

Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics

Déclaration sur une indemnité de voyage

Je soussigné(e) _____

N° matricule _____

demeurant à _____

sollicite par la présente la prise en charge d'une indemnité de voyage pour m'être rendu(e)
1

en date du _____

pour la période du _____ au _____
de _____ à _____

auprès de (préciser le fournisseur de soins) _____

nombre de kilomètres parcourus Aller _____

Retour _____

(Signature)

Annexes¹ :

mémoire(s) d'honoraires afférent(s)

certificat de présence du fournisseur de soins

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

Adresse postale: L-2091 Luxembourg

PHONE 45 16 81
FAX 45 67 50
EMAIL cmfep@secu.lu