

Avantages Partenamut - Justificatif médical FRAIS DE TRANSPORT

COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscule ou coller une vignette d'identification)

N° de registre national:

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE

Je soussigné(e) (nom, prénom): _____

certifie que l'affilié(e) dont les coordonnées sont reprises ci-dessus,

a nécessité, pour des raisons médicales, de l'aide dans ses déplacements, afin d'effectuer un examen/traitement médical.

Le ____ / ____ / ____ Destination _____

Le ____ / ____ / ____ Destination _____

Le ____ / ____ / ____ Destination _____

Le ____ / ____ / ____ Destination _____

Le ____ / ____ / ____ Destination _____

Date:

Cachet du prestataire

Signature du prestataire

Pour bénéficier de l'intervention, l'affilié(e) doit être en règle de cotisations aux avantages Partenamut

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2020.

