

**FORMULAIRE STANDARD DE NOTIFICATION DE REEDUCATION**  
**FONCTIONNELLE MULTIDISCIPLINAIRE**

(Art. 23 de l'A.R. du 14 septembre 1984)

*A envoyer au médecin-conseil de l'organisme assureur*

Identification du bénéficiaire :

NOM :  
 Prénom :  
 Date de naissance :  
 Adresse :

N° de mutuelle :

558810-558821

Code des prestations du programme de revalidation : ( à cocher )

558014-558025

558810-558821

558832-558843

Date de début du traitement : .....

N° de code de l'affection (voir liste limitative §11) : .....

<u>Identification du médecin prestataire</u> *S'il est médecin spécialiste réadaptateur avec un agrément dans sa spécialité mais <u>non</u> médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation	<u>Identification du coordinateur</u> (obligatoire) Médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NOM :  Prénom :	NOM :  Prénom :
-----------------------	-----------------------

N° INAMI :	N° INAMI
------------	----------

Cachet :	Cachet :
----------	----------

Date et signature :

Date et signature :