

ATTESTATION A FAIRE COMPLETER PAR VOTRE MEDECIN GENERALISTE

Je soussigné-e, Dr

souhaite que mon patient

ayant ses droits santé à la MSA Loire-Atlantique - Vendée.

Numéro de sécurité Sociale :

Date de naissance :

demeurant

bénéficie du Parcours Nutrition Santé (Nutri Déclic) proposé par la MSA Loire-Atlantique - Vendée.

Trois consultations chez un-e diététicien-ne seront prises en charge à hauteur de :

- 60 euros la 1 ère séance
- 45 euros les 2ème et 3 ème séances

Fait à.....,

Signature et cachet du médecin

le

A renvoyer par mail à : prevention_sante.blf@msa44-85.msa.fr

ou par courrier à :
MSA Loire-Atlantique - Vendée
Pôle Prévention Santé
2 impasse de l'Espéranto
Saint Herblain
44957 NANTES Cedex 9

Les 4 étapes Nutri Déclic

