REEDUCATION FONCTIONNELLE

ETAT DE FRAIS DE DEPLACEMENT EN VOITURETTE, PAR MOYEN DE TRANSPORT INDIVIDUEL ADAPTE AU HANDICAP DURANT LE MOIS DE 200.

IDENTIFICATION DU PATIENT

RESERVE POUR L'APPOSITION DE LA VIGNETTE DELIVREE PAR L'ORGANISME ASSUREUR

Nom - Prénom :
Résidence effective : - Rue et numéro :
- Code postal et commune :
Date de naissance :
Numéro personnel d'inscription à l'organisme assureur :

DONNEES RELATIVES AUX PRESTATIONS DE REEDUCATION FONCTIONNELLE AUTORISEES

Centre de rééducation fonctionnelle : ..... (identification du centre de rééducation fonctionnelle, adresse comprise)

Date et références de l'accord obtenu de l'organisme assureur :
Contenu de l'accord : - prestations :

- fréquence des prestations : /semaine
/mois

| A REMPLIR PAR LE CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE | | A REMPLIR PAR LE BENEFICIAIRE OU SON REPRESENTANT LEGAL | |
|---|---|---|---|
| Date de la prestation effectuée | Pseudo-numéro de code de la prestation effectuée | Km réellement parcourus à l'aller et/ou au retour [1] | RESERVE A L'O.A. : montant de l'intervention |
| | | | |
| MONTANT DE L'INTERVENTION FIXE PAR LE COMITE DE L'ASSURANCE DU SERVICE DES SOINS DE SANTE: par Km : …… EUR | | MONTANT TOTAL DE L'INTERVENTION | |

J'affirme sur l'honneur que les prestations mentionnées ont été dispensées aux dates communiquées, au centre de rééducation fonctionnelle indiqué.

Date, identification, et signature du responsable du centre de rééducation fonctionnelle.

Je soussigné,
affirme sur l'honneur par la présente que les données susvisées sont exactes et complètes.
Je déclare sur l'honneur, lors de chaque trajet, être transporté(e), **dans ma voiturette** dans mon véhicule personnel qui a été adapté au transport par voiturette.
Date et signature du bénéficiaire :

[1] Indiquer chaque fois ce qui est d'application