

**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 responsable*

*Etiquette*

**B**

*Cachet d'entrée de la CNS*