

Bon de délégation de traitement

Réseau de soins Avenir Genève

➔ A envoyer **immédiatement par fax ou par courriel** au Groupe Mutuel, Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny en cas de décision d'orienter la personne soignée vers un autre médecin et à remettre en mains propres à cette personne.

Fax : 058 / 758 54 03

prestations@groupemutuel.ch

Je suis le médecin de premier recours de Mme Mlle M. Enfant

Nom

Prénom

N° postal / Localité

Date de naissance Police d'assurance n°

INDICATIONS DU MPR

Je vous informe que je l'ai adressé(e) au Dr.....

spécialiste en

pour une durée de traitement duau.....

Date : Timbre et signature :