

DEMANDE D'ACCORD DU MEDECIN-CONSEIL POUR TAUX REDUITS DES INTERVENTIONS PERSONNELLES DU BENEFICIAIRE

Monsieur le Médecin-Conseil

Mutuelle _____

Honoré Confrère,

Suite à l'article 7 de l'A.R. du 23.03.82, modifié par l'A.R. du 02.01.91, auriez-vous l'obligeance d'accorder une réduction de l'intervention personnelle pour les prestations de kinésithérapie et le statut de pathologie lourde au bénéficiaire suivant :

(Compléter ou apposer une vignette)

Patient(e) : _____

N° O.A. : _____

Adresse : _____

Diagnostic : _____

Rapport médical circonstancié : _____

Bilan fonctionnel : _____

Traitement de kinésithérapie : _____

Pourriez-vous marquer votre accord à partir du _____
et envoyer votre décision au kinésithérapeute.

En vous remerciant de votre bonne obligeance, je vous prie de croire, honoré Confrère, en l'expression de mes sincères salutations.

Cachet du kinésithérapeute :

Cachet, date et signature du médecin :