



OSTÉOPATHIE CHIROPRAxie

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL

ASSURÉ(E)

N° CAFAT : _____ Mutuelle principale : _____ N° Adhérent(e) : _____

NOM : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____

Adresse : _____

BP : _____ Code postal : _____

Commune : _____

Sagit-il d'un accident ? OUI NON

Signature de l'assuré(e)

JUSTIFICATIF DE PAIEMENT À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL pour le remboursement mutuelle d'une séance d'ostéopathie - chiropraxie

Signature du professionnel attestant
l'exécution de la séance et le paiement

Soin concernant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de la séance : ____ / ____ / ____ Montant honoraires : _____

Dans le cadre de ce traitement, les mutuelles collectent des données à caractère personnel. L'adhérent est invité à consulter la notice d'information de sa mutuelle, qui lui donnera de plus amples informations relatives à la protection de ses données, aux traitements effectués et aux droits qu'il estime utile d'exercer, conformément à la réglementation en vigueur applicable au traitement des données à caractère personnel, et en particulier la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés à jour du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016.

Mutuelles relevant de la loi du pays n° 2013-4 du 7 juin 2013 portant statut de la mutualité en Nouvelle-Calédonie

MDF
BP N2 98851 NOUMEA CEDEX
Tél. 27 28 21

MDC
BP P2 98851 NOUMEA CEDEX
Tél. 41 08 00

MDN
BP 776 98845 NOUMEA CEDEX
Tél. 26 60 40

MPL
BP 8183 98807 NOUMEA CEDEX
Tél. 28 15 97



DOC - PAM - 048 V2

ASSURÉ(E)

N° CAFAT : _____ Mutuelle principale : _____ N° Adhérent(e) : _____

NOM : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____

Adresse : _____

BP : _____ Code postal : _____

Commune : _____

Sagit-il d'un accident ? OUI NON

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL



OSTÉOPATHIE CHIROPRAxie

Signature de l'assuré(e)

JUSTIFICATIF DE PAIEMENT À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL pour le remboursement mutuelle d'une séance d'ostéopathie - chiropraxie

Signature du professionnel attestant
l'exécution de la séance et le paiement

Soin concernant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de la séance : ____ / ____ / ____ Montant honoraires : _____

Dans le cadre de ce traitement, les mutuelles collectent des données à caractère personnel. L'adhérent est invité à consulter la notice d'information de sa mutuelle, qui lui donnera de plus amples informations relatives à la protection de ses données, aux traitements effectués et aux droits qu'il estime utile d'exercer, conformément à la réglementation en vigueur applicable au traitement des données à caractère personnel, et en particulier la loi modifiée n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés à jour du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016.

Mutuelles relevant de la loi du pays n° 2013-4 du 7 juin 2013 portant statut de la mutualité en Nouvelle-Calédonie

MDF
BP N2 98851 NOUMEA CEDEX
Tél. 27 28 21

MDC
BP P2 98851 NOUMEA CEDEX
Tél. 41 08 00

MDN
BP 776 98845 NOUMEA CEDEX
Tél. 26 60 40

MPL
BP 8183 98807 NOUMEA CEDEX
Tél. 28 15 97



DOC - PAM - 048 V2