

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
N° tiers CHORUS	
Exercice	
<b>RECCHOR 069</b>	
BOP	

## FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES MÉDICAUX

**Tout document incomplet sera retourné au médecin**

**Les photocopies de ce document ne sont pas acceptées.**

**À retourner par le médecin, accompagné d'un RIB à l'adresse suivante :**

**Direction des services départementaux de l'Éducation nationale de l'Ain**

Division des personnels – bureau de gestion individuelle et financière

10 rue de la Paix BP 404 - 01012 BOURG-EN-BRESSE cedex

Contact : 04 74 45 58 47 - [ce.ia01-diper@ac-lyon.fr](mailto:ce.ia01-diper@ac-lyon.fr)

<b>À compléter par le médecin</b>	<p><b><u>IDENTIFICATION DU MÉDECIN AGRÉÉ</u></b> <b>Merci de compléter à l'encre bleue</b></p> <p>Je soussigné, Docteur NOM - Prénom : .....</p> <p>N° de SIRET : /_____/_____/_____/_____/_____/ (14 chiffres)</p> <p>Médecin généraliste agréé demande le règlement de la somme de .....€ (.....euros) représentant le montant de mes honoraires pour l'examen de la personne désignée ci-dessous. <i>(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).</i></p> <p>Timbre du praticien :                      Fait à ....., le .....</p> <p style="text-align: right;"><b>Signature</b></p>
<b>À compléter par l'agent</b>	<p><b><u>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE EXAMINÉE</u></b></p> <p>Nom d'usage : ..... Prénom : .....</p> <p>Nom : .....</p> <p>N° sécurité sociale : .....</p> <p>Cocher les cases correspondantes :</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignant 1<sup>er</sup> degré public                      <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : .....</p> <p>Etablissement d'affectation : .....</p> <p>Code postal : ..... Commune : .....</p>