

Annexe 5: RECTO

|)

INSCRIPTION À LA RÉADAPTATION AMBULATOIRE OU AU TRIAGE ASSESSMENT

Annexe 5: VERSO

II) PRISE DE POSITION DE L'INSTITUTION DE RÉADAPTATION

Remarques
<input type="checkbox"/> Potentiel de réadaptation existant
<input type="checkbox"/> Examen préalable dans le cadre d'une consultation médicale (joindre le rapport)
<input type="checkbox"/> Examen préalable dans le cadre d'un triage assessment (joindre le rapport)
<input type="checkbox"/> La réadaptation hospitalière est remplacée par une réadaptation ambulatoire.
<input type="checkbox"/> Réadaptation musculo-squelettale ambulatoire – programme simple indiqué
<input type="checkbox"/> Réadaptation musculo-squelettale ambulatoire – programme complexe indiqué
<input type="checkbox"/> Neuroréadaptation ambulatoire indiquée
<input type="checkbox"/> Position complémentaire bassin de marche/piscine indiquée
<input type="checkbox"/> Position complémentaire hippothérapie indiquée
<input type="checkbox"/> Réadaptation hospitalière indiquée.
<input type="checkbox"/> Aucune réadaptation n'est indiquée.

III)

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS

INSTITUTION DE RÉADAPTATION

Forfait	Nombre de journées de traitement	Remarques
Réadaptation musculo-squelettale ambulatoire <input type="checkbox"/> Forfait journalier simple <input type="checkbox"/> Forfait journalier complexe	<input type="checkbox"/> 15 journées de traitement pour la 1 ^{ère} prise en charge des frais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Neuroréadaptation ambulatoire <input type="checkbox"/> Forfait journalier	<input type="checkbox"/> Journées de traitement pour la 1 ^{ère} prise en charge des frais <input type="checkbox"/>	
Date d'entrée prévue	<input type="checkbox"/>	
Clinique (y compris no RCC / no EAN de la clinique) / service (tampon):	Date/signature:	
Interlocuteur / téléphone:		

IV)

DEMANDE D'EXAMENS PRÉALABLES

ASSUREUR

DEMANDE D'EXAMENS PRÉALABLES	ASSUREUR
<input type="checkbox"/> Examen préalable dans le cadre d'une consultation médicale	<i>Remarques</i>
<input type="checkbox"/> Examen préalable dans le cadre d'un triage assessment	

GARANTIE DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS

ASSUREUR

CARACTÈRE DE LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS	ASSUREUR
	Remarques
<input type="checkbox"/> Prise en charge des frais pour 15 jours	
<input type="checkbox"/> Réadaptation musculo-squelettale ambulatoire, programme simple	
<input type="checkbox"/> Réadaptation musculo-squelettale ambulatoire, programme complexe	
<input type="checkbox"/> Neuroréadaptation ambulatoire	
<input type="checkbox"/> Prolongation de la prise en charge des frais pour journées	
<input type="checkbox"/> Réadaptation musculo-squelettale ambulatoire, programme simple	
<input type="checkbox"/> Réadaptation musculo-squelettale ambulatoire, programme complexe	
<input type="checkbox"/> Neuroréadaptation ambulatoire	
<input type="checkbox"/> Aucune prise en charge	
Motif :	
.....	
.....	

Annexe 5: VERSO

Assurance (tampon) :

Date/signature :

Interlocuteur / téléphone: