

PRESCRIPTION DU MEDECIN POUR LES PRESTATIONS D'ECONOMIE FAMILIALE

A transmettre complété au :

A remplir par le médecin

Usager (Nom/prénom/adresse) :

 Date de naissance :
 Téléphone :

Médecin (Nom/prénom/adresse) :

 Téléphone :

Motif d'intervention :

☒ maladie ☐ accident ☐ maternité ☐ prévention

X	Type d'intervention	Commentaire
<input checked="" type="checkbox"/>	Travaux d'économie familiale	
<input type="checkbox"/>	Encadrement social et soutien	

Le mandat est valable à partir du 01.07.2010 Pour 6 ☐ jours ☐ semaine ☒ mois

Date : 30.07.2010

Sceau et signature du médecin :

N° de concordat :

Si vous êtes au bénéfice d'une assurance maladie complétée par une complémentaire familiale, veuillez vous informer auprès de votre caisse sur les modalités de remboursement.

A remplir par le Service d'aide et de soins à domicile pour le remboursement par la caisse-maladie

Début de l'intervention :

Sceau et signature du fournisseur de prestations :

Bulle, le :

N° de concordat :