



## 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 no :

Code postal et commune :

Date de naissance (JJ/MM/YYYY) :

**Vignette délivrée par l'organisme assureur**

### 1. Demande d'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de revalidation fonctionnelle

Il s'agit :

d'une première demande.

d'une demande de prolongation.

- La période demandée débute le (JJ/MM/YYYY) : .. / .. / .....

- Nom de l'établissement :

- Adresse :

- Numéro d'agrément INAMI de l'établissement :

- Numéro AVIQ 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.

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

Ne concerne que les déplacements du bénéficiaire prévus par l'arrêté ministériel 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

Date de réception de la présente demande par le médecin-conseil :

Décision :

favorable.

Défavorable

### Annexe(s) :

- o **Le rapport médical**
- o **Le certificat médical motivé si il y a demande de remboursement des frais de déplacement**