

PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES MEDICAUX

La visite médicale est prise en charge par l'établissement et ne doit pas être à la charge de l'agent en consultation

PARTIE RESERVEE A L'AGENT

DESIGNATION DE L'AGENT :

NOM : Prénom :

N° Sécurité sociale : / / / / / / (clé)

Composante :

Etablissement (**adresse de destination des demandes de remboursement**) :

Université d'Aix-Marseille

DRH - P1 - 3 place Victor Hugo- 13331 Marseille - cedex 03

DRH - P2 - Jardin du Pharo – 58 bvd Charles Livon – 13284 Marseille - cedex 07

DRH - P3 - 3 avenue Robert Schuman – 13628 Aix en Provence - cedex 01

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN

DESIGNATION DU CREANCIER : M. Mme Mlle

(identification du praticien)

Nom : Prénom :

[Médecin agréé « Education nationale », non médecin référant de l'intéressé(e)]

Adresse :

.....

INTITULE DU COMPTE :

CCP MARSEILLE Autre CCP Banque

Code Banque : Code Guichet : N° de compte :

Centre CCP ou domiciliation bancaire :

Clé :

(joindre copie du RIB, RIP ou RICE)

ACTE MEDICAL REALISE :

Objet de la visite / de l'acte médical :

visite d'embauche

Conjointes Accident de service

Date :

Signature et cachet du praticien

Montant :euros

(OBLIGATOIRES)

N° FINISS :

Document à renvoyer à l'adresse cochée dans la partie ci-dessus réservée à la désignation de l'agent

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

VISA DU CHEF DE SERVICE (à réception dans les services) :

Fonctions occupées par l'agent à l'université :

Personnel Enseignants Personnels BIATSS

Fait à :, le/...../.....

Visa du gestionnaire DRH :