Convention de rééducation fonctionnelle

avec les

**centres de référence de maladies métaboliques monogéniques héréditaires rares**

**RAPPORT MEDICAL**

à annexer au formulaire de demande d'intervention

dans le coût de prestations de rééducation fonctionnelle

**Identification de l’établissement**

Numéro d’identification :

Dénomination :

Rue, n° :

Code postal, localité :

**I. DONNÉES ADMINISTRATIVES**

1.1. Identification du bénéficiaire

Nom et prénom :

Date de naissance :

Numéro de membre auprès de l’organisme assureur :

1.2. Nature de la demande

Période demandée : du au

(Maximum : 24 mois – art. 12, § 1er de la convention.)

Il s’agit de

□ la première demande pour ce bénéficiaire, dans le cadre de la convention,

□ une demande de prolongation de la période précédemment accordée.

**II. DONNÉES MÉDICALES**

* Le bénéficiaire est atteint d’une maladie métabolique monogénique héréditaire rare qui est reprise dans la liste annexée à la convention.

Indiquez le numéro d’ordre de la maladie dans la liste annexée à la convention, le numéro OMIM et le nom complet de la maladie, tel qu’il figure dans la liste annexée à la convention :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| n° | OMIM # | FULL NAME |
|  |  |  |

* Le bénéficiaire est atteint d’une maladie qui N’est PAS reprise dans la liste annexée à la convention, MAIS qui est une maladie métabolique monogénique héréditaire rare.

Indiquez le numéro OMIM et le nom complet de la maladie.

|  |  |
| --- | --- |
| OMIM # | FULL NAME |
|  |  |

Justifiez le fait qu’il s’agit d’une maladie métabolique monogénique héréditaire rare :

La maladie entraîne le risque d’hypoglycémies :

* oui
* non

Précisions et/ou observations éventuelles :

|  |  |
| --- | --- |
| Le responsable médical de l’établissement de rééducation fonctionnelle certifie que toutes les obligations et conditions reprises dans la convention sont remplies pour ce bénéficiaire. | Le responsable médical de l’établissement  (date, nom, signature, n° d'identification INAMI) |