



L'essentiel & plus encore

ATTESTATION A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN GENERALISTE

Je soussigné(e), Docteur.....

souhaite que mon patient M.....

date de naissance :

demeurant

bénéficie du Nutri Déclic proposé par la MSA Berry-Touraine.

Trois consultations chez un(e) diététicien(ne) seront prises en charge à hauteur de 40 euros la séance.

Fait à....., le

Signature et cachet du médecin

A renvoyer :

- par mail à : instantsante@berry-touraine.msa.fr

ou

- par courrier à : MSA Berry-Touraine
Instants Santé
CS 72301
41023 BLOIS Cedex