

**A compléter par le PRESTATAIRE MÉDICAL ou PHARMACIE  
 pour le règlement des honoraires et A ENVOYER à :**  
**DSDEN DE L'ESSONNE**  
**Service Accident du Travail (AT)**  
**Boulevard de France 91000 Evry Courcouronnes Cedex**

**NE PAS UTILISER LA CARTE VITALE**

IDENTITE DE L'ACCIDENTE (E)	
NOM D'USAGE :	PRENOM :
NOM ETABLISSEMENT :	COMMUNE :
CORPS (PE, certifié, agrégé, ....) :	DATE AT OU MP : Titulaire <input type="checkbox"/> ou Contractuel <input type="checkbox"/>

NOM et TAMPON du PRATICIEN :

PRATICIEN ou PHARMACIEN		
(joindre <b>OBLIGATOIREMENT</b> les <u>originaux</u> des factures, <u>prescription médicale</u> , <b>RIB EN COURS ET SIRET</b>		
<b>N° SIRET</b> (14 chiffres) : .....		
TOTAL en € :	SIGNATURE :	DATE :

DATE	NATURE DE L'ACTE	MONTANT	CACHET/SIGNATURE

**Accompagné de votre RIB**

