

# Bon de délégation

**Fax 058 / 758 49 86**

[prestations@groupemutuel.ch](mailto: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: \_\_\_\_\_