

Besoin de Tiers Payant avec un professionnel de santé*

La **CCMO** peut vous faire bénéficier de son service de **Tiers Payant** avec les professionnels de santé. Vous êtes ainsi **dispensés de l'avance d'une partie des frais**.

Ce service est très étendu puisque **80000 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** au verso de ce document 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 avec 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
6, avenue du Beauvaisis
PAE du Haut-Villé
BP 50993
60014 Beauvais Cedex
Tél. : 03 44 06 90 00
Fax : 03 44 06 90 01
Site : www.ccmo.fr
Courriel : accueil@ccmo.fr
Mutuelle soumise au Livre II
du Code de la Mutualité
N° 780508073

Document à retourner à l'adresse suivante :
CCMO Mutuelle - Service Professionnels de santé
6, avenue du Beauvaisis
PAE du Haut-Villé
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	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		

➤ Quel est votre médecin radiologue ?

Nom	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		

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

Nom	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		

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

Nom	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		

➤ Quel est votre laboratoire d'analyses médicales ?

Nom	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		

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

Nom	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		

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

Nom	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		

Merci de votre collaboration

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

<input type="checkbox"/> Madame	Nom	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mademoiselle	Prénom	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Monsieur	Adresse	<input type="text"/>
	Courriel	<input type="text"/> @ <input type="text"/>