



# 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