

BILAN MEDICAL

Veillez joindre un R.I.B. à votre première demande de remboursement ou de changement de coordonnées bancaires.

NOM : PRENOM : N° Adhérent :

Liste des actes médicaux et justificatifs

<input type="checkbox"/>	=.....€
<input type="checkbox"/>	=.....€
<input type="checkbox"/>	=.....€
<input type="checkbox"/>	=.....€
	TOTAL	=.....€

M. / Mme certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus

Date : /_/_/._/_/._/_/

Signature :

RESERVÉ A LA DIRECTION TECHNIQUE NATIONALE

Montant des frais justifiés :€

IMPUTATION ANALYTIQUE :

Date : /_/_/._/_/._/_/

Signature du Superviseur :