





## 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**

À compléter par le médecin

### 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 l'agent