

Confirmation de transfert / modèle médecin de famille AGRI-eco

Par la présente, j'adresse le(la) patient(e):

Prénom:	Nom:
Date de naissance:	Lieu:

Agrisano no. d'assuré:

Au spécialiste suivant:

Prénom:	Nom:
Rue:	Lieu:

Remarque:

Timbre et signature du médecin de famille

Date: _____

Cette confirmation de transfert doit être signée **par le médecin de famille avant le début du traitement** auprès du spécialiste et immédiatement transmise par la personne assurée à la caisse maladie Agrisano.