

Concerne :	un accident du travail	Date :	
	une maladie professionnelle	Numéro :	

DONNÉES D'IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

NOM :		Prénom :	
Nr d'identification :			
Nr de registre national :			
Nr de téléphone :			
Adresse mail :			

Apposer une vignette délivrée par RISKS :

Apposer une vignette délivrée par RISKS

1. FRAIS MEDICAUX

♦ Veuillez ajouter les pièces justificatives en annexe		
Nombre de pièce(s) justificatives concernant les frais médicaux		
♦ Pour accélérer le traitement de votre dossier, nous vous conseillons de joindre en même temps les annexes F-088/1 et F-088/2		
!Toutes fausses déclarations ou pratiques frauduleuses peut entraîner, outre des sanctions pénales et disciplinaires, l'obligation de rembourser les montants perçus. (AR du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations, tels que modifié par la loi du 7 juin 1994)		

Cadre à compléter par DGR/DRP-PMS		
Numéro PO	Numéro MIR7	Numéro MIR7

2. FRAIS ADMINISTRATIFS (ex. : frais d'impression des formulaires, frais d'envois recommandés,...)		
Nombre de pièce(s) justificatives concernant les frais administratifs :		

3. DEMANDEUR (après avoir complété, daté et signé le formulaire envoyé à DGR/DRP-PMS)		
Certifié sincère et complet	Date :	Signature :

4. CADRE A REMPLIR PAR DGR/DRP-PMS (service médical)

Montant tarifé Soins médicaux/Hospitalisations	Montant tarifé Prothèses/Lunettes	Frais administratifs

Montant à rembourser :

Date : _____ Signature du gestionnaire : _____

Après comparaison avec le dossier, DGR/DRP-PMS (service médical) date et signe :

« BON A PAYER »	
Nom Prénom :	Fonction :
Date :	Signature :

PROCEDURE – POLICE FEDERALE – DGR/DRP-PMS (service médical)