Te richten aan de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.



1. **Gegevens patiënt**

Naam en voornaam:

INSZ:

Adres:

Postcode en gemeente:

1. **Gegevens verwijzende arts[[1]](#footnote-1)**

Naam + RIZIV-nummer:

Telefoonnummer en/of e-mailadres:

Adres:

 Postcode en gemeente**:**

1. **Initiatiefnemer aanvrager** *(gelieve aan te kruisen)*

[ ] Ikzelf als voorschrijvende arts

[ ]  Ikzelf op voorstel van andere arts

Naam

Adres

[ ]  Ikzelf op vraag van de patiënt

1. **Medische problematiek**

Actuele medische diagnose / problematiek:

Relevante voorgeschiedenis:

 Beschrijving van de letsels of functionele stoornissen die de revalidatie noodzakelijk maken:

 Eerdere behandelingen en resultaten:

 Bijgevoegde medische verslagen:

1. **Gevraagde zorgen**
	1. **Naam van programma**:
	2. **Verantwoordelijke buitenlandse arts:**

 Naam:

 Referentie i.v.m. expertise (zo uitgebreid mogelijk)

* 1. **Naam en adres van de instelling waar de revalidatie wordt verleend:**

Naam:

Adres:

Land:

Telefoonnummer:

Website:

* 1. **Modaliteiten revalidatie**(*gelieve aan te kruisen*)

[ ]  opname in het ziekenhuis waar de revalidatie wordt verleend (met overnachting)

[ ]  opname in een revalidatiecentrum buiten een ziekenhuis (met overnachting)
[ ]  overnachting buiten het ziekenhuis of revalidatiecentrum (= ambulante revalidatie)

* 1. **Voorgeschreven revalidatieprogramma en prestaties**
		1. Globale omschrijving:

* + 1. Hoofdcomponenten van het programma:

* + 1. Betrokken disciplines:

* + 1. Gevraagde periode: van       tot
		2. Frequentie (dagelijks? Wekelijks?, aantal uren per dag?....):

* + 1. Te behalen doelstelling via revalidatie (zo volledig mogelijk):

* 1. **Vergelijking met in België beschikbare revalidatieprogramma’s (kiezen aub)**

[ ]  Er bestaat in België een vergelijkbaar revalidatieprogramma.

Revalidatieovereenkomst (7xx.xxx.xxx) of (9xx.xxx.xxx)?:[[2]](#footnote-2)

(Ga verder onder 5.7.1)

[ ]  Er bestaat in België geen vergelijkbaar revalidatieprogramma

(Ga verder onder 5.7.2)

* 1. **Argumentatie voor revalidatie in het buitenland**
		1. Er is een gelijkaardig revalidatieprogramma in België zoals bedoeld in deze aanvraag

 Motiveer waarom revalidatie in België niet mogelijk is:

* + Inhoudelijke redenen:

* + Medisch- technische beschikbaarheid:

* + 1. Er is geen gelijkaardig revalidatieprogramma in België

Motiveer in welk opzicht revalidatieprogramma’s in België verschillen van het gevraagde programma:

* + Doelgroep:

* + Inhoud programma:

Motiveer waarom in België voorhanden zijnde revalidatieprogramma’s niet kunnen worden toegepast:

* + Medisch- technische beschikbaarheid:

* + Specifieke situatie van de patiënt:

1. **Andere geraadpleegde artsen in België uit hetzelfde vakgebied**

Andere geraadpleegde artsen in België uit hetzelfde vakgebied als dat naar hetwelke de verzekerde wordt verwezen in het buitenland en hun schriftelijk advies *(zo uitgebreid mogelijk, ook e-mail mogelijk indien verzekerde anoniem blijft).*

*NB: de adviserend arts van het ziekenfonds kan hierom verzoeken alvorens een beslissing te nemen.*

* Naam + advies:
* Naam + advies:
* Naam + advies:

Datum:

Handtekening:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| De adviserend arts VI[[3]](#footnote-3) | Advies medische directie VI | College van artsen-directeurs |
| Advies over:1. Het voorgeschreven programma betreft revalidatie?[[4]](#footnote-4)

[ ]  Ja[ ]  Neen1. Als revalidatie valt het binnen het Belgische verzekeringspakket?[[5]](#footnote-5)

[ ]  Ja[ ]  Neen1. Programma (7xx.xxx.xxx) of (9xx.xxx.xxx)?[[6]](#footnote-6):

     1. Opmerkingen en motivatie[[7]](#footnote-7)

      | Advies over:1. Het voorgeschreven programma betreft revalidatie?

