

**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.