



HOPITAL LIBERTE

INTERVENTION TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Attestation à compléter par le Médecin responsable du service spécialisé et à adresser avec la facture d'hospitalisation à la mutualité pour bénéficier du remboursement dans le cadre des services complémentaires.

COLLEZ VOTRE VIGNETTE BLEUE ICI

Je soussigné, Dr,
responsable du service

Atteste que votre membre

.....

Est soigné dans notre service pour TCA nécessitant une hospitalisation de longue durée.

Date et lieu de signature (suivi du tampon du Médecin)