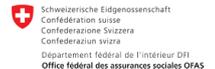


# Demande de prise en charge des coûts pour un traitement de longue durée



## Données personnelles

Prénom, Nom

Rue

NPA/Lieu

Date naisc.  Sexe

N° AVS , Tél.

Date

## Assureur

Nom

Rue

NPA/Lieu

GLN

Loi / N° assur.

N° cas / Date

## Traitement physiothérapeutique

- Traitement physiothérapeutique     Traitement dans un bassin de marche/une piscine    **Supplément:**  Traitement à domicile
- Thérapie médicale d'entraînement     Examen du logement/poste de travail (juste AA/AM/AI)     Traitement le dimanche/j. fériés
- Hippothérapie     Robotique (juste AA/AM/AI)     Confection d'atelle

Ordonnance:  traitement de longue durée (à partir de 37 séances)

**Veillez tenir compte des entrées nécessaires sur la page 2!**

## Diagnostics/constats pertinents pour traitem.

## Motif / but du traitement

## Limites, mesures de précaution, contre-indications, schéma thérapeutique, remarques

La 1er séance doit avoir lieu dans les 5 semaines suivant la délivrance de l'ordonnance, faute de quoi celle-ci perd sa validité.

## Médecin

Mail

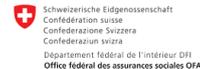
GLN  RCC

## Physiothérapeute

Mail

GLN  Tél.

# Demande de prise en charge des coûts pour un traitement de longue durée



## Évaluation médicale

### Recommandations pour la thérapie (à remplir par le médecin prescripteur)

Durée (nombre de semaines):

Fréquence:

### Recommandation

--	--

## Évaluation physiothérapeutique

### Recommandations pour la thérapie (à remplir par le physiothérapeute traitant)

Durée (nombre de semaines):

Durée par séance(minutes):

Fréquence:

### But du traitement

### Mesures thérapeutiques

--	--