

## Etat d'honoraires de contre-visite médicale d'un(e) assistant(e) d'éducation

A transmettre en 2 exemplaires à l'établissement employeur  
qui transférera dès réception à l'établissement mutualisateur paye

Cachet de l'établissement employeur

Etablissement mutualisateur paye : .....

.....  
.....  
.....

### CONTRE-VISITE MEDICALE ASSISTANT D'EDUCATION

Nom et prénom de l'agent	Fonction exercée	Lieu d'exercice de la personne expertisée :	Montant des honoraires	Objet
M..... .....	.....			Contre visite au cabinet (ou à domicile)
Date de la visite : .....				

Arrêté le présent état à la de somme de : .....

L'assistant d'éducation n'a pas d'honoraires à verser au praticien qui sera rétribué par les soins de l'administration au vu de la demande de contre-visite médicale. Les frais de contre-visite sont pris en charge sur la base du tarif de référence du régime générale de la sécurité sociale dans la limite des tarifs de remboursement du régime général de sécurité sociale (augmentés de 50% en cas de visite au domicile de l'agent).

Timbre du praticien

Le Docteur (Nom et qualité) ..... **médecin agréé**

**n° identifiant / SIRET :** .....

**CERTIFIE AVOIR PROCEDE A L'EXAMEN MEDICAL DE** .....

..... **assistant(e) d'éducation**

### MONTANT DES HONORAIRES :

(dans la limite du tarif de remboursement de la Sécurité Sociale)

A ..... le .....

### MODE DE REGLEMENT DES HONORAIRES :

SIGNATURE

(Joindre obligatoirement un RIB ou RIP original du praticien)