

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION
DANS LE COUT DE REDACTION D'UN RAPPORT DE FONCTIONNEMENT
MULTIDISCIPLINAIRE DANS LE CADRE DE LA NOMENCLATURE DES AIDES A LA
MOBILITE (ART. 28 §8)
ET DANS LES FRAIS DE DEPLACEMENT QUI S'Y RAPPORTENT**

A adresser au médecin-conseil de l'organisme assureur.

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Nom - Prénom :
Rue et n° :
Code postal et commune :
Date de naissance :/...../.....

Réservé à la vignette délivrée par l'organisme assureur

1. Données d'identification de l'établissement de rééducation :

- Nom de l'établissement :
- Adresse :

- Numéro d'agrément I.N.A.M.I. de l'établissement :
- Nom de la personne de contact de l'établissement:
- Numéro de téléphone de la personne de contact:
- Adresse E-mail de la personne de contact:

2. Prestation demandée

- A joindre obligatoirement au présent formulaire de demande : une copie de la prescription médicale d.d. [...../...../.....] pour une aide à la mobilité lorsqu' un rapport de fonctionnement est exigé.

Description	Mini- convention		Convention 9.50		Autre convention	
	Ambulant	Hospitalisé	Ambulant	Hospitalisé	Ambulant	Hospitalisé
Rapport de fonctionnement pour des bénéficiaires hospitalisés ou des bénéficiaires suivant un programme de rééducation au sein du centre de rééducation fonctionnelle.	<input type="checkbox"/> 770313	<input type="checkbox"/> 770324	<input type="checkbox"/> 770276	<input type="checkbox"/> 770280	<input type="checkbox"/> 770350	<input type="checkbox"/> 770361
Rapport de fonctionnement pour des bénéficiaires ne suivant pas de programme de rééducation fonctionnelle au sein de l'établissement ou d'un autre établissement.	<input type="checkbox"/> 770335	<input type="checkbox"/> 770346	<input type="checkbox"/> 770291	<input type="checkbox"/> 770302	<input type="checkbox"/> 770372	<input type="checkbox"/> 770383

- Date de la demande ¹ : [...../...../.....]
- Si le rapport de fonctionnement n'a pas encore été réalisé, il doit être réalisé dans les **4 semaines au maximum** après la date de la demande ;
- Si le rapport de fonctionnement a déjà été réalisé, c'était le [...../...../.....] ². La date mentionnée ne peut être supérieure à la date de la demande + 4 semaines.

¹ La date de la demande correspond à la date à laquelle il vous a été demandé de rédiger un rapport de fonctionnement.

² La date de la prestation correspond à la date à laquelle le rapport de fonctionnement a été finalisé et envoyé.

3. Demande d'intervention dans les frais de déplacement du bénéficiaire :

Ne concerne que les déplacements du bénéficiaire prévus par l'A.M. du 14.12.1995 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de déplacement exposés dans le cadre de la rééducation fonctionnelle (MB du 30.12.1995).

A joindre obligatoirement au présent formulaire : un certificat médical motivé démontrant que le bénéficiaire ne peut effectuer les déplacements en direction et en provenance de l'établissement en raison de la nature et de la gravité de sa pathologie que dans sa voiturette d'invalidé par un transport adapté.

Description	Ambulant	Hospitalisé
Véhicule de l'établissement ou transporteur privé	<input type="checkbox"/> 770394	<input type="checkbox"/> 770405
Véhicule adapté du bénéficiaire	<input type="checkbox"/> 770416	<input type="checkbox"/> 770420

Date et signature du bénéficiaire ou de son mandataire

Date de la demande:/...../.....

Signature

Réservé au médecin-conseil

Date de réception de la présente demande par le médecin-conseil:/...../.....

Décision :

favorable pour le rapport de fonctionnement

favorable pour les frais de déplacement

défavorable pour le rapport de fonctionnement (motivation):

défavorable pour les frais de déplacement (motivation):

autre :

Signature