



Participation aux frais de cures des patients muco (veuillez utiliser un formulaire par cure)

Patient(e) muco :

Prénom, nom :

Date de naissance :

Adresse (rue, NPA, localité) :

Coordonnées pour le versement de la participation aux frais de cure :

Etablissement bancaire :

Titulaire du compte :

Adresse (rue, NPA, localité) :

Numéro de compte (format IBAN) :

A remplir par le médecin traitant ou joindre un certificat médical

Je soussigné (e) :

confirme que le (la) patient(e) susmentionné(e) a effectué une cure

durant la période : du au

Nombre de jours au total à domicile à l'hôpital
(lieu à préciser)

Lieu et date :

Signature :

Nous vous remercions de bien vouloir nous faire parvenir ce formulaire dans les trois mois suivant la cure.