Facture consultation d'ostéopathie

NOM DU PRATICIEN : .....
Prénom : .....

N°D'IDENTIFICATION :
|_O_|_S_|_|_|_|_|_|

NOM DE L'ADHÉRENT : .....
Prénom : .....

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

N° Sécurité Sociale (assuré) :
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

N° Sécurité Sociale (bénéficiaire) :
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Mutuelle d'appartenance : .....

PARTIE À REMPLIR PAR LE PRATICIEN EN OSTEOPATHIE

Montant des honoraires : .....

Date de l'acte : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Cachet et Signature du Praticien : Signature de l'adhérent :

FACTURE À ENVOYER À VOTRE SLI OU SRI
OU POUR LA LMDE, A VOTRE CENTRE DE REMBOURSEMENT

MODALITES PRATIQUES

Pour permettre le règlement de la prestation à l'adhérent mutualiste :
vous remplissez la facture ci-contre prévue dans le cadre du protocole et vous la remettez à notre adhérent revêtue de votre cachet et de votre signature.

Cette facture doit être envoyée par le patient à la section locale interministérielle (SLI) ou, en région parisienne, à la section régionale interministérielle (SRI) ou encore, pour les adhérents de la LMDE, à leur centre de remboursement.