

N° de dossier : \_\_\_\_\_

Code séjour : \_\_\_\_\_

## **DEMANDE D'AVANCE DE FRAIS MEDICAUX**

Je soussigné(e) M.....demeurant :

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél domicile : ..... Tél travail : .....

*père, mère ou tuteur de l'enfant (rayer les mentions inutiles) :*

<b>NOM de l'enfant :</b> date de naissance : .. /.. /..	<b>PRENOM de l'enfant :</b>
<b>Numéro de Sécurité Sociale :</b> <b>Adresse centre de Sécurité Sociale :</b>	
Nom et adresse de ma mutuelle : mon numéro d'adhérent :	
Dates et lieu de séjour :	

*«demande que la société, organisateur du séjour auquel est inscrit mon enfant, avance les frais médicaux engagés au-delà de la franchise de 30 euros fixée au contrat n°303 764 et par lequel mon enfant est assuré auprès de Mondial Assistance France sas.*

**Date des soins :**

**Montant des frais médicaux :**

*. Accepte que Mondial Assistance France sas rembourse en mon nom, cette avance à la société à réception des factures originales des frais médicaux.*

*. En conséquence, je m'engage à :*

- 1) Présenter, dès leur réception, les factures originales remboursées par Mondial Assistance France sas, auprès des organismes de Sécurité Sociale et mutuelle,*
- 2) justifier à Mondial Assistance France sas la suite qui lui sera donnée,*
- 3) à lui rétrocéder la somme correspondant aux remboursements obtenus.*

*Si je ne peux justifier à Mondial Assistance France sas, dans les trois mois suivant mon retour en France, les démarches effectuées auprès de mon centre de Sécurité Sociale, je m'engage à rembourser, sans délai, à Mondial Assistance France sas, la totalité de la somme supportée par elle.»*

Mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature :

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_