**MUTUELLEANNEXE À LA DEMANDE** MUTUELLE-ALEBA-ANNEXE-DEMANDE-RBT-FONDS SOCIAL FR 1.4.2022

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A) Mémoires d'honoraires** | | | | **B) Montants remboursés** | | | |
| **Date** | **Fournisseur** | **Montant facturé** | **Pas de prise en charge par la CNS** | **CNS** | **CMCM** | **Assurance complémentaire** | **Différence à charge** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Totaux :** | |  |  |  |  |  |  |

**ATTENTION :**

Les montants non remboursés par la CNS ou une assurance maladie obligatoire étrangère ne sont pas considérés.

**Le découvert à charge de l’affilié doit s’élever au moins à 650,- €.**

**Le montant maximum de prise en charge est fixé à 2.000.- €.**

Toutes les pièces justificatives doivent être jointes à la présente demande.

Observations éventuelles : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ..……………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Je soussigné(e) affirme que la présente déclaration est sincère et complète.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Lieu) |  | (Date) |  | (Signature) |