

BULLETIN D'ADHESION

Nom de l'adhérent : Prénom Numéro

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :

Profession : Raison sociale :

Date d'effet : Option : Cotisation au trimestre / mois :

Secteur d'activité : artisan - libéral - commerçant - rural - service - salarié - fonctionnaire - retraité

Situation familiale : célibataire - marié(e)- remarié(e)- veuf (ve)- divorcé(e)- séparé(e)- union libre

N°CPS :

N°CPS de l'ayant droit :

Bénéficiez-vous d'un autre régime d'assurance :

1 - Adresse professionnelle :

2 - Adresse domicile :

3 - Boîte postale :

NB Cocher l'adresse courrier

Téléphone domicile : Travail GSM

Fax domicile : Fax Travail E Mail

Prélèvement : Titulaire du compte :

N° de compte :

Remboursement : Titulaire du compte :

N° de compte :

Toutefois, en cas de changement, sera crédité pour les remboursements le n° de compte indiqué sur la feuille de soins.

Membres de ma famille à garantir

Nom patronymique Nom marital & Prénom	Date & Lieu de naissance	Profession	Option / Cotisation au <input type="checkbox"/> trim / <input type="checkbox"/> mois	Date d'effet

Renseignements :

Avez-vous bénéficié d'une prise en charge à 100% par votre caisse primaire d'assurance maladie ?

Etes-vous suivi par un médecin traitant généraliste ? le Dr

Etes-vous suivi par un médecin traitant spécialiste ? le Dr

Date de votre dernier bilan de santé :

Avez-vous un traitement renouvelable ?

Avez-vous bénéficié d'arrêts de travail cette dernière année, durée totale :

Je déclare avoir pris connaissance du règlement de la MPLP qui est joint à cette demande d'adhésion et en accepter les dispositions. Je, soussigné, certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité aux questions ci-dessus.

Date et Signature précédées de la mention « Lu & Approuvé »

Pour la MPLP