

Le dispositif d'Avance Remboursable mis en place par INSEME vise à faire face aux frais d'achat de billets de transport liés à un déplacement médical sur le continent avec accord de prise en charge par l'Assurance Maladie.  
Après examen et acceptation de votre demande, l'Association peut vous avancer la somme nécessaire à l'achat de votre billet. Il vous appartiendra de nous rembourser à votre retour lorsque vous aurez vous même été remboursés par l'Assurance maladie.

Après réservation de votre part, l'Association réglera directement le billet auprès des compagnies de transport. Réservez votre billet en envoyant par mail votre nom, date de naissance, nationalité, trajet, dates, horaires et numéro de téléphone.

Pour Air Corsica : [inseme@aircorsica.com](mailto:inseme@aircorsica.com)

Pour la Méridionale : [inseme@lameridionale.fr](mailto:inseme@lameridionale.fr) / Pour CorsicaLinea : [inseme@corsicalinea.com](mailto:inseme@corsicalinea.com)

**Pour bénéficiaire de ce soutien, adhérez à notre Association, complétez et renvoyez-nous ce formulaire :**  
[info@inseme.org](mailto:info@inseme.org)

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone ..... e-mail: .....

- J'adhère déjà à INSEME pour 2019 : N° de carte .....
- Je souhaite adhérer à INSEME pour 2019 : je joins le formulaire « Don-Adhésion » complété et mon règlement.

Mode Transport : <input type="checkbox"/> avion <input type="checkbox"/> bateau	
Ville de départ : .....	Destination : .....
Date Aller : ...../...../2019	Date Retour : ...../...../2019
N° de réservation : .....	

J'atteste joindre à ma demande les documents suivants :

- la photocopie du document « Demande d'accord préalable – Prescription médicale de transport » complétée par le médecin
- la photocopie de ma carte d'identité
- un chèque de caution du montant de l'Avance Remboursable sollicitée

J'accepte les modalités de remboursement suivantes :

Je m'engage à restituer la totalité du montant de cette « Avance Remboursable » à l'Association INSEME dès réception de mon propre remboursement par l'Assurance maladie (espèces, chèque ou virement).

Si l'Association n'a pas reçu mon remboursement au plus tard 4 mois après la délivrance de l'Avance Remboursable, je l'autorise à encaisser directement le chèque de caution remis ce jour (N°..... Montant : ..... Banque : .....)

Signature du bénéficiaire :

(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Date de la demande :

...../...../2019

Signature de la caution si le chèque n'est pas au nom du bénéficiaire :

(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

**Cadre réservé à l'Association :**

Dossier A001-2019-

N° Bénéficiaire :

Dossier instruit par :
Montant proposé : ..... €
Signature :

Validation par :
Signature :