

Demande d'intervention dans les frais de voyage du bénéficiaire qui satisfait aux dispositions de l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989

Résidence principale du titulaire: Nom, prénom et résidence principale du
..... bénéficiaire:
.....

Compléter ci-dessous ou apposer une vignette de l'O.A. Titulaire - Conjoint - Enfant (1)

Nom et prénom du titulaire:
.....
.....

Organisme assureur:

Numéro d'inscription:

Dénomination et adresse du centre spécialisé:
.....

Numéro de l'établissement
du service

..... L
.....

suit un traitement dans l'établissement mentionné ci-dessus qui donne droit à l'intervention dans les frais de voyage prévus par les dispositions de l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989.

Date des déplacements:

.....
.....
.....
.....
.....

Cachet du Médecin

Date et signature

(1) Biffer les mentions inutiles.