

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION
DANS LE COUT DE PRESTATIONS DE REEDUCATION FONCTIONNELLE
ET DANS LES FRAIS DE DEPLACEMENT QUI S'Y RAPPORTENT**

A adresser au médecin-conseil de l'organisme assureur.

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Nom - Prénom :

Rue et n° :

Code postal et commune :

Date de naissance :/...../.....

Réservé à la vignette délivrée par l'organisme assureur

1. La demande concerne

1.1. l'intervention de l'assurance dans le coût de prestations de rééducation fonctionnelle :

- 1.1.1. par un établissement conventionné : les points 2 et 3 du présent formulaire doivent être complétés.
- 1.1.2. par un orthoptiste : les points 2 et 4 du présent formulaire doivent être complétés.
- 1.1.3. pour un appareillage : le point 5 doit être complété.
- 1.1.4. pour des patients cardiaques : le point 6 doit être complété.

1.2. l'intervention de l'assurance dans les frais de déplacement du bénéficiaire qui se rapportent aux prestations visées au point 1.1.1. ci-dessus :

- 1.2.1. se reporter au point 7 (**ne concerne que** les déplacements du bénéficiaire dans un véhicule adapté à son transport dans sa voiturette d'invalidé, effectués en direction et en provenance de l'établissement de rééducation fonctionnelle, dans le cadre des prestations visées au point 1.1.1. ci-dessus.)

2. Rééducation fonctionnelle dans un établissement conventionné / par un orthoptiste / rééducation cardiaque¹ :

- Il s'agit : d'une première demande.
 d'une demande de prolongation.

- La période demandée débute le/...../.....

3. Rééducation fonctionnelle dans un établissement conventionné :

- Nom de l'établissement :
- Adresse :

- Numéro d'agrément I.N.A.M.I. de l'établissement :

- A joindre obligatoirement au présent formulaire de demande : un rapport médical de l'établissement démontrant que le bénéficiaire répond aux conditions de la convention.

4. Rééducation fonctionnelle par un orthoptiste :

- Nom de l'orthoptiste :
- Adresse :

- Numéro d'agrément I.N.A.M.I. de l'orthoptiste :

- A joindre obligatoirement au présent formulaire de demande : la prescription médicale avec mention de la nature des troubles et de la déficience visuelle, des objectifs poursuivis, du type, du nombre et de la fréquence des séances demandées.

¹ Biffer les mentions inutiles

5. Appareillage :

- 5.1. Appareil à parler pour personne ayant subi une laryngectomie.
- 5.2. Prothèse externe en cas de mutilation faciale.
- 5.3. Aide optique pour malvoyance.
- 5.4. Matériel pour le traitement à domicile des hémochromatoses majeures.

A joindre obligatoirement au présent formulaire : la prescription médicale de l'appareillage demandé par le médecin (nom et numéro d'identification I.N.A.M.I. du médecin) :

6. Prestations de rééducation pour des patients cardiaques :

- Nom du Service de rééducation cardiaque :
- Adresse :

- Numéro d'agrément I.N.A.M.I. du service :

- A joindre obligatoirement au présent formulaire de demande :
 - a) la prescription médicale de la rééducation avec mention de la date du début de la rééducation, de la période prévue, du type de séances et de la fréquence des séances;
 - b) une copie de l'évaluation rééducationnelle pluridisciplinaire.

Le Collège des médecins-directeurs peut déterminer le modèle de ces documents.

7. Demande d'intervention dans les frais de déplacement du bénéficiaire :

Ne concerne que les déplacements du bénéficiaire prévus par l'A.M. du 14.12.1995 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de déplacement exposés dans le cadre de la rééducation fonctionnelle (MB du 30.12.1995).

A joindre obligatoirement au présent formulaire : un certificat médical motivé démontrant que le bénéficiaire ne peut effectuer les déplacements en direction et en provenance de l'établissement en raison de la nature et de la gravité de sa pathologie que dans sa voiturette d'invalidé.

Date et signature du bénéficiaire ou de son mandataire

Réservé au Médecin-conseil	Réservé au Collège des médecins-directeurs
Date de réception de la présente demande par le médecin-conseil :	
Décision : <input type="checkbox"/> favorable. <input type="checkbox"/> autre :	Décision : <input type="checkbox"/> favorable. <input type="checkbox"/> autre :
Avis à l'intention du Collège des médecins-directeurs : <input type="checkbox"/> favorable. <input type="checkbox"/> autre :	

