

Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Cafat

N° CAFAT : _____ N° MDF : _____ Né(e) le : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

BP : _____ Code postal : _____

Commune : _____

Signature
de l'assuré(e)**JUSTIFICATIF DE PAIEMENT À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL**
*pour le remboursement MDF d'un examen orthopédique dento-facial**Soin concernant*

Nom : _____

Prénom : _____

Date de facturation : ____ / ____ / ____ Codif. (TO/ORT) : _____

Montant des honoraires : _____ F CFP

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

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.

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

Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Cafat

N° CAFAT : _____ N° MDF : _____ Né(e) le : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

BP : _____ Code postal : _____

Commune : _____

Signature
de l'assuré(e)**JUSTIFICATIF DE PAIEMENT À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL**
*pour le remboursement MDF d'un examen orthopédique dento-facial**Soin concernant*

Nom : _____

Prénom : _____

Date de facturation : ____ / ____ / ____ Codif. (TO/ORT) : _____

Montant des honoraires : _____ F CFP

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

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.

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