

A retourner OBLIGATOIREMENT à :

DSDEN 72

D1D / Gestion collective

Fiche de remboursement d'Honoraires

Je, soussigné

- médecin généraliste agréé ¹
 médecin généraliste agréé (spécialité à préciser) ¹

demande le règlement de la somme de euros pour l'examen suivant

- consultation ¹ de Mme ou M.
 visite à domicile ¹ en date du
 acte complémentaire ¹ (préciser la cotation)

A verser à : CCP ou Banque [.....] [.....] [.....] [.....] [.....] [.....] [.....] [.....] [.....] [.....] [.....]

 Centre CCP – Adresse de l'agence de banque obligatoire Code banque Code guichet

N° de compte (format BIC IBAN, 27 chiffres) :

 joindre un RIB ou RIP obligatoirement

N° SIRET (14 chiffres) :

Fait à , le

 Signature et cachet du médecin

Partie à remplir par l'administration

Examen pratiqué à ma demande pour :

Nom Prénom

 Fonctions exactes

 Affectation

Motifs de l'examen médical ¹	Références	Demande de l'administration ¹
<input type="checkbox"/> Examen d'un candidat à un emploi public <input type="checkbox"/> Contre-visite des fonctionnaires sollicitant un congé de maladie <input type="checkbox"/> Attribution, renouvellement ou visite de contrôle de congé de CLM ou de CLD ou de grave maladie <input type="checkbox"/> Contrôle avant réintégration d'un fonctionnaire ayant bénéficié d'un CLM ou CLD <input type="checkbox"/> Retraite pou invalidité	Art.20 du décret 86.442 du 14.03.86 Art.25 du décret du 14.03.1986 Art.34.35.36 du décret du 14.03.86 Art. 13 du décret 86.83 du 17.01.86 Art.41 du décret du 14.03.86 Art.5 du décret du 14.03.86	<input type="checkbox"/> Certificat médical <input type="checkbox"/> Etablissement d'un RAPPORT MEDICAL <input type="checkbox"/> Etablissement d'un RAPPORT D'EXPERTISE (retraite pour invalidité) L'arrêté du 28 août 1998 article 3 fixe la rémunération des médecins en fonction de ces éléments

¹ Cocher la ou les cases correspondantes