Relevé des frais engagés

N/Ref (à rappeler dans tout échange) :
IAC 0314 -201311420Y

Nom et prénom de la victime :

Acte			Remboursement		
Date	Nature (Visite, Pharmacie, hopital, …)	Cout total	Sécurité Sociale	Mutuelle ou autre Organisme d'Assurance ou de prévoyance	Soldes des frais Restes à charge
	Totaux				

Joindre impérativement les pièces suivantes :

- Tous les relevés d'honoraires, avis des sommes à payer ou reçus et factures qui ont pu être délivrés.
- Les originaux des bordereaux de remboursement des Organismes Sociaux (Sécurité Sociale, Caisse Mutuelle Agricole, Caisse complémentaire, etc …)
- Si votre régime de sécurité sociale a refusé les prestations pour une dépense quelconque, adressez nous la facture concernée et la lettre de votre centre de paiement exposant le motif de rejet.