



Aux médecins prescripteurs de  
prestations de soins à domicile

## **Service d'aide et de soins à domicile**

Téléphone  
Télécopie  
Courriel



Bulle, date du timbre postal

### **Evaluation des soins requis**

Chère Madame, Cher Monsieur,

Conformément à l'art. 8 OPAS, nous vous soumettons les formulaires d'évaluation des prestations dispensées par notre Service d'aide et de soins à domicile.

En cas d'accord, nous vous remercions de bien vouloir les signer et nous les retourner dans les meilleurs délais au moyen de l'enveloppe annexée.

Dans l'attente de votre prochain courrier, nous vous prions d'agréer, Chère Madame, Cher Monsieur, nos meilleures salutations.



Responsable du Service  
d'aide et de soins à domicile

**Annexes :** ment.

---