

**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 assurance 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 : .....