

Adresse du patient.....

.....

.....

Numéro d'assuré :.....

Adresse caisse-maladie.....

.....

.....

.....

Lieu....., le.....

Prise en charge des frais de physiothérapie

Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous prie de me confirmer le remboursement de la physiothérapie prescrite par mon médecin. Une copie de l'ordonnance, datée du, est jointe à ma demande.

En attendant de vos nouvelles, veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Signature.....