

VOLET RECAPITULATIF DES SOINS

Documents à faire compléter par les prestataires de santé, à conserver par l'agent et à remettre au service chargé du règlement des prestations à la fin des soins (bureau DIRH5, Rectorat).

Ce document ne lie pas l'administration qui statue sur l'imputabilité au service de l'accident

Accident de service, du travail :

Survenu le àh.....

Déclaré le

Victime :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Adresse personnelle :

.....

.....

.....

Corps :

Lieu d'affectation :

.....

.....

Date des prestations	Nature des prestations	Délivrance de certificat médicaux	Signature du praticien ou cachet du pharmacien	Montant de la facture	Réglée en totalité ou en partie par l'agent (oui / non)

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DU VOLET RECAPITULATIF DES SOINS

Je soussignée(e), M/Mme

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

demande le renouvellement du volet récapitulatif des soins.

Date de la demande : **Signature de l'agent** :