

### Références

Référence FINESS du Professionnel de Santé :  (Ex : 97XXXXXXX)  
 Adresse : .....  
 .....  
 .....  
 Téléphone : ..... Fax: .....  
 Portable : ..... Email : .....

### Convention

Appartenez-vous à un syndicat ayant signé une convention nationale ou départementale avec le Groupe UFR :

Oui  Non

Si Oui Lequel .....

**Date de la Convention** : ..... / ..... / .....

### Aspects techniques – Transmission par un Tiers

Souhaitez-vous passer par un O.C.T (Organisme Concentrateur Technique)

Si Oui Lequel .....

Personnes à contacter : .....

Souhaitez-vous passer par une CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie)

Si Oui Laquelle .....

Code Grand Régime :  (Ex **01** pour le Régime Général...)

Code Centre Gestion Régime Obligatoire :  ( Ex 972, 973 etc...)

Code Caisse Gestionnaire :  (Code de la caisse gestionnaire)

Personne à contacter en cas de problèmes techniques : .....

Tel : ..... / Fax : ..... / Email:.....

### Aspects techniques – Transmission Directe

Souhaitez-vous effectuer une télétransmission directe au Groupe UFR :  Si Oui

XMODEM  SMTP  Transmission DRE (Demande de remboursement Electroniques : Vitale 1.40)\*

\* Table de convention disponible en téléchargement sur le site Internet de l'UFR à l'adresse <http://www.groupe-ufr.fr>, rubrique "professionnels de santé".

Date de démarrage souhaitée : .... / .... / .....

### Aspects Bancaires / Paiement par Virement Exclusivement

Code guichet	Code Banque	Numéro de Compte	Clé	Libellé de la Banque
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Signature

Raison Sociale + Tampon  
M ou Mme Nom et Prénom