CONVENTION ENTRE LE COMITÉ DE L'ASSURANCE DU SERVICE DES SOINS DE SANTÉ DE L'INAMI, LES KINESITHERAPEUTES ET DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS AGRÉÉS POUR LE REMBOURSEMENT DE LA RÉÉDUCATION DES PATIENTS, AVANT ET APRÈS UNE ARTHROPLASTIE PRIMAIRE DU GENOU ET DE LA HANCHE, SOUTENUE PAR UNE APPLICATION MOBILE

**Formulaire de Notification aux Organismes Assureurs (cf. art.3.2.2)**

**Identification du patient** (Remplissez ou apposez une vignette de mutuelle)

Nom prénom ……………………. …………………….

INSZ …………………….

**Mutualité** …………………….

**Indication + date de l’intervention : ………………….**

* arthroplastie primaire unilatérale unicompartimentale du genou (AUG)
* arthroplastie primaire bicompartimentale du genou,   
  consistant soit en deux AUG soit en une AUG et un remplacement patellaire
* arthroplastie primaire totale du genou (ATG)
* arthroplastie primaire totale de la hanche (ATH)

1. **Date de la prise en charge du patient (phase préopératoire)** : …………….
2. **Date de sortie de l’hôpital** : ………………..
3. **Date de fin ou d’interruption du traitement par télékinésithérapie (avec motif)** : ………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Identification du médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en médecine physique et réadaptation**

Nom prénom …………………… N°INAMI …………………. *(ou cachet reprenant ces informations)*

**Identification du kinésithérapeute**

Nom prénom …………………… N°INAMI …………………. *(ou cachet reprenant ces informations)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date et Signature Médecin**(\*) | **Date et Signature Kinésithérapeute** | **Date et Signature patient** |

(\*) Ou joindre une copie de la prescription de télékinésithérapie.