

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

N° d'affiliation:

Nom:

Prénom:

Rue:

Code Postal:

Localité:

apposer ici une vignette de la mutualité

A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE DE SOINS

Date de la prestation	Montant payé	Cachet et signature du prestataire
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	

ou

je joins la facture NIPT pour un montant de , €

L'intervention accordée s'élève au montant restant à charge avec un maximum de 150€

Pour y avoir droit, il faut être inscrit(e) et en règle de cotisations aux avantages Partenamut.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire valables à partir du 01/01/2021.

