|  |  |
| --- | --- |
| DATE: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **PRENOM** |  |
| **AMBASSADE** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOM DU BENEFICIAIRE** | **DATE** | **PRESTATIONS** | **MONTANT** | **DEVISE** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Pour être remboursé, veuillez ajouter **une ordonnance médicale** pour tous les médicaments et les frais de physiothérapie, kinésithérapie, optique, etc. ***Dans le cas où vous achetez plusieurs produits chez le pharmacien souligner sur le ticket de caisse les médicaments qui figurent sur l’ordonnance.*** | **TOTAL** |  |  |

Je certifie par la présente que toutes les informations mentionnées ci-dessus sont correctes. *Signature*Par la présente, je certifie de ne pas bénéficier d’autre système d’assurance santé.