

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

À compléter par le médecin	<p><u>IDENTIFICATION DU MÉDECIN</u></p> <p><u>Merci de compléter à l'encre bleue</u></p> <p>Je soussigné, Docteur NOM – Prénom :</p> <p>N° de SIRET : /____/____/____/____/____/____ (14 chiffres)</p> <p>Médecin généraliste 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.</p> <p><i>(Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins, généralistes et spécialistes visés par le décret n°86-442 du 14 mars 1986).</i></p> <p>Timbre du praticien : Fait à, le</p> <p style="text-align: center;">Signature</p>
À compléter par l'agent	<p><u>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE EXAMINÉE</u></p> <p>Nom de la personne examinée : Prénom :</p> <p>Nom de jeune fille :</p> <p>Cocher les cases correspondantes :</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignant (Discipline) : <input type="checkbox"/> Non enseignant (Grade) :</p> <p><input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Apprenti</p> <p>Etablissement d'affectation :</p> <p>Code postal établissement : Commune établissement :</p>