**RENVOI D’UN PATIENT AYANT SUIVI UN PROGRAMME DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE DANS UN CENTRE DE RÉÉDUCATION 9.50 ou 7.71 ET**

**QUI N’A PAS ENCORE ACHEVÉ CE PROGRAMME DE RÉÉDUCATION**

**AU CENTRE DE RÉÉDUCATION**

**RENVOI VERS UN CENTRE DE RÉÉDUCATION LOCO-RÉGIONAL QUI EST À MÊME DE POURSUIVRE CE PROGRAMME DE RÉÉDUCATION**

**VIA LES SÉANCES DE RÉÉDUCATION R30-R60**

**FORMULAIRE DE RENVOI**

Un renvoi – au sens du présent formulaire de renvoi – implique que le programme de rééducation au centre de rééducation 9.50 ou 7.71 qui renvoie, est entièrement arrêté pour le bénéficiaire concerné. À compter de la date à laquelle le centre de rééducation loco-régional entame les séances de rééducation R30-R60, seul ce centre vers lequel le patient visé est renvoyé, est habilité à facturer des prestations de rééducation multidisciplinaires.

|  |
| --- |
| **Identification du bénéficiaire qui a suivi un programme de rééducation non achevé dans un centre de rééducation 9.50 ou 7.71**Nom et prénom du bénéficiaire : Adresse : rue et numéro : code postal + commune ou ville :Numéro d’inscription au registre national ~~(cf. carte SIS)~~ : |

|  |
| --- |
| **Identification du centre de rééducation 9.50 ou 7.71 qui renvoie :**Nom de l’hôpital ou du centre de rééducation :Commune ou ville dans laquelle est établi l’hôpital ou le centre de rééducation : Numéro d’identification INAMI du centre de rééducation (9.50.xxx.xx ou 7.71.xxx.xx) : |

|  |
| --- |
| **Pathologies pour lesquelles le bénéficiaire est en rééducation au centre de rééducation 9.50 ou 7.71**(*veillez à cocher la pathologie concernée ; seule les pathologies mentionnées ci-dessous feront l’objet d’une poursuite de rééducation, via les séances de rééducation R30-R60, dans un centre de rééducation loco-régional*)* para- ou quadriplégie acquises ;
* lésion cérébrale causant des troubles neuromoteurs graves ou des troubles de la parole et du langage ou d’autres troubles neuropsychologiques graves ;
* des maladies évolutives chroniques du cerveau et/ou de la moelle épinière, avec des séquelles motrices ou intellectuelles, durant la phase de rééducation intensive après une poussée ;
* amputation d’un membre supérieur ou inférieur (excepté doigt D2 – D5) ;
* myopathies : les dystrophies musculaires héréditaires progressives, la myotonie congénitale de Thomsen et la polymyosite auto-immune ;
* troubles locomoteurs et psychologiques graves consécutifs à l’arthrite rhumatoïde au stade Steinbrocker stadium III et IV ou consécutifs à une spondylite avec atteinte périphérique au stade Steinbrocker III et IV, éventuellement avec complications neurologiques.
 |

|  |
| --- |
| **Hôpital vers lequel est renvoyé le bénéficiaire :**Nom de l’hôpital :Commune ou ville dans laquelle est établi l’hôpital : |

|  |
| --- |
| **Raisons pour lesquelles le bénéficiaire est renvoyé vers cet hôpital :*** L’hôpital se situe à une distance plus proche du domicile du patient
* Le patient souhaite lui-même poursuivre son programme de rééducation dans l’autre hôpital pour d’autres raisons (*veuillez expliciter ces raisons)* :
* Limitation de la durée d’hospitalisation dans l’hôpital qui renvoie le bénéficiaire
* Autres raisons (à préciser) :
 |

|  |
| --- |
| **Descriptif de l’état du patient au moment où la rééducation est entamée au centre de rééducation qui renvoie :** |

|  |
| --- |
| **Descriptif de l’état du patient au moment où la rééducation prend fin au centre de rééducation qui renvoie et dès que le patient est renvoyé :** |

|  |
| --- |
| **Descriptif des objectifs réalistes qui devraient encore être obtenus à l’hôpital vers lequel est renvoyé le patient :** |

