



SERVICE D'AIDE À DOMICILE

Attestation médicale

Cher(e) Adhérent(e),

Vous avez demandé à bénéficier d'une prise en charge au titre du service d'aide à domicile.

Nous vous invitons à faire remplir ce document par votre médecin. En fonction des données précisées par votre médecin, nous déterminerons si la prise en charge peut vous être accordée.

Nous prions d'agréer, Cher(e) Adhérent(e), nos sincères salutations.

Afin d'apprécier au mieux la situation, nous vous remercions de renseigner les informations qui suivent de la manière la plus complète possible.

BÉNÉFICIAIRE DE LA PRESTATION

NOM - Prénom

Adresse

N° téléphone

N° d'adhérent MGEN

N° dossier

Date de naissance

A remplir par le médecin

ATTRIBUTION DE LA PRESTATION SERVICE D'AIDE A DOMICILE

L'adhérent rencontre des difficultés de santé temporaires qui nécessitent l'assistance d'une tierce personne pour effectuer des tâches ménagères à son domicile ?

oui

non

Document établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à, le

Cachet du médecin

Signature du déclarant