

PRESCRIPTION DU MEDECIN POUR LES PRESTATIONS D'ECONOMIE FAMILIALE

A transmettre complété au :

A remplir par le médecin

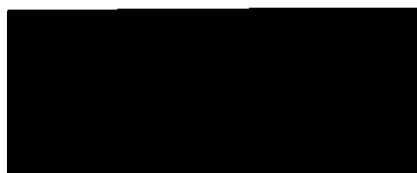
Usager (Nom/prénom/adresse) :

MONDEMO PATIENT 22/01/1956
Rue de la clinique 6
1763 Granges-Paccot 026 550 05 80

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	Pour commissions + ménage 1x/semaine
<input type="checkbox"/>	Encadrement social et soutien	

Le mandat est valable à partir du 2.2.10

Pour 2 ☐ jours ☐ semaine ☒ mois

Date : 2.2.2010

Sceau

N° de concordat :

Si vous êtes au bénéfice d'une assurance maladie complémentaire qui couvre l'économie 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 :