**APERÇU DES PRESTATIONS DE RÉÉDUCATION DÉJÀ RÉALISÉES**

|  |
| --- |
| **Prestations de rééducation multidisciplinaires qui ont été réalisées avant que le bénéficiaire ait été traité à l’hôpital auquel est relié le centre de rééducation 9.50 ou 7.71 qui établit ce formulaire de renvoi**Le bénéficiaire, avant son admission dans votre centre de rééducation 9.50 ou 7.71, a-t-il été déjà admis dans un autre hôpital pour la même maladie ou le même trouble nécessitant un programme de rééducation ?* oui : nom de l’hôpital :

 commune ou ville :* non

Si oui, a-t-il déjà bénéficié dans cet hôpital de prestations de rééducation multidisciplinaires telles que décrites ci-après ?* oui
* non
 |

|  |
| --- |
| Si oui, quelles prestations de rééducation multidisciplinaires ?* Prestations de nomenclature 558810-558821 (K30) et/ou 558832-558843 (K60)

Nombre de prestations susvisées :Date à laquelle la première prestation de ce type a été réalisée (JJ/MM/AAAA) :* Prestations de rééducation dans le cadre d’une convention 9.50 ou 7.71 :

Nombre total de prestations R30-R60 (y compris les prestations R60 avec honoraire complémentaire) :Nombre de prestations R60 avec honoraire complémentaire :Nombre d’autres forfaits de rééducation de la convention :Date à laquelle la première prestation de ce type a été réalisée (JJ/MM/AAAA) : |

|  |
| --- |
| **Prestations de rééducation multidisciplinaires qui ont été réalisées dans l’hôpital auquel est relié le centre de rééducation 9.50 ou 7.71 qui établit le présent formulaire de renvoi (prestations de rééducation qui ont été réalisées au sein de cet hôpital ou dans le centre de rééducation 9.50 ou 7.71)*** Prestations de nomenclature 558810-558821 (K30) et/ou 558832-558843 (K60)

Nombre de prestations susvisées :Date à laquelle la première prestation de ce type a été réalisée (JJ/MM/AAAA) :* Prestations de rééducation remboursables dans le cadre de la convention 9.50 ou 7.71 :

Nombre total de prestations R30-R60 (y compris les prestations R60 avec honoraire complémentaire) :Nombre de prestations R60 avec honoraire complémentaire :Nombre d’autres forfaits de rééducation de la convention :Date à laquelle la première prestation de ce type a été réalisée (JJ/MM/AAAA) :***Une liste des******prestations de rééducation*** *multidisciplinaires réalisées pour le bénéficiaire* ***doit être jointe****, tant pour les prestations de nomenclature que pour les prestations de rééducation dans le cadre de la convention 9.50 ou 7.71. Cette liste doit mentionner la date de chaque prestation réalisée, ainsi que le (pseudo-)code de la nomenclature.****Les prestations de rééducation multidisciplinaires, au sens décrit ci-dessus, ne figurant pas sur cette liste, sont prétendues ne pas être réalisées. Aussi n’entrent-elles pas en ligne de compte pour un remboursement par les organismes assureurs*** |

|  |
| --- |
| **Nombre total de prestations de rééducation multidisciplinaires déjà réalisées / Séances de rééducation R30-R60 qui peuvent encore être prises en charge**Cochez la pathologie pour laquelle le bénéficiaire doit être rééduqué et indiquez dans la rangée correspondante les prestations de rééducation dont a déjà bénéficié le patient visé (date de début + nombre de prestations de rééducation multidisciplinaires) ainsi que le nombre de séances de rééducation R30-R60 remboursables que peut encore réaliser le centre de rééducation loco-régional vers lequel est renvoyé le bénéficiaire, et la date limite jusqu’à laquelle ces séances de rééducation R30-R60 peuvent être réalisées. |
|  | Durée maximale de la rééducation | Nombre maximal de séances de rééducation R30-R60 | Date à laquelle la toute première prestation de rééducation multidisciplinaire a été réalisée1(JJ/MM/AAAA) | Date limite jusqu’à laquelle le centre de rééducation vers lequel le bénéficiaire est renvoyé peut encore réaliser des séances de rééducation R30-R60 remboursables2(JJ/MM/AAAA) | Nombre de prestations de rééducation multidisciplinaires déjà réalisées | Nombre de séances de rééducation R30-R60 encore remboursables que le centre de rééducation vers lequel le bénéficiaire est renvoyé peut encore réaliser |
| Nombre total3 | Dont séances R60 avec honoraire complémentaire4 | Nombre total5 | Dont séances R60 avec honoraire complémentaire6 |
|  | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* |
| *0* | para- ou quadriplégie acquises | 2 ans | 120 |  |  |  |  |  |  |
| *0* | lésion cérébrale causant des troubles neuromoteurs graves ou des troubles de la parole et du langage ou d’autres troubles neuropsychologiques graves | 2 ans | 120 |  |  |  |  |  |  |
| *0* | maladies évolutives chroniques du cerveau et/ou de la moelle épinière, avec des séquelles motrices ou intellectuelles, durant la phase de rééducation intensive après une poussée | 3 mois par poussée | 1 par jour |  |  |  |  |  |  |
| *0* | amputation d’un membre supérieur ou inférieur (excepté doigt D2-D5) | 1 an | 60 |  |  |  |  |  |  |
| *0* | myopathies: les dystrophies musculaires héréditaires progressives , la myotonie congénitale de Thomsen et la polymyosite auto-immune | 6 mois | 120 |  |  |  |  |  |  |
| *0* | troubles locomoteurs et psychologiques graves : consécutifs à l’arthrite rhumatoïde au stade Steinbrocker stadium III et IV, ou consécutifs à une spondylite avec atteinte périphérique au stade Steinbrocker III et IV, éventuellement avec complications neurologiques | 6 mois | 60 |  |  |  |  |  |  |

