

RAPPORT MEDICAL

à annexer au formulaire de demande d'intervention
dans le coût de prestations de rééducation fonctionnelle

CE RAPPORT DOIT DÉMONTRER QUE LE BÉNÉFICIAIRE
RÉPOND AUX CONDITIONS DE LA CONVENTION

Identification de la clinique de la mémoire

Numéro d'identification :

Dénomination :

Rue, n° :

Code postal, localité :

I. DONNÉES ADMINISTRATIVES

1.1. Identification du bénéficiaire

Nom et prénom :

Date de naissance :

Numéro d'inscription auprès de l'organisme assureur :

1.2. Type de demande¹

Première demande :

Date de début et de fin de la période demandée : du/...../.....
au/...../.....

Demande de prolongation unique visant à prolonger la période précédemment accordée de 24 mois à 48 mois².

Dans le cadre de cette demande de prolongation unique, la période d'intervention de l'assurance précédemment accordée sera prolongée jusqu'aux 48 mois qui suivent la date de début de cette période précédemment accordée.

- Nombre de séances réalisées durant les phases de bilan et de rééducation pendant la période précédemment accordée :
- Nombre de séances réalisées durant la phase d'entretien pendant la période précédemment accordée :
- Date de la première prestation réalisée par l'établissement pour ce bénéficiaire après la période précédemment accordée³ :/...../.....

1 Cochez ce qui est d'application.

2 Cette demande de prolongation unique de 24 mois à 48 mois ne peut être accordée que si la date de fin de la période précédemment accordée s'est terminée avant le 01-07-2022 et que la date de début de cette période précédemment accordée n'est pas antérieure au 02-07-2018. Une telle demande de prolongation unique ne peut être demandée (et accordée) que si le nombre maximal de séances auquel le bénéficiaire peut prétendre en vertu de la convention n'a pas encore été atteint.

3 Cette date ne peut pas être antérieure au 01-07-2022.

II. DONNÉES MÉDICALES

Le médecin soussigné certifie que le patient est atteint d'une démence débutante et qu'il réunit les conditions pour poursuivre sa vie à son domicile ou au domicile d'un proche, hors de tout milieu institutionnel de soins ou d'hébergement de personnes âgées, pendant une période s'étendant encore sur un minimum de 12 mois à la date du début du programme de rééducation.

Documents à annexer :

- La prescription de la rééducation par le médecin spécialiste (neurologue, gériatre ou psychiatre) qui a posé le diagnostic ou par le médecin généraliste du bénéficiaire. Cette prescription doit toujours mentionner le diagnostic de démence débutante (y compris son étiologie), et les nom et numéro d'identification INAMI du médecin spécialiste (neurologue, gériatre ou psychiatre) qui a posé le diagnostic et établi le plan de traitement.
- Les résultats des tests et examens passés par le bénéficiaire en vue de la formulation du diagnostic.
- Le plan de traitement global démontrant que le bénéficiaire peut poursuivre sa vie à son domicile ou au domicile d'un proche, durant un minimum de 12 mois (voir ci-dessus).

Autres précisions et/ou observations éventuelles :

<p>Le médecin de la clinique de la mémoire certifie que toutes les obligations et conditions reprises dans la convention sont remplies pour ce bénéficiaire.</p>	<p>Le médecin de la clinique de la mémoire (date, nom, n° d'identification INAMI, signature)</p>
--	--