

Déclaration sur une indemnité de voyage

Coordonnées de l'assuré(e)

Matricule de l'assuré(e)

Nom et prénom

Adresse

Détails du transport

Date/période du transport

☐

en date du

☐

période, de

à

Lieu de départ (adresse)

Lieu d'arrivée (adresse)

Prestataire de soins consulté

Distances parcourues (km)

Aller

Retour

Total

Annexes (cocher ce qui convient)

☐

Certificat de présence auprès du prestataire de soins consulté

☐

Convocation du Contrôle médical de la sécurité sociale pour la réception d'une prothèse orthopédique
(je confirme que le voyage n'a pas été effectué par un moyen de transport public commun au Luxembourg)

☐

Mémoire d'honoraires afférent (si applicable)

Je soussigné(e) sollicite par la présente une indemnité de voyage conformément aux informations fournies ci-dessus et je certifie l'exactitude de ces informations.

Signature, lieu et date