[ ]  Ja[ ]  Neen1. Als revalidatie valt het binnen het Belgische verzekeringspakket?

[ ]  Ja[ ]  Neen1. Programma (7xx.xxx.xxx) of(9xx.xxx.xxx)?:

     1. Opmerkingen en motivatie

      | Beslissing over :1. Het voorgeschreven programma betreft revalidatie?[ ]  Ja[ ]  Neen1. Als revalidatie valt het binnen het Belgische verzekeringspakket?

[ ]  Ja[ ]  Neen1. Programma (7xx.xxx.xxx) of(9xx.xxx.xxx)?:

     1. Opmerkingen en motivatie

      |
| Datum      Identificatie en handtekening      | Datum      Identificatie en handtekening      | Datum      Identificatie en handtekening       |

**Lijst adviserend artsen**

Als u bent aangesloten bij CM 120 en u woont in de:

* Provincie Antwerpen, gelieve dan de aanvraag te richten tot
CM, t.a.v. adviserend arts, Korte Begijnenstraat 22, 2300 Turnhout
* Provincie Vlaams-Brabant of Brussel, gelieve dan de aanvraag te richten tot
CM, t.a.v. adviserend arts, Platte-Lostraat 541, 3010 Kessel-Lo
* Provincie Limburg, gelieve dan de aanvraag te richten tot
CM, t.a.v. adviserend arts, Herkenrodesingel 101, 3500 Hasselt
* Provincie Oost-Vlaanderen, gelieve dan de aanvraag te richten tot
CM, t.a.v. adviserend arts, Martelaarslaan 17, 9000 Gent
* Provincie West-Vlaanderen, gelieve dan de aanvraag te richten tot
CM, t.a.v. adviserend arts, Beneluxpark 22, 8500 Kortrijk

Si vous êtes affilié(e) à la Mutualité chrétienne 134, veuillez faire compléter le formulaire de demande et l’envoyer en fonction du pays concerné à l’attention du médecin-conseil de la Mutualité Chrétienne :

* Allemagne et Pays-Bas, Rue Lucien Defays 77, 4800 Verviers
* France, Rue Saint Brice 44, 7500 Tournai
* Grand-Duché de Luxembourg, Rue de la Moselle 7-9, 6700 Arlon
* Autre pays : une des trois adresses ci-dessus

Für deutschsprachige Mitglieder der Christlichen Krankenkasse:

Bitte füllen Sie den Antrag auf Vorab-Genehmigung von Gesundheitsleistungen im Ausland aus, und senden ihn an den zuständigen Vertrauensarzt der Christlichen Krankenkasse,
Rue Lucien Defays 77, 4800 Verviers.

Depending on where you are affiliated, please choose the right option: either the CM addresses or those of MC.

1. Geen autoprescriptie toegestaan: de verwijzende arts kan niet dezelfde als de behandelende arts zijn. [↑](#footnote-ref-1)
2. Gelieve het hiermee overeenstemmende aanvraagformulier bij te voegen om te kunnen nakijken of betrokkene aan de voorwaarden voldoet. [↑](#footnote-ref-2)
3. Nazicht van eventueel bijgevoegd aanvraagformulier in combinatie met de historiek inzake tussenkomsten voor revalidatie. Historiek bij te voegen bij verzending naar Medische Directie en College van Artsen Directeurs. [↑](#footnote-ref-3)
4. Heeft de aanvraag betrekking op Revalidatie (gecoördineerde en gerichte multidisciplinaire zorg)? [↑](#footnote-ref-4)
5. Valt het als Revalidatie binnen het pakket van de Belgische verplichte ziekteverzekering? [↑](#footnote-ref-5)
6. Kijk na of het door de verwijzer opgegeven programma correct is; vul eventueel aan. [↑](#footnote-ref-6)
7. Toetsing of betrokkene in aanmerking komt voor tussenkomst (voldaan aan voorwaarden voor inclusie, nog dotatie beschikbaar), met motivatie. [↑](#footnote-ref-7)