



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

ANNEXE 4 volet 2

MOTIF DE LA CONSULTATION : VISITE DE RÉINTÉGRATION SUITE DISPONIBILITÉ

PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION	<p>Service gestionnaire auquel le présent imprimé doit être retourné : <b>RECTORAT - 24, avenue Georges Brassens – CS 71003 - 97743 Saint Denis Cedex 9</b></p> <p>Cocher la case correspondante :</p> <p><input type="checkbox"/> DPES      <input checked="" type="checkbox"/> DPEP      <input type="checkbox"/> DPATE      <input type="checkbox"/> DES      <input type="checkbox"/> DIFOR</p>				
	<p><b>Identité du fonctionnaire :</b>      <b>Grade :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Personnel enseignant privé      <input checked="" type="checkbox"/> Personnel ens. public      <input type="checkbox"/> Personnel non enseignant public</p> <p>CF : 0139-REUN-RECT      0214-REUN-RECT      0214-REUN-RECT DF : 0139-12      0214-06-03      0214-06-04 ACT : 013900FOHM01      021404EX0301      021404EX0302</p>				
PARTIE A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	<p><b>Identification du praticien</b> <b>Lieu d'exercice médical</b> (cachet et signature)</p>				
	<p><b>Désignation des actes</b></p>				
	<b>Date des actes médicaux</b>	<b>Désignation des actes suivant la nomenclature</b>	<b>Montant des Honoraires</b>	<b>Frais de déplacement (le cas échéant)</b>	<b>Total</b>
	<p><i>Paieement 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></p>				
	<p><b>Compte bancaire et SIRET du praticien (à renseigner obligatoirement) :</b></p>				
	<b>code étab.</b>	<b>Code guichet</b>	<b>n° compte</b>	<b>Clé rib</b>	<b>domiciliation</b>
	<p><b>IBAN</b></p> <p> </p>				
	<p>Joindre un RIB original impérativement lors d'une première facturation et en cas de changement de domiciliation bancaire</p>				
<p><b>SIRET</b></p> <p> </p>					
<p>Mention obligatoire pour paiement, à défaut numéro INSEE si praticien non libéral exclusivement</p>					
<p>Certifié sincère et véritable, le présent état est arrêté à la somme de : .....</p> <p>.....</p>					
PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION	<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 : .....		