

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE PROLONGATION POUR TAUX
REDUITS DES INTERVENTIONS PERSONNELLES DU BÉNÉFICIAIRE**

Concerne: justification médicale pour les bénéficiaires souffrant d'une pathologie visée sous l'article 7,3° alinéa, lettre c, de l'A.R. du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, modifié par l'A.R. du 2 janvier 1991 (M.B. du 12.01.91).

Aqua
Corpus

Monsieur le Médecin-Conseil de la Mutuelle:

Titulaire (à compléter où apposer la vignette O.A.)

Nom - Prénom:

Organisme Assureur:

Numéro d'inscription:

Vignette O.A.

Patient: Nom - Prénom:
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant

Domicilié à :

Diagnostic:

Antécédents:

Bilan Fonctionnel:

Conclusion:

- 0 - La kinésithérapie est essentielle afin de diminuer le handicap socio-professionnel.
- 0 - La kinésithérapie est essentielle afin de retarder l'évolution négative du handicap ou de conserver le résultat de revalidation atteint.
- 0 - La pathologie a un caractère majeur d'invalidité socio-professionnelle suite à sa complexité, son caractère et ses implications.

Proposition de traitement de kinésithérapie:

Nombre de séances prévues par année:

Fréquence: x par semaine, 1 - 2 x par jour

Date et signature du médecin

Cachet du Médecin