

I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2009/69 du 18 février 2009

329/33

En vigueur à partir du 1 novembre 2007

Nomenclature des prestations de santé : articles 22 et 23
Physiothérapie : Prestations 558014-558025, 558810-558821 et 558832-558843
Adaptation du formulaire standard de notification de rééducation fonctionnelle
multidisciplinaire (article 23, § 4, de l'AR du 14 septembre 1984)
Modification de la circulaire OA n° 2005/7 (329/32) du 19 janvier 2005

Suite à la publication de l'arrêté royal du 14 septembre 2007 (M.B. 08.10.2007) relatif à la physiothérapie, la prestation 558014-558025 a été ajoutée à l'article 22 de la nomenclature, avec le même libellé que les prestations 558841-558821 et 558832-558843.

Le formulaire standard de notification visé à l'article 23, § 4, de la nomenclature des prestations de santé est adapté pour y mentionner la nouvelle prestation.

Ledit formulaire dans sa version actualisée est repris en annexe.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

Annexes :

[Formulaire standard de notification de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire](#)

FORMULAIRE STANDARD DE NOTIFICATION DE REEDUCATION
FONCTIONNELLE MULTIDISCIPLINAIRE

(Art. 23 de l'A.R. du 14 septembre 1984)

A envoyer au médecin-conseil de l'organisme assureur

Identification du bénéficiaire :

NOM :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :

N° de mutuelle :

558810-558821

Code des prestations du programme de revalidation : (à cocher)

558014-558025

558810-558821

558832-558843

Date de début du traitement :

N° de code de l'affection (voir liste limitative §11) :

<u>Identification du médecin prestataire</u> *S'il est médecin spécialiste réadaptateur avec un agrément dans sa spécialité mais <u>non</u> médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation	<u>Identification du coordinateur</u> (obligatoire) Médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation
---	--

NOM : Prénom :	NOM : Prénom :
-----------------------	-----------------------

N° INAMI :	N° INAMI
------------	----------

Cachet :	Cachet :
----------	----------

Date et signature :

Date et signature :