

Changement d'assureur-maladie

Assuré(e)

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naiss. : _____ Rue, No : _____

No d'assuré(e) : _____ NPA, Lieu : _____

Attestation des prestations fournies selon la LAMal

Franchise / Participation aux coûts

Franchise choisie : CHF _____

Franchise payée jusqu'à ce jour : CHF _____

Quote-part payée jusqu'à ce jour : CHF _____

Conseils nutritionnels / Conseils aux diabétiques

Date : _____

Nombre de séances : _____

Examen gynécologique de prévention

Date : _____

Physiothérapie

Date : _____

Nombre de séances : _____

Psychothérapie

Date : _____

Nombre d'heures : _____

Remarques :

Lieu et date

Timbre et signature de l'assureur
