

Formulaire de renseignements

Numéro identifi CPAM (1)

Numéro FINESS (2)

Raison sociale

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone

Fax

Adresse e-mail

Spécialité

Organisme concentrateur

Logiciel de télétransmission

Version du logiciel

CPAM de rattachement

Date de début d'activité

Personne à contacter pour la gestion du Tiers Payant

Nom

Prénom

Fonction

Téléphone

Fax

Adresse e-mail

(1) Numéro avec lequel vous envoyez vos informations vers le régime obligatoire (peut être identique à votre ADELI ou votre FINESS).

(2) Identifiant correspondant à votre numéro d'établissement.

Merci de nous retourner ce formulaire accompagné de votre RIB à l'adresse suivante :

Mut'Santé – TSA 92001 - 63024 Clermont Ferrand Cedex 2

Mut'Santé s'engage à respecter les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi que les prescriptions de la CNIL sur les traitements de l'information dans le domaine de la santé. Le droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel peut notamment être exercé auprès de Mut'santé – TSA 92001 - 63024 Clermont Ferrand Cedex 2.