

HONORAIRES MEDICAUX OBLIGATOIRES

Conformément à l'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.

DESIGNATION DE L'AGENT:

NOM : Fonctions :

Prénom : Etablissement :

DESIGNATION DU CREANCIER :

(Identification du praticien)

M. Mme Mlle :

INTITULE DU COMPTE (JOINDRE R.I.B. ou R.I.P au format BIC IBAN) et copie du livret de famille si le prénom du créancier est différent de celui du RIB.

Numéro siret :

Numéro d'agrément du praticien :

Signature et Cachet du Créancier :

ACTE MEDICAL REALISE : Au cabinet A domicile

Objet de la visite / de l'acte médical :

- visite d'embauche avec conclusions
- visite d'embauche avec rapport au médecin de prévention
- contrôle médical
- expertise CLM / CLD

DATE

NATURE DE L'ACTE

MONTANT

.....

.....

Demande d'examen complémentaire : OUI NON si oui préciser la nature de l'acte :

NOTE IMPORTANTE :

Ce document étant destiné à une exploitation informatique, il est très important que les enseignements figurent dans les emplacements prévus à cet effet