



# Je paie en ligne



Vous avez reçu un courrier ou un courriel de la CNMSS vous notifiant une prestation indûment versée ou bien un appel à cotisations, et vous avez choisi de régler directement cette somme en vous rendant sur notre site internet.

À cet effet, je vous prie de bien vouloir saisir les informations nécessaires pour votre paiement.

NUMÉRO DE PROFESSIONNEL DE SANTÉ (OBLIGATOIRE)

---

CLÉ DU NUMÉRO DE PROFESSIONNEL DE SANTÉ (OBLIGATOIRE)

---

NOM OU RAISON SOCIALE (OBLIGATOIRE)

---

NUMÉRO D'AFFAIRE (OBLIGATOIRE)

[Où trouver mon numéro d'affaire ?](#)

---

MONTANT PAYÉ (EN EUROS) (OBLIGATOIRE)

Format : 00.00

---

ADRESSE E-MAIL (OBLIGATOIRE)

---

CONFIRMATION DE L'ADRESSE E-MAIL (OBLIGATOIRE)

---

VOTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

---

CHOIX DU MODE DE RÈGLEMENT (OBLIGATOIRE)

Sélectionner le type de carte



COMMENTAIRES

✓ ENREGISTRER

Les informations recueillies sont indispensables pour vous contacter et font l'objet d'un traitement automatisé.

Elles sont destinées à l'usage exclusif de la CNMSS mais pourront être conservées.

Conformément à la "loi informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition que vous pourrez exercer sans frais auprès de la CNMSS - Service Client - 247 avenue Jacques Cartier 83090 Toulon Cedex



Dernière mise à jour de l'article : 21/03/2019