1Parmi toutes les dates réclamées sur le présent formulaire de renvoi, il s’agit de la date à laquelle la première prestation de rééducation multidisciplinaire a été réalisée, qu’il s’agisse d’une prestation K30-K60, une prestation R30-R60 ou d’un autre forfait de rééducation en matière de rééducation locomotrice et neurologique, indépendamment de l’hôpital dans lequel cette prestation de rééducation multidisciplinaire a été réalisée.

2 Afin de déterminer la date limite jusqu’à laquelle le centre de rééducation loco-régional peut encore réaliser des séances de rééducation R30-R60, il faut partir de la date de la toute première prestation de rééducation multidisciplinaire mentionnée en colonne 4 (= jour x), et il faut calculer à quelle date se termine la période de rééducation maximale qui peut être autorisée (= jour x-1, 3 mois, 6 mois, 1 an ou 2 ans plus tard), en tenant compte de la durée maximale de rééducation mentionnée dans ce tableau. La date à mentionner dans le tableau est jour x-1.

3Indiquez ici le total de toutes les prestations K30-K60, les prestations R30-R60 (y compris les prestations R60 avec honoraire complémentaire) et les autres forfaits de rééducation en matière de rééducation locomotrice et neurologique réalisées pour le bénéficiaire, quel que soit l’hôpital ou le centre de rééducation où ont été réalisées ces prestations de rééducation multidisciplinaires. Il s’agit du total de toutes les prestations de rééducation multidisciplinaires mentionnées précédemment sur le présent formulaire.

4Indiquez ici le nombre de prestations R60 avec honoraire complémentaire (maximum 25) qui ont été réalisées pour le bénéficiaire.

5 Afin de déterminer le nombre de séances de rééducation R30-R60 qui peuvent encore être réalisées, le nombre maximum de prestations R30-R60 mentionné en colonne 3 doit être diminué du nombre total de prestations de rééducation multidisciplinaires déjà réalisées, mentionné en colonne 6.

6 Afin de déterminer le nombre de séances de rééducation R60 avec honoraire complémentaire qui peuvent encore être réalisées, le nombre maximum de 25 prestations R60 avec honoraire complémentaire doit être diminué du nombre total de prestations de rééducation multidisciplinaires R60 avec honoraire complémentaire déjà réalisées, mentionné en colonne 7.

**Je soussigné**, médecin spécialiste en réadaptation travaillant au centre de rééducation 9.50- ou 7.71 qui rédige le présent formulaire de renvoi, **déclare** que le programme de rééducation réalisé dans ce centre de rééducation pour le bénéficiaire susmentionné n’est pas encore terminé, et **qu’il est souhaitable d’envisager une poursuite de la rééducation multidisciplinaire** (via les séances de rééducation R30-R60) **dans l’hôpital vers lequel le patient est renvoyé.**

*(cachet du médecin spécialiste en réadaptation appartenant au centre de rééducation 9.50 ou 7.71, en mentionnant le nom et le numéro d’identification du médecin spécialiste en réadaptation)*

*(signature du médecin spécialiste en réadaptation + date de la signature)*

Remarques importantes

Le présent formulaire peut être chargé dans un support électronique par le centre de rééducation 9.50 ou 7.71 qui renvoie et le lay-out du formulaire peut être adapté.

Certaines données demandées dans le présent formulaire peuvent être en contradiction avec les dispositions de la convention conclue avec le centre de rééducation 9.50 ou 7.71 qui renvoie. Le présent formulaire de renvoi ne modifie en rien les dispositions de ces conventions 9.50 ou 7.71 et ne peut jamais être invoqué pour déroger à certaines matières des dispositions de cette convention.