académie
La Réunion

MINISTERE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

# FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES POUR EXAMENS MEDICAUX PREVUS PAR LE DECRET n° 86-442 du 14/03/86

## MOTIF DE LA CONSULTATION : VISITE D'EMBAUCHE

**PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION**

**Service gestionnaire auquel le présent imprimé doit être retourné :**

**RECTORAT - 24, avenue Georges Brassens – 97702 Saint-Denis Messag Cedex**

Cocher la case correspondante :

☐ **DPES** ☐ **DPEP** ☐ **DPATE** ☐ **DES** ☐ **DIFOR**

**Identité du fonctionnaire : .....Grade : .....**

☐ **Personnel enseignant** ☐ **Personnel université** ☐ **Personnel ens. public** ☐ **Personnel non enseignant public privé**

| | | | |
|---|---|---|---|
| CF : 0139-CENT-REUN | 0150-CENT-REUN | 0214-REUN-RECT | 0214-REUN-RECT |
| DF : 0139-12 | 0150-15-02 | 0214-06-03 | 0214-06-04 |
| ACT : 0139FOHM10001 | 015000139099 | 021404EX0301 | 021404EX0302 |

**PARTIE A REMPLIR PAR LE PRATICIEN**

**Identification du praticien**
**Lieu d'exercice médical**
(cachet et signature)

**Désignation des actes**

| Date des actes médicaux | Désignation des actes suivant la nomenclature | Montant des Honoraires | Frais de déplacement (le cas échéant) | Total |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

***Paiement des actes : sera effectué par l'administration à partir de la présente fiche. En aucun cas le patient ne devra régler la consultation. Pour le montant des honoraires, il est fait application des tarifs conventionnels de la sécurité sociale.***

**Compte bancaire et SIRET du praticien (<u>à renseigner obligatoirement</u>) :**

| c/étab. | c/guichet | n/compte | Clé rib | domiciliation |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**IBAN**

**Joindre un RIB original impérativement lors d'une première facturation et en cas de changement de domiciliation bancaire**

**SIRET**

Mention obligatoire pour paiement, à **défaut** numéro INSEE si praticien non libéral exclusivement

**Certifié sincère et véritable, le présent état est arrêté à la somme de : .....**
.....

**PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION**

| Réservé au service gestionnaire (à signer et compléter avant de transmettre à la DFP1) | Réservé à la DFP1 |
|---|---|
| Date d'arrivée : ..... | Centre de profit : RECCHOR974 |
| Vu et vérifié - Certifie le service fait le ..... | Centre de coût : REC..... 974 |
| Cachet et signature : | N° EJ : ..... |
| | N° DP : ..... |

Original pour DFP1 – 1 copie au service gestionnaire