



LYCEE NIEPCE-BALLEURE
Service mutualisateur de paie
141 avenue Boucicaut
71100 Chalon-sur-Saone

Visite médicale d'embauche

ACCOMPAGNANT DES ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP - AESH

DEMANDE DE REGLEMENT D'HONORAIRES

MEDECIN AGREE

NOM Prénom : GENERALISTE

N° enregistrement à la DDASS (9 chiffres) :

ADRESSE :

Examen médical

Date : Cotation de l'acte : HONORAIRES *

Certifie sincère et véritable le présent Etat de frais pour la somme de (en toutes lettres ci-dessous) :

Cachet du Médecin

date et signature du médecin

* base de prise en charge financière : Tarifs conventionnels parus au Journal Officiel « sans dépassement d'honoraires »

CONSULTANT

Nom : Prénom

Nom de jeune fille : Date de naissance

N° de sécurité sociale

Adresse

Etablissement / PIAL d'affectation : Département :

DOCUMENT A RETOURNER PAR LE MEDECIN AGREE AU LYCEE NIEPCE-BALLEURE **ACCOMPAGNE D'UN RIB DELIVRE PAR L'ETABLISSEMENT BANCAIRE**

Cadre réservé

Dossier vérifié par :

En cas de non-respect des tarifs conventionnels :

Certificat médical reçu :

Montant arrêté à

Ne mettre en paiement qu'après réception du
certificat médical :

Signature de l'Ordonnateur

Tout état inexploitable sera renvoyé à son expéditeur pour complément d'informations