

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.