

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

Vous souhaitez effectuer une télétransmission directe 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