NOTE DE FRAIS MEDICAUX
CONCERNANT UN ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE SERVICE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Cet imprimé est à compléter par le créancier et à transmettre par voie postale à l'adresse ci-dessous :

Direction des services départementaux de l'Education nationale - DPE3 - AT - 28 Bd Charles Nédélec - 13231 MARSEILLE cedex 1

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT RECEVANT LES SOINS :

NOM et PRENOM :
GALAS FLORENCE 22/04/1964

1 photocopie à donner à chaque praticien ; peut être remplacée par une feuille de soins informatisée correctement renseignée

Partie réservée à l'administration pour la date de réception

DSDEN 13
DPE3 - AT
28, bd Charles Nédélec
13231 MARSEILLE CEDEX 1

Fonction exercée :
PROFESSEUR DES ECOLES

Etablissement d'exercice :
DSDEN 13

2. IDENTIFICATION DU CREANCIER DONNANT LES SOINS :

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER :

NOM ET ADRESSE DE LA STRUCTURE EVENTUELLE :

N° du SIRET (14 chiffres) :
(Ce numéro est obligatoire pour le règlement des frais médicaux)

nom du médecin traitant :

3. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS :

Informations importantes pour les créanciers :

- *Ne pas utiliser la carte vitale*
- *Ne pas effectuer de télétransmission avec la MGEN*

AT AT / MP

Date de l'accident de travail **19/05/2022**

Date de la rechute

4. DETAIL DES ACTES MEDICAUX EFFECTUES :

POUR LES PHARMACIES COLLER LES VIGNETTES

Date des actes	Nature et codification	Montant en €

5. PAIEMENT :

TOTAL DES FRAIS MEDICAUX

COMPTE BANCAIRE OU POSTAL
Ne joindre un RIB ou un RIP que si le compte bancaire a changé depuis le dernier virement

L'assuré n'a pas payé la part obligatoire

L'assuré n'a pas payé la part complémentaire

Signature du créancier (stylo bleu SVP)	Date	Cachet du créancier

8AMAT13+A36:J57A21:J57A13A1:J57