

FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES MÉDICAUX

Tout document incomplet sera retourné au médecin par le service gestionnaire
Les photocopies de ce document ne sont pas acceptées

À retourner, accompagné d'un RIB et du certificat médical établi par le médecin à :

Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale de la Loire (DSDEN 42)

Division des Personnels Enseignants du 1^{er} degré (DIPER 1)

11, rue des Docteurs Charcot

42023 SAINT ETIENNE CEDEX 2

IDENTIFICATION DU MÉDECIN AGRÉÉ

Merci de compléter à l'encre bleue

Je soussigné, Docteur NOM – Prénom :

.....

N° de SIRET : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / (14 chiffres)

Médecin généraliste agréé demande le règlement de la somme de **25,00 €** (vingt-cinq euros) représentant le montant de mes honoraires pour l'examen de la personne désignée ci-dessous.

(Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n°86-442 du 14 mars 1986).

Timbre du praticien :

Fait à, le

.....

Signature

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom de la personne examinée :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Cocher les cases correspondantes :

Enseignant (Discipline) : Non enseignant (Grade) :

Public Privé

Apprenti

Etablissement d'affectation :

Code postal établissement :

Commune établissement :