Demande de remboursement
« Activité physique adaptée »
à faire compléter par votre médecin traitant et à retourner à Harmonie Mutuelle 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 : _

N° du Régime obligatoire : _

Pour la période du : ___ / ___/ _____ au ___ / ___/ _____

Date : ___ / ___/ _____

Signature :

Cachet professionnel :

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.