

ATTESTATION D'ACCIDENT DE SERVICE/TRAJET OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE AUTORISANT LE TIERS PAYANT MÉDICAL

M [] a déclaré un accident de service le []

Fonctionnaire territorial (titulaire ou stagiaire) il/elle relève de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

[] prendra en charge, sur justification et dans la limite de période de droits, les honoraires médicaux et frais directement entraînés par l'accident et énumérés ci-après :

- les honoraires et frais médicaux ou chirurgicaux dus aux praticiens ainsi que les frais dus aux auxiliaires médicaux,
- les frais médicaux d'hospitalisation,
- les frais de médicaments, d'analyses et d'examen de laboratoire et de fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments,
- les frais résultant des visites ou consultations de contrôle et de la délivrance de tous les certificats médicaux exigés de l'intéressé(e) au cours de la procédure de constatation et de contrôle,
- les frais de transport de la victime à sa résidence habituelle ou à l'établissement hospitalier.

Remarque importante : la délivrance de cette feuille n'entraîne pas « ipso facto » la reconnaissance de l'imputabilité de l'accident au service.

La victime

N° Sécurité Sociale :

Nom patronymique (suivi s'il y a lieu du nom d'usage) :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

*Cette attestation est valable **30 Jours** à partir de son jour de délivrance

La facturation des actes doit être transmise accompagnée des originaux (ordonnances, vignettes, factures, feuilles de soins, etc...), de vos coordonnées bancaires et de cette attestation, à :

VIVINTER
Service des Collectivités Locales
Equinox
23 allées de l'Europe
TSA 25003
92613 CLICHY Cedex
Tél : 01 44 20 84 60

Signature de l'employeur public :

Cachet de l'employeur public :

Le, []