

Facture consultation de chiropratique

NOM DU PRATICIEN :

Prénom :

N°D'IDENTIFICATION :

| C | H | | | | | | | | | |

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 CHIROPRA TIQUE

Montant des honoraires :

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

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

**FACTURE À ENVOYER À VOTRE AGENCE MFP SERVICES OU
POUR LA LMDE, À 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 son agence MFP Services ou encore, pour les adhérents de la LMDE, à leur centre de remboursement.