

Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics

Demande en obtention du remboursement complémentaire de la participation légale

en application de l'article 154bis des statuts de la Caisse nationale de santé

La présente demande est à compléter par l'assuré principal au plutôt le 1er mai de chaque année civile pourvu que le montant de la participation cumulée dépasse le seuil de 2,5% de l'assiette cotisable de l'année précédente.

Le montant de la participation cumulée est régulièrement communiqué sur les avis de remboursements effectués par les caisses de maladie.

La demande ne vaut que pour l'exercice concerné et devra être renouvelée d'année en année. Elle est à adresser à la caisse de maladie compétente dont dépend l'assuré principal au moment de la demande.

1. **Exercice concerné :**

Réservé à la caisse de maladie
Date d'entrée

2. **Renseignements concernant l'assuré principal**

Matricule

Nom et prénom

Localité

Rue et Numéro

3. **Si vous ou votre conjoint êtes bénéficiaires d'une pension ou d'une rente du régime non contributif, vous êtes prié de faire compléter le certificat ci-joint par le bureau du personnel de l'administration ou de l'établissement public qui verse la pension ou la rente.**

Le soussigné confirme avoir fait ces déclarations en âme et conscience et s'engage à fournir tout changement pouvant les modifier.

Date

Signature du demandeur

Bureaux : 47, boulevard Prince Henri
L-1724 Luxembourg

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

Adresse postale: L-2091 Luxembourg