

| | |
|--|---|
| <p>Demande d'intervention dans les frais de déplacement du bénéficiaire qui satisfait aux dispositions de l'arrêté royal du 28 avril 2011 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage, des patients de moins de 18 ans, suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention de rééducation fonctionnelle type.</p> | |
| <p>Nom et prénom du patient :</p> | <p>Coordonnées du centre de rééducation fonctionnelle (adresse, n° INAMI) :</p> |
| <p>Résidence principale du patient :</p> | |
| <p>Compléter ci-dessous ou apposer une vignette de l'O.A. Nom et prénom du titulaire :</p> | <p>Date des déplacements:</p> |
| <p>Organisme assureur :</p> | <p>.....</p> |
| <p>Numéro d'inscription :</p> | |
| <p>Je soussigné, représentant du centre de rééducation fonctionnelle, déclare que (nom du patient) : suit un traitement qui donne droit à l'intervention dans les frais de déplacement prévue par l'arrêté royal du 28 avril 2011 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage, des patients de moins de 18 ans, suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention de rééducation fonctionnelle type.</p> | |
| <p>Cachet du centre de rééducation fonctionnelle</p> | <p>Date</p> |
| <p>Pseudo-code :</p> | |