

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

JUSTIFICATIF DE PAIEMENT A REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL AGREE PAR LA MDF POUR UN REMBOURSEMENT

Concernant : Nom : _____ Prénom : _____

Date de la séance	Montant des honoraires

Date de la séance	Montant des honoraires

Montant récapitulatif des honoraires : _____

Nouméa, le ____/____/_____

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

Signature de l'assuré(e)

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.