



**DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE
POUR KINESITHERAPIE ET ORTHOPTIE
(AU-DELA DE 10 SEANCES)**

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E) :	
Nom et prénom	
Date de naissance	
Référence client	

ACTES DEVANT ETRE DISPENSES :	
Code de l'acte ou lettre-clé et son coefficient	
Nombre total de séances	
Date de la prescription médicale	
Acte nécessitant d'être réalisé à domicile	OUI ☐ NON ☐
Acte urgent	OUI ☐ NON ☐

MOTIF DES SOINS :	
Maladie ☐ Nature de l'affection Date de première constatation médicale Acte en rapport avec une ALD	 / / OUI ☐ NON ☐
Maternité ☐ Date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement	 / /
Accident du travail ou maladie professionnelle ☐ Date	 / /

<i>Signature et tampon du praticien</i>

Joindre obligatoirement l'ordonnance médicale
--