

FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES



CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
N° tiers CHORUS	
Exercice :	
RECCHOR 069	
BOP	

LES PHOTOCOPIES DE CE DOCUMENT NE SONT PAS ACCEPTEES

A retourner par le médecin à :

Direction des services départementaux de l'Éducation nationale du Rhône (DSDEN 69)

Bureau DPE4

21 Rue Jaboulay

69007 LYON

► **Accompagné :** d'un RIB,

de votre numéro SIRET (ou à défaut d'une copie de votre carte nationale d'identité)
du certificat médical établi

N'INSCRIRE AUCUN ELEMENT MEDICAL SUR CE DOCUMENT

(à remplir par le médecin agréé : en aucun cas par un remplaçant)

Je soussigné, Docteur (Nom, Prénom).....

N° SIRET (à 14 chiffres) :.....

Médecin généraliste agréée demande le règlement de la somme de **23,00 euros** (vingt-trois euros) représentant le montant de mes honoraires pour l'examen de la personne désignée ci-dessous, à verser sur mon compte :

Code banque :..... Code guichet :..... N° de compte..... Clé :.....

Domiciliation :.....

Agence :.....

Timbre du praticien fait à..... le.....
(signature)

RENSEIGNEMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

Nom de la personne examinée :

Nom de jeune fille :

Prénom :

► cocher les cases correspondantes :

Enseignant :.....

Public

Etablissement d'affectation :

Code postal établissement :

Commune établissement :