

## **HONORAIRES MEDICAUX COMPLEMENTAIRES**

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 COMPLEMENTAIRE REALISE :**

Dans le cadre d' :

- une visite d'embauche
- un contrôle médical
- une expertise CLM / CLD

**DATE**

**NATURE DE L'ACTE**

**MONTANT**

.....  
.....

### **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