

Demande de remboursement « Activité physique adaptée »

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

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 :