SÉCURITÉ SOCIALE
L'Assurance Maladie
DOUBS

PARTICIPATION AUX FRAIS DE TRANSPORT
A RETOURNER

A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE :

Service Action Sanitaire et Social 2 rue Denis Papin
25036 Besançon Cedex

Je demande une participation aux frais de transport pour mes trajets de mon domicile au cabinet de la sage-femme que j'ai effectué en :

☐ Véhicule personnel, nombre de kilomètres effectués :
OU
☐ Transport en commun : (remboursement sur la base d'un ticket de bus) indiquer le montant de la dépense engagé :

NOM :
PRENOM :
N° Sécurité Sociale :

ADRESSE :

FAIT le : Signature

PARTIE A FAIRE COMPLETER PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE :

J'atteste avoir vu Madame
en consultation ..../..../20....
Signature et cachet
