L'AGENT :

Le cas nécessite (barrer les mentions inutiles) :

PRENOM DE L'AGENT :

- des prescriptions de pharmacie : OUI NON

N°SECURITE SOCIALE :

- des soins : OUI NON Si OUI: Adresser un rapport médical au médecin conseil sous pli confidentiel

Type de soins prescrits:

- une hospitalisation: OUI NON

Si OUI: Adresser un rapport médical au médecin conseil sous pli confidentiel

Type d' hospitalisation:

- autres (préciser le cas échéant) :

Documents à adresser à VIVINTER avant la réalisation des soins

1.HOSPITALISATION:

Demande de prise en charge

2.KINESITHERAPIE:

Demande de prise en charge accompagnée de la prescription médicale

3.CURE THERMALE:

Demande de prise en charge

4.APPAREILLAGE:

Devis détaillé accompagné de la prescription médicale

5.DENTAIRE:

Devis détaillé accompagné d' un rapport médical à adresser au médecin conseil, sous pli confidentiel

6.OPTIQUE:

Devis détaillé

Documents à adresser à VIVINTER après la réalisation des soins

1.KINESITHERAPIE:

Rapport administratif non médical des conclusions du praticien sur les soins prodigués destiné à l' administration dans le cadre de l' instruction du dossier ainsi qu' un rapport médical destiné au médecin conseil sous pli confidentiel

2.CURE THERMALE:

Rapport administratif non médical des conclusions du médecin sur les soins prodigués destiné à l' administration dans le cadre de l' instruction du dossier ainsi qu' un rapport médical destiné au médecin conseil sous pli confidentiel

3.DENTAIRE:

Rapport administratif non médical des conclusions du dentiste sur les soins prodigués destiné à l' administration dans le cadre de l' instruction du dossier ainsi qu' un rapport médical destiné au médecin conseil sous pli confidentiel

Praticien
Cachet obligatoire

Signature