Mutuelle Santé • Prévoyance

Mutame & PLUS

Engagés à vos côtés !

AUTORISATION DE PAIEMENT DES PRESTATIONS MUTUELLE

Je soussigné, ... **adhérent à MUTAME & PLUS**

Sous le numéro de Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | |

autorise la mutuelle à virer sur le compte bancaire de :

☐ **M.** ☐ **Mme** .....

(Cocher la mention utile)

Les remboursements de soins concernant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cette autorisation est valable pour une durée illimitée, sous réserve d'une annulation de ma part, qui peut intervenir à tout moment sur simple courrier.

Fait à : .....

Le : .....

SIGNATURE (OBLIGATOIRE)

MUTAME & PLUS ▪ CS 72208 ▪ 4, rue Emile Enault ▪ 50008 Saint-Lô Cedex
Tél : 02 33 05 29 20 ▪ Fax : 02 33 05 30 57 ▪ *E-mail : contact@mutame-plus.fr* ▪ ***www.mutame-plus.fr***

LA MUTUELLE DES AGENTS TERRITORIAUX ET MEMBRES EXTÉRIEURS
Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 780 915 898

ESS Solidaire Sociale Economie

Adhérente Mutualité Française