

**INSTITUT FRANÇAIS DE CHIRURGIE DE LA MAIN**

*Docteur Alain ISERIN*

5 Rue du Dôme

75116 PARIS

Tél. : 01.53.65.53.53 – Fax : 01.53.65.53.54

**DEMANDE D'INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE**  
**MUTUELLE**

Document à compléter et à adresser dès que possible par courrier à Melle Karine  
LEMAITRE, 5 rue du Dôme 75116 PARIS ou par fax au 01.53.65.53.54.

ECRIRE EN LETTRES CAPITALES

**NOM**

**PRENOM**

**Téléphone/portable**

**Date de l'intervention**

**Date d'entrée**

**Nature de l'intervention**

**N° Sécurité Sociale**

**N° Adhérent Mutuelle**

**Nom et adresse de votre Mutuelle**

**N° de téléphone de votre Mutuelle**

**N° de fax de votre Mutuelle**