## GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

## Caisse de Maladie des Fonctionnaires et Employés Publics

## Déclaration Autre Bénéficiaire

Par la présente je soussigné(e)
numéro de matricule
demeurant à
autorise la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics à effectuer les remboursements concernant la personne
nom
numéro de matricule
sur mon compte bancaire étant donné que les mémoires d'honoraires sont payés par mes soins.
La présente déclaration est valable :
☐ uniquement pour cette demande-ci ;
$\square$ <sup>2)</sup> pour toutes les prestations effectuées entre le et le ;
□ 3) pour toutes les prestations après le et ceci jusqu'à avis contraire ;
Signature(s):
Fait à, le
<sup>2), 3)</sup> Si vous avez opté pour cette option, merci de faire contresigner la présente par l'assuré(e) principal(e)
Veuillez joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire RIB

 $T\'{e}l\'{e}phone: 451681 \ T\'{e}l\'{e}fax: 456750$ 

Adresse email : cmfep@secu.lu

Pour tout renseignement supplémentaire : Tél : 451681 - 11 ou 451681 - 19

Adresse postale : L-2091 Luxembourg

Bureaux : 32, avenue Marie-Thérèse
L-2132 Luxembourg