MINISTERE DE L’ECONOMIE ET DE FINANCES (MEF)

DIRECTION DE LA PENSION CIVILE (DPC)

Service d’Assurance (SA)

Formulaire de demande de remboursement de frais médicaux

Code : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.C. : P.M. : Autres :

Nom du pensionnaire:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mode de paiement : Chèque Virement

Montant : G.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localisation : \_\_\_\_\_

Date du décès :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dernier mois reçu le  :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Statut du fichier du pensionnaire : Cessé Actif

Si Cessation, date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Statut matrimonial** : Marié (e) Séparé (e)  Divorcé (e) Veuf (e)

Type d’affiliation : Formulaire d’enrôlement :oui non

Le pensionnaire laisse-t-il des ayants droits éligibles à la réversibilité : oui non

Conjoint (e) survivant (e) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autres à préciser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documents à annexer : - reçus de pharmacie, reçus de laboratoire, ordonnance médicale, formulaire de réclamation dûment signé par le Médecin traitant, bordereau acquitté du Centre de Santé.**

**Formulaire Janvier**

**Aval loucie,**