

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE PRESTATIONS  
SUR DUPLICATA POUR LA MUTUELLE DES AFFAIRES ETRANGERES**

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

**JE SOUSSIGNE (E)** : .....  
**NOM – PRENOM** : .....  
 (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)  
**ADRESSE**  
 .....

**NUMERO D'IMMATRICULATION** : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

**SI LE MALADE N'EST PAS L'ADHERENT  
CONJOINT – CONCUBIN** (rayer la mention inutile)

**NOM – PRENOM** : .....  
 (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

**DECLARE SUR L'HONNEUR**

1. Que le dossier

- DECOMPTE,  
 FACTURE,  
 NOTE D'HONORAIRES,

dont les caractéristiques sont les suivantes :

N° Immatriculation porté sur le dossier original : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Date des soins : .....

- a été perdu dans les circonstances suivantes

.....  
 .....

- a été adressé ou déposé le : .....

2. De ne pas avoir déjà bénéficié du remboursement des prestations correspondantes, par quelque moyen que ce soit, auprès de tout autre organisme susceptible d'en assurer la prise en charge.

Je m'engage au cas où le dossier original viendrait à se trouver entre mes mains à ne pas en demander à nouveau le remboursement à la Mutuelle des Affaires Étrangères.

**FAIT A** ..... **LE** .....

**SIGNATURE DE L'ASSURE**