

## Demande d'Avance Remboursable



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.

Afin de bénéficier de ce dispositif de soutien :

-**Adhérez** à notre Association pour l'année en cours (possible sur [www.inseme.org](http://www.inseme.org))

-**Réservez** votre billet de transport, en mettant l'adresse [info@inseme.org](mailto:info@inseme.org) en copie de vos échanges, en envoyant par mail votre nom, date de naissance, trajet, dates, horaires, numéro de téléphone et numéro d'accréditation pour l'avion.

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

Pour la Méridionale : [inseme@lameridionale.fr](mailto:inseme@lameridionale.fr)

Pour Corsica Linea : [inseme@corsicalinea.com](mailto:inseme@corsicalinea.com)

-**Complétez** ce formulaire et envoyez-le par mail avec tous les justificatifs listés ci-dessous à l'adresse [info@inseme.org](mailto:info@inseme.org)

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone ..... e-mail: .....

- J'ai vérifié avoir une adhésion valide à l'Association INSEME pour l'année en cours, à défaut mon dossier ne pourra être traité.

Mode Transport :  avion  bateau

Ville de départ : ..... Destination : .....

Date Aller : ...../...../ ..... Date Retour : ...../...../ .....

N° de réservation : .....

N° accréditation Air Corsica : .....

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 la carte d'identité du patient **et** de l'accompagnant
- 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 :

...../...../.....

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

(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez nous contacter.*