

Déclaration sur une indemnité de voyage

Coordonnées de l'assuré(e)

Matricule de l'assuré(e)

Nom et prénom

Adresse

Détails du transport

Date/période du transport

 en date du période, de à

Lieu de départ (adresse)

Lieu d'arrivée (adresse)

Prestataire de soins consulté

Distances parcourues (km)

Aller

Retour

Total

Annexes (cocher ce qui convient)

- Certificat de présence auprès du prestataire de soins consulté
- Convocation du Contrôle médical de la sécurité sociale pour la réception d'une prothèse orthopédique
- Mémoire d'honoraires afférent (si applicable)

Je soussigné(e) sollicite par la présente une indemnité de voyage conformément aux informations fournies ci-dessus et je certifie l'exactitude de ces informations.

Signature, lieu et date