A faire compléter par votre médecin traitant et à retourner à Mgéfi accompagnée de la facture acquittée et détaillée

Demande de remboursement « Activité physique adaptée »

Je reconnais avoir prescrit en date du _ _ / _ _ / _ _ _ une activité physique et/ou sportive adaptée dans le cadre des articles L.1172-1 et D.1172-1 et s. du code de la santé publique, à l'attention de (Nom et Prénom du patient) :

Nom (Mme, M.) : .....

Prénom(s) : .....

N° du Sécurité sociale : .....

Pour la période du : _ _ / _ _ / _ _ _ _ au _ _ / _ _ / _ _ _ _.

Fait à : ..... le : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Signature : Cachet professionnel :