

**NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT
EMPLOYEUR**

**Visite médicale d'embauche
ASSISTANT D'EDUCATION**

**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

**DOCUMENT A RETOURNER PAR LE MEDECIN AGREE A L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR
ACCOMPAGNE D'UN RIB DELIVRE PAR L'ETABLISSEMENT BANCAIRE**

Cadre réservé

Etablissement employeur
« Certification du service fait »

Ale.....

Signature et cachet

Etablissement mutualisateur de paie

En cas de non-respect des tarifs conventionnels :

Montant arrêté à

Signature de l'Ordonnateur

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