

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

Monsieur le Médecin-Conseil

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 :

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 :