

Numéro NCS : | | | | | | | | | | | | | | |

MUTUELLES

AIDE MÉDICALE

Principale

Complémentaire

Début de validité :

Fin de validité : _____

Nº :

NOM : Prénom : Date de naissance :

Appartement : Bâtiment :

Rue : Code Postal : Boîte Postale : Commune :

EMPLOYEUR (Nom et adresse) :

Activité salariée depuis plus de 1 mois ☐ Oui ☐ Non Si non, depuis quelle date ? :

Si vous êtes employé(e) dans l'administration indiquez le service :

Durée mensuelle d'activité : ☐ Temps complet ou mi-temps ☐ Moins du mi-temps

☐ Arrêt de travail ☐ Activité non salariée ☐ Sans emploi ☐ Pensionné(e) ou retraité(e)

☐ Autre cas, lequel :

S'agit-il d'un accident ? ☐ Oui ☐ Non Date : | | | | | Nom du tiers impliqué :

Si le malade n'est pas l'assuré, indiquez son N° NCS : | | | | | | | | | | | | | |

NOM : Prénom : Date de naissance :

Lien avec l'assuré : ☐ Conjoint ☐ Concubin(e) ☐ Enfant ☐ Autre : _____ Employeur : _____

Situation du malade à la date des soins : ☐ Salarié(e) ☐ Travaill.indépend. ☐ Fonctionnaire ☐ Retraité ☐ Scolaire ☐ Inactif

REGLMENT À M., Mme, Mlle (Nom et Prénom) : J'atteste, sur l'honneur, l'exactitude des

J'atteste, sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Signature de l'assuré(e) :

Joindre un R.I.B. lors de la première demande de remboursement ou en cas de changement de compte.

☐ Virement postal ou bancaire (banque) :

[illegible]

TOUTE FRAUDE OU TENTATIVE DE FRAUDE EST PASSIBLE DE POURSUITES PÉNALES

IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MÉDICAL(E)

Si les soins sont dispensés dans un établissement de soins, cachet de ce dernier.

Traitement
prescrit le :

Par le Docteur :

N° d'identification du prescripteur :

Nom et Prénom du malade :

A remplir par l'auxiliaire médical(e) selon les indications de l'intéressé(e).

N° ACP

PRESTATIONS DES ACTES PAR L'AUXILIAIRE.

PAIEMENT DES ACTES

[illegible]

TOTAL récapitulatif des soins :

Signature de l'Auxiliaire
attestant le paiement des actes :

