

# Confirmation de la limitation dans l'accomplissement des tâches ménagères

Afin que nous puissions examiner notre participation aux coûts pour l'aide de ménage, nous avons besoin de la confirmation de votre médecin. Pour ce faire, merci de faire remplir ce formulaire par votre médecin et de nous le renvoyer.

## Personne assurée

Nom

Prénom

Numéro de client

## Motif du traitement

Accident

Maladie

Maternité

Invalidité

## Activité

Salarié(e)

Indépendant(e)

Femme/homme au foyer

Bénéficiaire d'une rente

## Limitation

Du	Au	Quel pourcentage?
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%

**Important:** il est impératif d'indiquer la durée et le pourcentage de la limitation pour que nous puissions vérifier notre obligation de verser des prestations.

Lieu

Date

Signature du médecin

Cachet du médecin

A envoyer à:  
CSS, Leistungsprüfung, Case postale 2568, 6002 Lucerne