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