

**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) :***NOM de l'enfant :****PRENOM de l'enfant :**

date de naissance : .. /.. /..

**Numéro de Sécurité Sociale :****Adresse centre de Sécurité Sociale :**

Nom et adresse de ma mutuelle :

mon numéro d'adhérent :

Dates et lieu de séjour :

«demande que la société Cousins - 1 rue de l'Egalité - 92220 BAGNEUX, 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 Cousins - 1 rue de l'Egalité - 92200 BAGNEUX 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 \_\_\_\_\_