

**Fonds de secours interne  
ALLOCATION POUR FRAIS DE TRANSPORT EN AMBULANCE  
Demande de remboursement**

N° Matricule de la CGP

Nom et prénom de l'affilié(e) :

Rue et N°:

Code postal:

Localité:

Nom et prénom de la personne transportée:

Date de naissance:

Compte IBAN



Code banque ou institution:

Montant des factures: €

**Renseignements à fournir à la CGP**

1. Une participation minimale de la Caisse de maladie est conditionnelle :

—► Le décompte du remboursement à joindre !

2. Participation de la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste (CMCM)  
(s'il s'agit d'un traitement médico-chirurgical à l'étranger)

oui

non

Si OUI —► quel montant a été remboursé par la CMCM €

Si NON —► facture originale complémentaire à joindre !

**P.S. Pour avoir droit à l'allocation du Fonds de secours interne, l'original de la facture complémentaire du transporteur, respectivement la copie ou la photocopie est à annexer à la présente demande !**

Date:

Signature de l'affilié(e):