

## REMBOURSEMENT D'HONORAIRES AU PRATICIEN

### Renseignements concernant la personne examinée :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom et ville de l'établissement employeur : \_\_\_\_\_

Emploi : Assistant d'éducation

### Partie à remplir par le praticien :

Objet de la visite :  Embauche  Contre-visite ou Contrôle

Nature de l'examen :  Consultation généraliste  Consultation spécialiste

Date de l'examen : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Nom du médecin agréé : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Montant des honoraires (application du tarif conventionnel du code de sécurité sociale) :

25 euros

Autre (majoration uniquement sur accord du médecin conseil) : \_\_\_\_\_ euros

*Le salarié ne doit pas faire l'avance des frais, aucun frais ne lui sera remboursé directement.*

Coordonnées bancaires du praticien :

Banque : \_\_\_\_\_

Code : \_\_\_\_\_ Code Guichet : \_\_\_\_\_ N° de compte \_\_\_\_\_

Cachet et signature du praticien :

**Merci de joindre le RIB du praticien**

**et de faire parvenir ces documents au Lycée mutualisateur payeur :**



**Lycée RICHELIEU**

**Service Paye**

64 rue George Sand

92500 RUEIL-MALMAISON

Tél.: 01-47-49-80-11

Fax: 01-47-49-80-79

courriel : [aed92@ac-versailles.fr](mailto:aed92@ac-versailles.fr)