

Procuration

pour toutes mes relations avec le Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM)

Je soussigné(e)

N° de personnel / pension :

Adresse :
.....

Tel. :

E-mail :

Institution :

Bureau liquidateur :

Par la présente, donne procuration, en tant que de besoin, à la personne nommée ci-après, pour gérer en mon nom, lieu et place et conformément à mes intérêts et aux règles des Institutions, toutes mes relations avec mon bureau liquidateur RCAM.

Par cette procuration, valable à partir du, le mandataire est en droit d'effectuer les opérations suivantes :

- signer des documents et entretenir une correspondance administrative concernant des demandes de remboursement et d'autorisations médicales ;
- téléphoner au RCAM ;
- introduire des demandes de remboursement ou d'autorisations médicales auprès du RCAM en format papier ;
- poser des questions et introduire des demandes de corrections en Staff_Contact ;
- effectuer sans limitation toutes les démarches utiles à la sauvegarde de mes intérêts.

Copies de ma pièce d'identité, ainsi que celle du mandataire, sont jointes au présent document. Le mandataire communiquera avec les services des Institutions et a été mis au courant des règles et procédures en vigueur.

Je reste responsable des agissements de mon mandataire.

Le soussigné :

Cette procuration est **révocable à tout moment** en adressant une lettre à votre bureau liquidateur RCAM au PMO.

Procuration donnée à :

M/Mme :

Date de naissance :

Adresse :
.....

Tel :

E-mail :

Lien (rayer les mentions inutiles) :

— Parenté ;

— Ami membre AIACE :

— Ami:

Date : **Signature :**

Annexe(s) :