

**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 ;
- <sup>2)</sup> pour toutes les prestations effectuées entre le \_\_\_\_\_ et le \_\_\_\_\_ ;
- <sup>3)</sup> 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)

**Veillez joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire RIB**