Sephira
Télétransmission et Informatique Médicale

N° Id. Facturation: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(N° assurance maladie)

MANDAT DE CONVENTIONNEMENT TIERS PAYANT

Je soussigné,

Nom : _ Prénom : _

Adresse : _

Code postal : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Ville : _

Tél fixe : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Tél portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Email : _ N° ADELI/RPPS: _

Déclare souscrire au service IntellioAMC
Et donne mandat à SEPHIRA, désigné ci-après :

SEPHIRA – 12 rue Vincent Scotto – CS 51805 – 72018 LE MANS CEDEX 2
RCS Le Mans 423 293 158 – S.A.S au capital de 54 000 Euros

Dans le cadre de la délégation de la signature des conventions Tiers Payant, de mettre à disposition des organismes complémentaires partenaires, par tous moyens de sa convenance :

- ☑ mes informations civiles et administratives ainsi que mes informations bancaires figurant ci-dessous.

Je consens expressément à ce que l'ensemble de ces informations soient transmises aux organismes complémentaires partenaires dès souscription au service IntellioAMC et réception par SEPHIRA du présent mandat dûment régularisé par mes soins.

Je consens expressément à ce que ce mandat soit donné pour toute la durée de mon abonnement au service IntellioAMC et qu'il ne prenne fin qu'en cas de résiliation dudit service.

SEPHIRA sera considérée comme avoir accepté ce mandat et l'exécutera dans les formes susdites dès réception par SEPHIRA du présent mandat, à la condition préalable qu'il soit dûment régularisé par le Mandant.

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus sous peine de nullité, et m'engage à prévenir immédiatement SEPHIRA de tout changement de domicile, de coordonnées bancaires, ou tout autre évènement qui serait de nature à modifier le présent mandat.

Fait à , le
Le Mandant,
Signature précédée de la mention **manuscrite**
«Bon pour mandat et pour autorisation donnée à SEPHIRA»

RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

Joindre un RIB

RIB			
Code Etab	Code guichet	Numéro de compte à débiter	Clé
|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|

DOMICILIATION

IBAN						
|_|_|_|_|	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|	|_|_|_|

BIC
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

*Ce relevé est destiné **uniquement** aux organismes complémentaires pour effectuer le paiement au professionnel de santé de la part complémentaire des prestations facturées en procédure d'avance de frais et conformément à la convention Tiers payant établie entre le professionnel de santé et l'organisme complémentaire.*

TITULAIRE DU COMPTE

Nom : _____ *Prénom :* _____

Adresse : _____

Code postal : _____ *Ville* :