

Demande de remboursement
Autre bénéficiaire

Je soussigné(e)

Numéro d'identification	<input type="text"/>
Nom et prénom(s)	<input type="text"/>

certifie avoir payé **tou(te)s les factures / mémoires d'honoraires en annexe** et demande que les remboursements afférents soient versés sur mon compte bancaire enregistré auprès de la CNS.

Date et signature

Art. 84. Les prestations relatives aux soins de santé peuvent être valablement versées, soit à l'assuré, soit à toute autre personne justifiant avoir effectué la prestation ou la dépense afférente

Partie réservée à la CNS

Service compétent

Etiquette

Cachet d'entrée de la CNS

B