

Evaluation médicale effectuée par le Docteur :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Références bancaires ou postales (1) :

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'AIN

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001

MEMOIRE (2)

des sommes dues concernant la personne examinée :

M. ou Mme

Domicilié(e)

.....

dans le cadre de l'évaluation médicale de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Je soussigné, Docteur, certifie exact le présent
mémoire s'élevant à la somme de : **53 Euros**.

A, le

Cachet et signature du médecin traitant

Pour nous faciliter les remboursements, merci de joindre votre N° SIRET si vous en possédez un.

- (1) Si vous sollicitez pour la première fois un règlement par le Département de l'Ain, veuillez joindre un R.I.B.
(2) Merci de joindre ce mémoire à la fiche d'évaluation médicale pour le règlement de vos honoraires. Selon l'article L. 232-25 du Code de l'action sociale et des familles, le remboursement se prescrit par deux ans.