

## 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 2.7.10

Pour 2 ☐ jours ☐ semaine ☒ mois

Date : 2.7.2010

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 :