



**ACADÉMIE
DE LYON**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES MÉDICAUX

Tout document incomplet sera retourné au médecin

Les photocopies de ce document ne sont pas acceptées

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

Rectorat de Lyon

Pôle des affaires médicales

92 rue de Marseille - BP 7227

69354 LYON cedex 07

☎ :04 72 80 64 17

À compléter par le médecin	<u>IDENTIFICATION DU MÉDECIN AGRÉÉ</u> <u>Merci de compléter à l'encre bleue</u> Je soussigné, Docteur NOM - Prénom : N° de SIRET : /___/___/___/___/___/ (14 chiffres) 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. (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
À compléter par l'agent	<u>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE EXAMINÉE</u> Nom d'usage : Prénom : Nom de famille : N°SS : Cocher les cases correspondantes : ☐ Enseignant (Discipline) : ☐ Non enseignant (Grade) : ☐ Public ☐ Privé ☐ Apprenti