

**Aux assurances concernées**

**Assuré :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

.....

.....

.....

**CONFIRMATION DE LA CAISSE MALADIE**

Nous, la caisse maladie soussignée, confirmons par la présente

pas de prise en charge

une prise en charge totale de CHF .....

de la facture ci-jointe/des factures ci-jointes

d'un montant total de CHF .....

Lieu et date:

Signature/Tampon :