

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: _____