

Dans le cadre de ce traitement, la mutuelle collecte des données à caractère personnel. L'adhérent est invité à consulter la notice d'information, 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.

N° CAFAT : _____ N ° MDF : _____ Né(e) le ____/____/_____
Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
BP : _____ Code postal : _____ Commune : _____

Signature de l'assuré(e) :

JUSTIFICATIF DE PAIEMENT A REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL
pour le remboursement MDF d'une consultation de _____

Concernant : Nom : _____ Prénom : _____
Montant des honoraires : _____ F.CFP
A _____, le ____/____/_____

Signature du professionnel
attestant l'exécution des
soins et le paiement

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

Adresse : 28 rue Olry – VALLEE DU GENIE – BP N2- 98851 NOUMEA CEDEX - NOUVELLE CALEDONIE
Téléphone siège social : 27 28 21 - Télécopie : 27 88 87 - Email : mdf@mdf.nc - Web : www.mdf.nc
BNC 14889 00001 08585901000 88 – Ridet n° 141 523 001



DOC – PAM – 084 V2

Dans le cadre de ce traitement, la mutuelle collecte des données à caractère personnel. L'adhérent est invité à consulter la notice d'information, 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.

N° CAFAT : _____ N ° MDF : _____ Né(e) le ____/____/_____
Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
BP : _____ Code postal : _____ Commune : _____

Signature de l'assuré(e) :

JUSTIFICATIF DE PAIEMENT A REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL
pour le remboursement MDF d'une consultation de _____

Concernant : Nom : _____ Prénom : _____
Montant des honoraires : _____ F.CFP
A _____, le ____/____/_____

Signature du professionnel
attestant l'exécution des
soins et le paiement

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

Adresse : 28 rue Olry – VALLEE DU GENIE – BP N2- 98851 NOUMEA CEDEX - NOUVELLE CALEDONIE
Téléphone siège social : 27 28 21 - Télécopie : 27 88 87 - Email : mdf@mdf.nc - Web : www.mdf.nc
BNC 14889 00001 08585901000 88 – Ridet n° 141 523 001



DOC – PAM – 084 V2