

**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

LU

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:	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>		
Découvert à charge de l'affilié(e) (des affiliés) pour lequel (lesquels) une participation a lieu par le fonds de secours interne:	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>		
Participation du fonds de secours interne: 25%	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>		
Remarque(s):			
Date et signature:			