

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
N° tiers CHORUS	
Exercice	
RECCHOR 069	
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

À compléter par le médecin	<p><u>IDENTIFICATION DU MÉDECIN AGRÉÉ</u> Merci de compléter à l'encre bleue</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;">Signature</p>
À compléter par l'agent	<p><u>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE EXAMINÉE</u></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^{er} degré public <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :</p> <p>Etablissement d'affectation :</p> <p>Code postal : Commune :</p>