

BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT

**A REMETTRE AU PROFESSIONNEL DE SANTE POUR LE REMBOURSEMENT DES ACTES LIES A
UN ACCIDENT DE TRAVAIL (à joindre aux factures ou relevés de soins) :**

Nom et prénom du PRATICIEN :

N° SIRET (n° à 14 chiffres) : | | | | | | | | | | | | | | | | à noter *obligatoirement*

Nom et prénom de la victime :

Titulaire Contractuel à temps complet (CDD ou CDI) *

***les agents à temps incomplet ne sont pas pris en charge par nos services.**

Date de l'accident :/...../..... Fonction/Corps (professeur des écoles, certifiés.....) :

A retourner à : **D.S.D.E.N. DE L'ESSONNE – DRH1 – AT
BOULEVARD DE France – GEORGES POMPIDOU
91000 EVRY COURCOURONNES**

FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE avec IBAN

NE PAS UTILISER LA CARTE VITALE

JUSTIFICATIFS A JOINDRE AUX FEUILLES DE SOINS OU AUX FACTURES :

MEDECIN : Les actes facturés devront correspondre à l'élaboration d'un certificat médical (initial, prolongation, rechute ou final)

PHARMACIE : La prescription médicale

**AUXILIAIRES MEDICAUX
(Rééducation, infirmiers...)** : La prescription médicale

**SOINS DENTAIRES et
OPTIQUES :** Au préalable production d'une demande de prise en charge de soins et de devis

RADIOLOGIE : Sauf cas d'urgence du jour de l'accident, la prescription médicale

LES LABORATOIRES : La prescription médicale

**TRANSPORT DE
PERSONNES :** La prescription médicale – Bon de transport

BORDEREAU DE MISE EN PAIEMENT

A REMETTRE A CHACUN DES PROFESSIONNELS POUR LE REMBOURSEMENT DES ACTES LIES A UN ACCIDENT DE TRAVAIL

Date de l'acte	Nature de l'acte	Cachet et signature du praticien	Montant de l'acte
Total du bordereau			