[Annexe 77

Formulaire de notification pour intervention bariatrique

(Article 14 d) de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984)

A envoyer par courrier personnel au médecin conseil de l'Organisme assureur. L'intervention de l'assurance pour les prestations relatives au traitement de l'obésité est due uniquement si le médecin-conseil de l'organisme assureur est en possession d'une notification valide.

Numéro <année>/<numéro d'ordre>:……../……..

Identification du bénéficiaire: (ou vignette)		
NOM:	Prénom:	H/F
Date de naissance:	NISS:	N° Mutuelle :

Identification de l'hôpital:	
Numéro:	Nom :

Date de la consultation multidisciplinaire avec indications chirurgicales: ……..

Il a été décidé de l'intervention bariatrique suivante : entourer le numéro de code de l'intervention prévue

241776-241780, 241813-241824, 241835-241846

Date prévue de l'intervention: ……..

Indications de l'intervention mentionnée ci-dessus:

Critère principal: Mensuration du BMI :

Date: …… Taille: …….. Poids: ……. BMI: …….

Indications complémentaires: cocher

☐Diabètes* ☐Hypertension résistante* ☐Apnée du sommeil*

*: comme définis dans les règles d'application de l'art 14 d)

☐Réintervention: dans ce cas spécifier:
N° de code ou de l'intervention précédente:

Date de l'intervention précédente:

Cachet du médecin qui exécutera l'intervention	Date et signature:]