*À adresser au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire*

Afbeelding met kam, typografie

Automatisch gegenereerde beschrijving

1. **Données du patient**

Nom et prénom :

NISS :

Adresse :

Code postale et commune :

1. **Données du médecin référant[[1]](#footnote-1)**

Nom + n° INAMI :

Numéro de tél OU adresse e-mail :

Adresse :

Code postale et commune :

1. **Preneur d'initiative de la demande** *(cocher svp) :*

Moi-même en tant que médecin référant

Moi-même, sur proposition d'un autre médecin, à savoir  
Nom :

Adresse :

Moi-même à la demande du patient

1. **Problématique médicale**

Diagnostic médical /problématique :

Antécédents pertinents :

Description des blessures ou des troubles fonctionnels qui nécessitent une rééducation :

Traitements précédents et résultats :

Rapports médicaux en annexe :

1. **Soins demandés** 
   1. **Nom du programme :**

* 1. **Médecin étranger responsable :**
* Nom :
* Références en rapport avec l'expertise *(les plus détaillées possible):*

* 1. **Nom et adresse de l'institution de soins où la rééducation est réalisée:**Nom :

Adresse :        
Pays :        
Numéro de tél :        
Site web :

* 1. **Modalités des soins *(cocher svp****)* :

admission à l’hôpital où la rééducation est réalisée (avec nuitée)

admission dans un centre de rééducation en dehors de l’hôpital (avec nuitée)  
 nuitée en dehors de l’hôpital ou du centre de rééducation (= rééducation ambulatoire)

* 1. **Programme de rééducation prescrit et prestations**
     1. Description globale :

* + 1. Composants principaux du programme :

* + 1. Disciplines concernées :

* + 1. Période demandée : du       jusqu’au
    2. Fréquence: (quotidienne ? hebdomadaire ?, nombre d’heures par jour ? ...):
    3. Objectif à atteindre avec la rééducation (être le plus complet possible):

* 1. **Comparaison avec les programmes de rééducation disponibles en Belgique (choisir SVP)**

Il existe en Belgique un programme de rééducation comparable.

Convention de rééducation (7xx.xxx.xxx) ou (9xx.xxx.xxx)? [[2]](#footnote-2) :

(Allez au point 5.7.1)

Il n’existe pas en Belgique de programme de rééducation comparable.

(Allez au point 5.7.2)

* 1. **Argumentation pour une rééducation à l’étranger**
     1. Il existe en Belgique un programme de rééducation tel que visé dans cette demande

Motivez pourquoi une rééducation en Belgique n’est pas possible :

* + Motifs liés au contenu :

* + Disponibilité médico-technique :

* + 1. Il n’existe pas en Belgique de programme de rééducation comparable

Motivez à quel égard les programmes de rééducation en Belgique diffèrent du programme demandé :

* + Groupe-cible :

* + Contenu du programme :

Motivez pourquoi les programmes de rééducation disponibles en Belgique ne peuvent pas être appliqués :

* + Disponibilité médico-technique :

* + Situation spécifique du patient :

1. **Autres médecins consultés en Belgique du même champ professionnel :**

Autres médecins consultés en Belgique du même champ professionnel que celui vers lequel l’assuré est dirigé à l’étranger et leur avis écrit (le plus détaillé possible, e-mail uniquement si l’assuré reste anonyme) :

*PS : le médecin-conseil peut demander un tel avis avant de prendre une décision.*

* Nom + avis :
* Nom + avis :
* Nom + avis :

Date :

Signature :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Médecin-conseil OA[[3]](#footnote-3) | Avis direction médicale OA | Collège des médecins-directeurs |
| Avis concernant :   1. Le programme de rééducation prescrit ?[[4]](#footnote-4)   Oui  Non   1. La rééducation rentre dans le cadre belge de l’assurance ?[[5]](#footnote-5)   Oui  Non   1. Programme (7xx.xxx.xxx) ou (9xx.xxx.xxx) ?[[6]](#footnote-6):      1. Remarques et motivation[[7]](#footnote-7) | Avis concernant :   1. Le programme de rééducation prescrit ?   Oui  Non   1. La rééducation rentre dans le cadre belge de l’assurance ?   Oui  Non   1. Programme (7xx.xxx.xxx) ou (9xx.xxx.xxx) ? :      1. Remarques et motivation | Décision concernant :  1. Le programme de rééducation prescrit ?  Oui  Non   1. La rééducation rentre dans le cadre de l’assurance belge ?   Oui  Non   1. Programme (7xx.xxx.xxx) ou (9xx.xxx.xxx) ? :      1. Remarques et motivation |
| Date  Identification et signature | Date  Identification et signature | Date  Identification et signature |

**La liste d’adresse des Médecin Conseils**

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.

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

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

1. Pas d’autoprescription autorisée : le médecin référant ne peut pas être le même que le médecin traitant. [↑](#footnote-ref-1)
2. Merci de joindre le formulaire de demande correspondant afin de pouvoir vérifier si l’intéressé répond aux conditions. [↑](#footnote-ref-2)
3. Contrôle de l’éventuel formulaire de demande joint, avec l’historique des interventions pour rééducation. Historique à joindre dans l’envoi à la Direction médicale et au Collège des médecins-directeurs. [↑](#footnote-ref-3)
4. La demande concerne-t-elle une rééducation (soins coordonnées et multidisciplinaires ciblés)? [↑](#footnote-ref-4)
5. La rééducation rentre-t-elle dans le cadre de l’assurance obligatoire belge ? [↑](#footnote-ref-5)
6. Vérifiez si le programme indiqué par le référant est correct ; complétez-le le cas échéant. [↑](#footnote-ref-6)
7. Vérifiez si l’intéressé entre en ligne de compte pour une intervention (répondre aux conditions pour inclusion, dotation encore disponible), avec motivation. [↑](#footnote-ref-7)