Groupe Mutuel
Assurances
Versicherungen
Assicurazioni

REMED
Réseau de soins responsable
www.reseau-remed.ch

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5
1919 Martigny

Bon de délégation

Fax 058 / 758 49 86

prestations@groupemutuel.ch

En qualité de médecin de premiers recours (MPR) de

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M. ☐ Enfant

Prénom: Nom:

Date de naissance: N° d'assuré:

J'informe avoir délégué ce patient au Docteur:

☐ pour un avis spécialisé

☐ pour l'examen spécialisé suivant: _____

☐ pour traitement et investigation

☐ pour une intervention chirurgicale / hospitalisation

Cette délégation est valable pour une durée de mois.

Nom et prénom du MPR:

Date: Signature: