

FICHE DE SUIVI D'UN DOSSIER DE PENSION/REMBOURSEMENT

INFORMATIONS DE L'ASSURE		DELEGATION RESPONSABLE	
NOM ET PRENOM _____		NOM DE LA DELEGATION _____	
NUMERO MATRICULE _____		CONTACTS _____	
NUMERO D'ASSURE _____		SIGNATURE DU CHEF DE DELEGATION	
TYPE DE PRESTATION _____		DATE DE SIGNATURE / / 	
CONTACTS _____			
DATE DE DEPOT / / 			

ETAPE	SERVICE RESPONSABLE	DUREE	AGENT	DATE RECEPTION	DATE CLOTURE	VISA
1	RECEPTION FO	1				
2	CONFORMITE	2				
3	NUMERISATION	1				
4	VALIDATION CARRIERE	2				
5.1	LIQUIDATION-TAPT	4				
5.2	LIQUIDATION-GESTIONNAIRE					
5.3	VALIDATION-LIQUIDATION					
6	CONTROLE DES PENSIONS	2				

DATE	OBSERVATION PAR ETAPE DE TRAITEMENT*	AGENT

VALIDATION FINALE

DATE DE VALIDATION _____

SIGNATURE DU DIRECTEUR _____

* Justifier le retard de traitement à l'étape concernée