

## Formulaire d'adhésion au dispositif

Numéro identifiant 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 ADEL ou votre FINESS).

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

J'ai pris connaissance du « protocole Mut'Santé » accessible sur la page « Professionnel de santé > Protocole » du site Internet mutsante.fr et j'accepte les modalités décrites dans ce document.

Cachet

Signature

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

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