

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX**

**NOM DE L'AGENT:** \_\_\_\_\_

**FICHE DE SALAIRE N°:** \_\_\_\_\_ **Niveau:** \_\_\_\_\_

**STATUT DE L'EMPLOI :** \_\_\_\_\_ *(N.B. Doit être permanent ou temporaire ou aucune allocation n'existe)*

**TITRE DU POSTE:** \_\_\_\_\_ **POSTE N°** \_\_\_\_\_

**MINISTÈRE:** \_\_\_\_\_ **SERVICE:** \_\_\_\_\_

*(Réservé aux agents permanents – les membres de la famille des journaliers n'ont pas droit au remboursement)*

**NOM DE LA PERSONNE REÇEVANT LE TRAITEMENT, EN DEHORS DE L'AGENT :** \_\_\_\_\_

**LIEN DE PARENTÉ AVEC L'AGENT** \_\_\_\_\_

<i>DÉTAILS COMPLETS DES FRAIS MÉDICAUX RÉCLAMÉS – Y COMPRIS LE NOM ET LE LIEU DES HÔPITAUX ET AUTRES LIEUX DE TRAITEMENT, UNE LISTE DE MÉDICAMENTS (JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL SI C'EST PERSONNEL)</i>	<b>MONTANT TOTAL PAYÉ EN VATU</b>
(ORIGINAUX DES PIÈCES JUSTIFICATIVES CI-JOINTES) MONTANT TOTAL PAYÉ	(En VT)

**ATTESTATION DE L'AGENT**

Je certifie avoir prise en charge les traitements médicaux ci-dessus auxquels je joins les reçus originaux et j'aimerais maintenant être remboursé par l'État.

**NOM:** \_\_\_\_\_ **SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**ATTESTATION DU DIRECTEUR/DIRECTEUR-GÉNÉRAL**

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont corrects et que c'est un agent permanent ou temporaire (entourez la bonne réponse) dans mon Service/Ministère à l'échelon salarial ci-dessus.

**NOM:** \_\_\_\_\_ **SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**DATE:** \_\_\_\_\_

**IMPUTATION AU POSTE DU CHAPITRE :** \_\_\_\_\_

**ATTESTATION DU SECRÉTAIRE DE LA CFP**

Je certifie que les détails personnels de l'agent/employé temporaire sont corrects et que la personne recevant le traitement a droit au remboursement selon le *Manuel du Personnel*.

**NOM:** \_\_\_\_\_ **SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**DATE:** \_\_\_\_\_

**L'agent et le Service des Finances informés le :** \_\_\_\_\_