l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Côte-d'Or

PROCURATION

Ce document doit être complété obligatoirement.
Il permettra, le cas échéant, le paiement direct au tiers de l'aide éventuellement accordée.

Je soussigné(e), _____ , autorise la Caisse d'assurance maladie de Côte-d'Or, à verser le montant de l'aide financière demandée, sous réserve de l'accord de la Commission d'Action Sanitaire et Sociale, aux tiers désignés ci-dessous :

- Trésorerie de l'Hôpital de : _____
- Professionnel de santé (dentiste, médecin,…) : _____
- Fournisseur (opticien, prothésiste, podologue…) : _____
- Autres tiers (préciser) : _____

Fait à : _____ Le _____

Signature de l'assuré(e),

1159 Rpdf CLOE - 03/2024

Caisse primaire d'Assurance Maladie de la Côte-d'Or
CS 34548 - 21045 Dijon cedex
www.ameli.fr