

**FICHE DE REMBOURSEMENT D'HONORAIRES**  
**POUR EXAMENS MÉDICAUX PRÉVUS PAR LE DÉCRET n° 86-442 du 14/03/1986**

**ANNEXE 4 volet 2B**

## MOTIF DE LA CONSULTATION : VISITE DE RÉINTÉGRATION SUITE DISPONIBILITÉ

<b>PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION</b>	<b>Service gestionnaire auquel le présent imprimé doit être retourné :</b> <b>RECTORAT - 24, avenue Georges Brassens – CS 71003 - 97743 Saint Denis Cedex 9</b>				
	<b>Cocher la case correspondante :</b> <input type="checkbox"/> DPES <input checked="" type="checkbox"/> DPEP <input type="checkbox"/> DPATE <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> DIFOR				
<b>PARTIE A REMPLIR PAR LE PRATICIEN</b>	<b>Identité du fonctionnaire :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Personnel enseignant privé <input type="checkbox"/> Personnel ens. public <input type="checkbox"/> Personnel non enseignant public		<b>Grade :</b>		
	CF : 0139-REUN-RECT	0214-REUN-RECT	0214-REUN-RECT		
	DF : 0139-12	0214-06-03	0214-06-04		
	ACT : 013900FOHM01	021404EX0301	021404EX0302		
<b>PARTIE A REMPLIR PAR LE PRATICIEN</b>	<b>Identification du praticien</b> <b>Lieu d'exercice médical</b> (cachet et signature)				
	<b>Désignation des actes</b>				
	Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant la nomenclature	Montant des Honoraires	Frais de déplacement (le cas échéant)	Total
	<i>Païement 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.</i>				
	<b>Compte bancaire et SIRET du praticien (à renseigner obligatoirement) :</b>				
	code étab.	Code guichet	n° compte	Clé rib	domiciliation
	<b>IBAN</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>				
	Joindre un RIB original impérativement lors d'une première facturation et en cas de changement de domiciliation bancaire <b>SIRET</b> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>				
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 : .....  .....					
<b>PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION</b>	<b>Réservé au service gestionnaire (à signer et compléter avant de transmettre à la DFP1)</b>			<b>Réservé à la DFP1</b>	
	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 : .....	