



carte
d'affilié-e



Nom, Prénom: _____

Police d'assurance: _____

Médecin traitant: _____

Maladie



**Médecin
traitant Delta**



**Médecin
spécialiste**



 **RESEAU
DELTA**
LA SANTE INTELLIGENTE

**Bon de délégation électronique via
Delta-data. (excepté pour
l'ophtalmologie, la gynécologie)**