

Notification pour la prestation 683130-683141 (électrodes d'essai) au médecin-conseil

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Nom et prénom :
.....

Adresse :
.....
.....

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

Organisme assureur :
.....

Numéro d'inscription :
.....

RAPPORT MEDICAL

Indication :

Date de la période d'essai: debut:..../...../..... fin:/...../.....

Nous, docteur , docteur et docteur
déclarons que les résultats de la stimulation d'essai effectuée durant au moins quatre semaines
se sont révélés négatifs et que tous les autres critères de remboursement sont réalisés (point 2°
et 3° du §7 de l'article 35 de la nomenclature).

IDENTIFICATION DES MEDECINS DE L'EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

	Nom en prénom	Numéro INAMI	Date	Signature et cachet
Neurochirurgien/.../....
Neurologue ou Anesthésiste/.../....
Neuropsychiatre ou psychiatre/.../....