Santé • Prévoyance • Mutuelle Mutame & PLUS

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
Siège Social CS 72208 - 4, rue Emile Enault 50008 SAINT-LÔ Cedex ■ 02 33 05 29 20
Agence Normandie 19 bis, Place Saint Sauveur 14000 CAEN ■ 02 31 86 00 15
Agence Bourgogne-Franche-Comté 1, rue Strolz 90007 BELFORT Cedex ■ 03 84 46 64 90
Agence Centre-Val de Loire 1, rue du Faubourg Bannier 45057 ORLÉANS ■ 02 38 65 46 80
E-mail : contact@mutame-plus.fr **www.mutame-plus.fr**
Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité – SIREN 780 915 898

Adhérente MUTUALITÉ FRANÇAISE