

Bon de délégation Caisse-maladie Agrisano SA Modèle médecin de famille AGRI-eco

Par la présente, j'adresse le (la) patient(e):

Prénom	Nom
Date de naissance	Lieu
Agrisano no. d'assuré	

au spécialiste suivant:

Prénom	Nom
Rue	Lieu

Remarques

Lieu et date

Timbre et signature du médecin de famille

Cette confirmation de transfert doit être signée **par le médecin de famille avant le début de traitement** auprès du spécialiste et immédiatement transmise par la personne assurée à la Caisse-maladie Agrisano SA.