

REGLEMENT DES HONORAIRES DUS AUX MEDECINS AGREES

POUR EXAMEN DES FONCTIONNAIRES

Etat des sommes dues à: _____

Qualité : [] généraliste agréé [] spécialiste agréé

N° ADELI : _____ N° SIRET : _____ N° RPPS : _____

N° TVA Intracommunautaire : _____

Adresse : _____

C.C.P : _____

Compte bancaire : _____

Nom de l'agent examiné : _____

Administration : _____

Motif de l'examen : _____

Date de l'examen : ____ / ____ / ____ /

[] consultation

[] contre-visite

Nature de l'examen : [] visite à domicile

[] expertise médicale

[] actes complémentaires

[] reprise mi-temps thérapeutique

[] autre :

CODE Sécurité Sociale de l'acte :

Honoraires HT = euros

TVA à 20 % = euros

Frais de transport = euros

TOTAL TTC = euros

Certifié sincère et véritable le présent état s'élevant à la somme de _____

à _____ le ____/____/____

le médecin,

[] assujetti à la TVA

[] non assujetti à la TVA (art 293B du CGI)

Cocher la case correspondante