

**PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE
DEMANDE DE REMBOURSEMENT**

N° matricule de la CGP

Affilié(e)

Conjoint/2e affilié

Nom et prénom :

Année d'affiliation:

Rue et N°:

Code postal:

Localité:

Code banque ou institution:

Compte IBAN

L U

Nom du titulaire:

Date:

Signature de l'affilié(e):

La partie ci-après, doublement encadrée, est réservée à la CGP

DÉCOMPTE TARIFICATION

FSI/CGP reçu oui non

Frais exposés suivant décomptes caisses
de maladie annexés:

Découvert à charge de l'affilié(e) (des affiliés)
pour lequel (lesquels) une participation a lieu
par le fonds de secours interne:

Participation du fonds de secours interne: 25%

Remarque(s):

Date et signature: