

# Besoin de Tiers payant chez un professionnel de santé\*

La CCMO peut vous faire bénéficier de son service de **Tiers payant** chez les professionnels de santé. Vous êtes ainsi **dispensés de l'avance de frais**.

Ce service est très étendu puisque **45000 professionnels de santé** nous font déjà confiance. Cependant certains professionnels de santé que vous côtoyez ne travaillent peut-être pas encore avec la CCMO.

C'est pourquoi nous vous remercions de bien vouloir nous retourner **le questionnaire** ci-contre complété avec les coordonnées de ces professionnels de santé afin que nous prenions contact avec eux pour établir, le cas échéant, et s'ils en conviennent, les conventions de Tiers payant.

Enfin, un formulaire **«Besoin de Tiers payant chez un professionnel ? »** est à votre disposition sur votre espace adhérent du site **www.ccmo.fr** pour vous permettre à tout moment de nous communiquer les coordonnées d'un nouveau professionnel de santé.

Merci pour votre contribution à l'amélioration du service.

*\* Les professionnels de santé concernés sont : les pharmaciens, les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les opticiens, les auxiliaires médicaux (kinés, infirmiers, orthophonistes), les hôpitaux et cliniques privées, les ambulanciers et parfois les dentistes.*

*Siège social*  
17, place Jeanne Hachette  
BP 50993

60014 Beauvais Cedex

Tél. : 03 44 06 90 00

Fax : 03 44 06 90 01

Site : [www.ccmo.fr](http://www.ccmo.fr)

Courriel : [accueil@ccmo.fr](mailto:accueil@ccmo.fr)

Mutuelle soumise au Livre II

du Code de la Mutualité

N° 780508073

Documents à retourner à l'adresse suivante :  
CCMO Mutuelle - Service Professionnels de santé  
17, place Jeanne Hachette  
BP 50993  
60014 BEAUVAIS Cedex

# Ce questionnaire s'adresse à vous, ainsi qu'aux membres de votre famille.

➤ Dans quelle pharmacie avez-vous l'habitude de vous rendre ?

Nom  Tél.   
Adresse

➤ Quel est votre médecin radiologue ?

Nom  Tél.   
Adresse

➤ Dans quel centre optique ou chez quel opticien avez-vous l'habitude de vous rendre ?

Nom  Tél.   
Adresse

➤ Dans quel centre dentaire ou chez quel dentiste avez-vous l'habitude de vous rendre ?

Nom  Tél.   
Adresse

➤ Quel est votre laboratoire d'analyses médicales ?

Nom  Tél.   
Adresse

➤ Si vous avez été admis dans un centre hospitalier ou une clinique privée :

Nom  Tél.   
Adresse

➤ Vous consultez peut-être d'autres professionnels de santé  
(masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, infirmier, orthoptiste)

Nom  Tél.   
Adresse

Merci de votre collaboration

➤ Si vous souhaitez être personnellement informé du résultat de nos démarches :

Madame      Nom

Mademoiselle      Prénom

Monsieur      Adresse

                                 Courriel  @