



Formulaire de demande de duplicatas de factures

- NOM :
- Prénom :
- Adresse : rue : n° : Bte :
- Code Postal :
- Localité : Pays :
- Téléphone :

Par la présente, je sollicite des copies de factures pour le dossier médical (à remplir par l'établissement) n° :

- Je paie à la caisse centrale le montant de 10,00€.
- Je verse le montant de 10,00€ sur le compte suivant : **BE13 091009836839** avec la communication : « Dossier duplicatas de factures n°..... » (numéro de dossier médical repris plus haut)

⇒ **Les documents vous seront adressés par courrier à l'adresse reprise plus haut.**

Dès réception de votre paiement, nous donnerons suite à votre demande dans les plus brefs délais.

DATE + SIGNATURE

.....

A remplir par l'établissement

Numéros de factures ou période de dates de soins concernée :

.....
.....
.....
.....
.....
.....