MFP MUTUALITE FONCTION PUBLIQUE

CNSD

Protocole MFP/CNSD

Note d'honoraires

A remplir IMPERATIVEMENT à la fin de chaque période de traitement pour ordonnancement du paiement

1 – BENEFICIAIRE DE LA PRESTATION (A remplir par l'adhérent)

Le patient est géré Sécurité sociale par la section locale : ❒ oui ❒ non

Nom et prénom de l'adhérent : .....

Nom et prénom du patient : .....

Numéro I.N.S.E.E. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|

2 – CHIRURGIEN DENTISTE

N° d'identification : .....

Chirurgien-dentiste (nom et prénom) : .....

Date du devis/note d'honoraires : .....

3 - TRAITEMENT

Période concernée : ☐ ème semestre du traitement actif.

☐ 1 ère année de Contention

Date du début de la période : |_|_|_|_|_|_|

Date de fin de la période : |_|_|_|_|_|_|

Prise en charge Sécurité sociale : ❒ oui ❒ non codification : TO 90 ❒ TO 45 ❒ TO 75 ❒

4 – HONORAIRES

HONORAIRES FACTURES

MONTANT

Participation Sécurité sociale

Participation mutualiste

Reste à charge de l'adhérent (e) (dans le cadre du protocole)

Délégation de paiement

À régler par le mutualiste

5 – EXECUTION

Je certifie que le traitement réalisé est conforme à celui proposé sur le devis/note d'honoraires. J'accepte la délégation de paiement dans les conditions de l'article 1275 et suivants du Code Civil.

Signature et cachet du chirurgien-dentiste

Je certifie sur l'honneur, être à ce jour adhérent de ma mutuelle et en possession de tous mes droits à ses prestations et je m'engage, en cas de démission, de radiation ou d'exclusion, à régler les honoraires au chirurgien dentiste.
J'autorise en droit le praticien à percevoir le montant de mes prestations.

Date

Signature de l'adhérent(e)

Exemplaire destiné à la Section locale mutualiste

SPECIMEN