



FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES MÉDICAUX

Les personnels ne doivent pas faire l'avance des frais

(à renvoyer impérativement au plus tard le 31/07/2019)

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 :

Rectorat de Lyon

DIPE - cellule stagiaire

92 rue de Marseille – BP 7227

69354 LYON cedex 07

IDENTIFICATION DU MÉDECIN AGRÉÉ

Merci de compléter à l'encre bleue

Je soussigné, Docteur NOM – Prénom :

.....

N° de SIRET : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / (14 chiffres)

Médecin généraliste agréé 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.

(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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom de la personne examinée :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Cocher les cases correspondantes :

Enseignant (**Discipline**) : Non enseignant
(**Grade**) :

Public Privé

Apprenti

Etablissement d'affectation :

Code postal établissement :

Commune établissement :

À compléter par le médecin

À compléter par l'agent