3

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
Cachet du service liquidateur des prestations

Numéro du dossier

Relevé des honoraires médicaux
(volet à remettre au médecin)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____

Déclaré le _____ à _____

Accidenté

Numéro d'immatriculation

Nom : _____
(en majuscules d'imprimerie)

Prénom : _____ Age : _____

Grade : _____

Adresse : Rue _____ N° _____

Arrondissement ou commune : _____ Département : _____

Service ou établissement

Désignation et adresse
du service ou établissement

CADRE RÉSERVÉ AU PRATICIEN

Le praticien soussigné, déclare que pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, les actes médicaux indiqués au verso ont été dispensés, et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de

Cachet du médecin

Fait à _____, le _____

Signature du praticien :

Mode de paiement : joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal.

NOTES D'HONORAIRES

Date de l'acte médical	Désignation de l'acte médical dispensé	Lettres de coef-ficient	Ind. kil. Nombre de kilomèt.		Décompte de l'auxiliaire médical
				TOTAL.....	

Adressez votre note d'honoraires au service liquidateur des Prestations.

5

MINISTERE DE L'ÉDUCATION
Cachet du service liquidateur des prestations

Numéro du dossier

Application de la législation sur les accidents du travail
(Code de la Sécurité sociale, art. L. 473)

Relevé des honoraires de l'auxiliaire médical

(volet à remettre à l'auxiliaire médical)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____

Déclaré le _____ à _____

Accidenté

Numéro d'immatriculation

NOM : _____
(en majuscules d'imprimerie)

Prénom : _____ Age : _____

Grade : _____

Adresse : *Rue* _____ N° _____

Arrondissement ou commune : _____ Département : _____

Service ou Établissement

Désignation et adresse du Service ou Établissement

CADRE RÉSERVÉ A L'AUXILIAIRE MÉDICAL

L'auxiliaire médical soussigné déclare que pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, des soins prescrits médicalement par les ordonnances et suivant accord ci-joint ont été donnés et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, ils s'élèvent à la somme globale de

Cachet de l'Auxiliaire Médical

Fait à _____, le _____

Signature de l'auxiliaire médical :

En tous les cas et même sans compte indiquez votre prénom.
Précisez également l'intitulé au compte s'il ne correspond pas au cachet de votre établissement.

Compte bancaire : _____

Compte postal : _____

NOTES D'HONORAIRES

Date de l'acte médical	Désignation de l'acte médical dispensé	Lettres de coefficient	Ind. kil. Nombre de km	Certificats médicaux	Décompte du médecin
				TOTAL	

Adressez votre note d'honoraires au service dont relève l'accidenté

4

MINISTERE DE L'ÉDUCATION
Cachet du service liquidateur des prestations

Numéro du dossier

Application de la législation sur les accidents du travail
(Code de la Sécurité sociale, art. L. 473)

Relevé des prescriptions pharmaceutiques

(volet à remettre au pharmacien)

Accident de service

Survenu le _____ à _____ heures _____

Déclaré le _____ à _____

Accidenté

Numéro d'immatriculation

NOM : _____
(en majuscules d'imprimerie)

Prénom : _____ Age : _____

Grade : _____

Adresse : *Rue* _____ N° _____

Arrondissement ou commune : _____ Département : _____

Service ou Établissement

Désignation et adresse du Service ou Établissement

CADRE RÉSERVÉ AU PHARMACIEN

Le pharmacien soussigné déclare que pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, des fournitures pharmaceutiques prescrites médicalement par les ordonnances ci-jointes ont été faites, et que, décomptées au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, elles s'élèvent à la somme globale de

Cachet du Pharmacien

Fait à _____, le _____

Signature du pharmacien :

En tous les cas et même sans compte indiquez votre prénom,
Précisez également l'intitulé au compte s'il ne correspond pas au cachet de votre établissement.

Compte bancaire : _____

Compte postal : _____

NOTES D'HONORAIRES

Date de l'acte médical	Désignation de l'acte médical dispensé	Lettres de coef-ficient	Ind. kil. Nombre de kilomèt.		Décompte de l'auxiliaire médical
				TOTAL.....	

Adressez votre note d'honoraires au service liquidateur des Prestations.