

Fiche de remboursement d'honoraires médicaux

Je soussigné(e),

médecin généraliste agréé ¹

médecin généraliste agréé (spécialité à préciser) ¹

demande le règlement de la somme de

..... euros pour l'examen suivant :

consultation ¹ de Mme ou M.

visite à domicile ¹ en date du

acte complémentaire ¹ (préciser la cotation).....

A verser à : CCP ou Banque [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Centre CCP – Adresse de l'agence de banque obligatoire

Code banque

Code guichet

N° de compte (format BIC IBAN, 27 chiffres):

joindre un RIB ou RIP obligatoirement

N° SIRET (14 chiffres):

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

Partie à remplir par l'administration

Examen pratiqué à ma demande pour :

Nom Prénom.....

Fonctions exactes

Affectation.....

Motifs de l'examen médical ¹	Références	Demande de l'administration ¹
<input type="checkbox"/> Examen d'un candidat à un emploi public	Art.20 du décret 86.442 du 14.03.86	<input type="checkbox"/> Certificat médical
<input type="checkbox"/> Contre-visite des fonctionnaires sollicitant un congé de maladie	Art.25 du décret du 14.03.1986	<input type="checkbox"/> Etablissement d'un RAPPORT MEDICAL
<input type="checkbox"/> Attribution, renouvellement ou visite de contrôle de congé de CLM ou de CLD ou de grave maladie	Art.34.35.36 du décret du 14.03.86	<input type="checkbox"/> Etablissement d'un RAPPORT D'EXPERTISE (retraite pour invalidité)
<input type="checkbox"/> Contrôle avant réintégration d'un fonctionnaire ayant bénéficié d'un CLM ou CLD	Art. 13 du décret 86.83 du 17.01.86	L'arrêté du 28 août 1998 article 3 fixe la rémunération des médecins en fonction de ces éléments
<input type="checkbox"/> Retraite pour invalidité	Art.41 du décret du 14.03.86 Art.5 du décret du 14.03.86	

¹ Cocher la ou les cases correspondantes

À retourner à :

DSDEN 72 - D1D / Bureau des personnels enseignants du 1^{er} degré public
19 boulevard Paixhans - CS 50042 - 72071 LE MANS CEDEX 9