N° : _____ RAPPELER IMPERATIVEMENT ICI LA REFERENCE DE VOTRE DOSSIER DE DECLARATION D'ACCIDENT FFCT

RECAPITULATIF DE VOTRE RECLAMATION DE FRAIS MEDICAUX RESTES A CHARGE

Pour accélérer le traitement de votre dossier, veuillez nous compléter ce tableau lors de chaque envoi de décomptes de frais médicaux

Nature du justificatif fourni	N° PJ	N° ordre	Date des soins	Nature des soins	Frais réels	Remb. Sécu	Remb. Mutuelle	Reste à charge
								-
								-
								-