mutuelle MUCIM STANISLAS
mutualistes par vocation

FRAIS DE TRANSPORT ET D'HEBERGEMENT POUR CURE THERMALE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)	RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA (LES) PERSONNE(S) AYANT EFFECTUE LA CURE
N° Sécurité Sociale :	NOM ..... Prénom ..... Lien avec l'assuré .....
NOM ..... Prénom	NOM ..... Prénom ..... Lien avec l'assuré .....
Adresse	NOM ..... Prénom ..... Lien avec l'assuré .....
.....	NOM ..... Prénom ..... Lien avec l'assuré .....
Téléphone	
S'agit-il d'un accident ❒ OUI ❒ NON	Date de l'accident .....

Percevez-vous une indemnité "Hébergement-Transport" de cure de la CPAM	❑ OUI ❑ NON **Joindre impérativement le courrier d'accord ou refus de prise en charge des indemnités "Hébergement-Transport" de la CPAM ou une copie du volet 3 de votre accord de cure thermale.**

		Voiture particulière (1)					**Taxi (1)**	**Transport en commun**	**Hébergement**
Date	Trajet cure	Puissance Nb CV	Kilométrage	Péage	Carburant	Dépense totale	Dépense total	Dépense totale	Dépense totale
	Trajet Aller Départ (domicile) : ..... Arrivée (lieu de séjour) :								
	Trajet Retour Départ (lieu de séjour) : ..... Arrivée (domicile) :								
Nombre trajets (aller/retour) effectués : ….	**Total**								
					TOTAL GENERAL				

Joindre **tous** les justificatifs
(factures, ticket de transport, de péage, copie de la carte grise)

Fait à ..... Le ..... Signature de l'assuré(e)