

BULLETIN D'ADHESION

**A LA PROCÉDURE DE TIERS PAYANT
PART MUTUELLE**

- Monsieur
 Madame
 Mademoiselle



.....

Profession :

Masseur Kinésithérapeute

Infirmier

Orthophoniste

Orthoptiste

Adresse :

.....

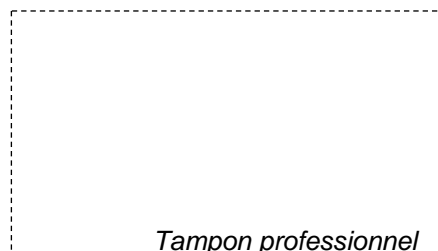
CP : Ville :

Téléphone : Fax :

Après avoir pris connaissance de la procédure conventionnelle mise en place au bénéfice de la profession, déclare y adhérer et s'engager à en respecter toutes les dispositions.

Merci de joindre un RIB ou RIP (paiements uniquement par virement) ainsi qu'une feuille de soins indiquant votre numéro professionnel.

Fait le,



Signature du praticien

Coupon à retourner à :

PREVADIES
Service Relations Partenaires Extérieurs
9-11 avenue du Rhin
54520 Laxou

Tél. : 03.83.93.42.74 Fax : 03.83.93.78.07 e-mail : conventionnement@prevadies.fr