

## RAPPORT MEDICAL CIRCONSTANCIE

### I. DONNEES ADMINISTRATIVES

#### 1.1. Identification du centre médico-pédiatrique

Numéro de la convention INAMI :

Dénomination :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

#### 1.2. Identification du bénéficiaire

Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Organisme assureur :

N° de mutuelle :

N° de la notification de prise en charge (1) :

#### 1.3. Nature de la demande

première demande

demande de prolongation

Période demandée pour l'intervention de l'assurance dans les "prix de la journée de prise en charge":  
du.....au.....

Date de début de la prise en charge par le Centre :

## II. DONNEES MEDICALES

Il doit ressortir de ce rapport que le bénéficiaire répond aux conditions de la convention.

### 2.1 Motivation de la demande (2)

Nom et n° d'identification INAMI du médecin ayant prescrit la prise en charge (3) :

Maladie chronique diagnostiquée par ce médecin, constituant le motif médical de la prise en charge :

Si le bénéficiaire présente une des maladies chroniques dont la convention prévoit qu'elle ne peut constituer, à elle seule, le motif médical de la prise en charge, démontrer que celle-ci ne constitue pas un obstacle au programme ou au but de cette prise en charge :

Motif de la prise en charge par le Centre (précisant le milieu de vie actuel du bénéficiaire et, le cas échéant, les séjours en hôpital dus à la maladie chronique ci-dessus et/ou les facteurs familiaux justifiant cette prise en charge) :

### 2.2 Bilan fonctionnel de début (4) ou d'évolution (5)

Retard pédagogique :    oui                        non           

Enseignement :            ordinaire                spécial       

### 2.3 Programme de la prise en charge

Interne                ambulatoire   

Disciplines impliquées dans la prise en charge, modalités, fréquence,... :

### 2.4 But de la prise en charge ou de la prolongation de la prise en charge

Le responsable médical du centre médico-pédiatrique déclare que toutes les obligations et conditions reprises dans la convention sont remplies.

Le responsable médical  
du centre médico-pédiatrique :  
(nom + date + signature + n° d'identification INAMI)

\_\_\_\_\_  
Notes

(2) A compléter en cas de nouvelle demande.

(3) Ce médecin ne peut faire partie de l'équipe reprise en annexe II à la convention.

(4) En cas de nouvelle demande.

(5) En cas de demande de prolongation.

# DECISION DU COLLEGE DES MEDECINS-DIRECTEURS

## Identification du centre médico-pédiatrique

Numéro de la convention INAMI :

Dénomination :

Adresse :

## Identification du bénéficiaire

Nom et prénom :

Date de naissance :

Organisme assureur :

N° de mutuelle :

N° d'identification INAMI :

Date de début de la prise en charge par le Centre :

Le cas échéant, date de fin de la période de prise en charge précédente :

---

## Réservé au collège des médecins-directeurs

accord définitif d'intervention dans le paiement du "prix de la journée de prise en charge" pour le bénéficiaire précité,

du (6).....au .....

refus d'intervention dans le paiement du "prix de la journée de prise en charge" pour le bénéficiaire,

motif :

Pour le Collège des médecins-directeurs, (nom et signature du membre du Collège + date de signature)

Vu pour être annexé au règlement du 13 mars 2000.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET

Le Président,

D. SAUER

\_\_\_\_\_  
Notes

---

(6) Pour toute nouvelle demande, cette date doit correspondre à celle qui a été fixée par la décision provisoire.