M. I. O. D.

Mutuelle des Inspecteurs et Officiers des Douanes

Mle : /__/__/__/__/__/

FICHE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Noms et Prénoms membres concernés de la famille	Pharmacie D01	Analyses-labo D02	Hospitalisation D03	Soins D40	Consultations D05	Radio D06	Lunettes cadre D07	Lunettes verres D28	Soins Dentaires D08	Chirurgie D10	Soins à l'étranger
TOTAL											
Taux de remboursement											
Montant total à rembourser											

Banque _____ : |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Code banque Agence / Branch Numéro de Compte/Account number Clé/Key

Le Mutualiste **Le Président**

BP: 2050 DOUALA www.miod-cm.org Email : miod@miod-cm.org