



Déclaration sur l'honneur relative aux frais de déplacement autre que les ambulances et non remboursables par l'assurance obligatoire (uniquement en cas de maladie grave)

Identification de l'assuré :

Nom* :
** Ou coller une vignette de mutuelle*

Prénom* :

N° National* :
 (à défaut, mettre la date de naissance)

N° compte bancaire :

Nom du médecin ou de l'établissement des soins	Date de la visite	Nombre de km aller-retour	Cachet ou signature du médecin ou du centre

Nom du médecin ou de l'établissement des soins	Date de la visite	Nombre de km aller-retour	Cachet ou signature du médecin ou du centre

Certifié sincère et véritable, Fait à , le **Signature**