

moveUP administration pour les patients convention

## Informations pour le chirurgien

**Information pour le chirurgien**

* Veuillez signer les 3 documents et les remettre avec ces instructions à votre patient.
* Sur la prescription, il faut encore remplir votre nom, votre numéro INAMI et le nom du patient et son opération.

Icon

Description automatically generated

Pour tous les patients participant à l'étude du KCE sur la télé-rééducation, il est nécessaire d'avoir des copies signées de ces formulaires de notification et de la prescription. Si le patient est randomisé dans le bras 1 (sans moveUP), il ne doit pas remplir ces formulaires. Comme la randomisation se produit dans la plupart des cas lorsque le patient est déjà à la maison, il ne serait pas pratique que le patient doive retourner à l'hôpital spécialement pour cela.

Si les kinésithérapeutes de votre hôpital ne donnent pas de séance d'information physique, il est préférable qu'ils signent directement ces formulaires.

## Information pour le patient

Ce dossier contient des documents importants dont vous aurez besoin pour obtenir le remboursement de votre traitement par votre mutuelle.

Veuillez lire attentivement les instructions ci-dessous pour assurer le bon déroulement de la procédure de remboursement.

### **Que contient ce dossier?**

1. Formulaire de notification DÉBUT du traitement :
   1. Vous (le patient) devez envoyer ce document à votre mutuelle dans les deux semaines après avoir reçu votre séance d'information sur moveUP
   2. La signature du chirurgien qui vous opère et celle du kinésithérapeute qui donne la séance d'information sont obligatoires
   3. Vous devez donc apporter ce document à la séance d'information pour le faire signer si cela n'a pas encore été fait
2. Formulaire de notification FIN du traitement :
   1. Vous devez l'envoyer à votre mutuelle dans les deux semaines suivant l'arrêt de votre traitement actif avec moveUP
   2. La signature du chirurgien et du kinésithérapeute en charge sont obligatoires.
   3. Il est préférable de faire signer ce document par le kinésithérapeute qui donne la séance d'information au début du traitement, en même temps que le formulaire de notification de début de traitement. Lorsque vous avez terminé, indiquez la date et le motif de l'arrêt (si vous êtes en avance, sinon : fin de la revalidation) et envoyez-le à votre mutuelle.
3. Prescription de kinésithérapie avec moveUP

## Formulaire de notification DÉBUT moveUP

Icon

Description automatically generated

**Information pour le patient : important pour le remboursement !**

Veuillez faire signer ce formulaire par votre chirurgien et le kinésithérapeute qui vous informe de moveUP. Veuillez également signer et envoyer ce formulaire dans un délai de 2 semaines après la session d’information avec votre kinésithérapeute.

CONVENTION ENTRE LE COMITÉ DE L'ASSURANCE DU SERVICE DES SOINS DE SANTÉ DE L'INAMI, LES KINESITHERAPEUTES ET DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS AGRÉÉS POUR LE REMBOURSEMENT DE LA RÉÉDUCATION DES PATIENTS, AVANT ET APRÈS UNE ARTHROPLASTIE PRIMAIRE DU GENOU ET DE LA HANCHE, SOUTENUE PAR UNE APPLICATION MOBILE

**Formulaire de Notification aux Organismes Assureurs (cf. art.3.2.2)**

**Identification du patient** (Remplissez ou apposez une vignette de mutuelle)

Nom prénom ……………………. …………………….

NISS …………………….

**Mutualité** **…………………….**

**Indication + date de l’intervention : ………………….**

1. arthroplastie primaire unilatérale unicompartimentale du genou (AUG)
2. arthroplastie primaire bicompartimentale du genou,   
   consistant soit en deux AUG soit en une AUG et un remplacement patellaire
3. arthroplastie primaire totale du genou (ATG)
4. arthroplastie primaire totale de la hanche (ATH)

1. **Date de la prise en charge du patient (phase préopératoire)** : …………….
2. **Date de sortie de l’hôpital** : ………………..
3. **Date de fin ou d’interruption du traitement par télékinésithérapie (avec motif)** : ………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Identification du médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en médecine physique et réadaptation**

Nom prénom …………………… N°INAMI …………………. (*ou cachet reprenant ces informations)*

**Identification du kinésithérapeute**

Nom prénom …………………… N°INAMI …………………. (*ou cachet reprenant ces informations)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date et Signature Médecin** | **Date et Signature Kinésithérapeute** | **Date et Signature patient** |

## Formulaire de notification FIN moveUP

Icon

Description automatically generated

**Information pour le patient : important pour le remboursement !**

Veuillez faire signer ce formulaire par votre chirurgien et le kinésithérapeute qui vous informe de moveUP. Veuillez également signer et envoyer ce formulaire dans un délai de 2 semaines après la fin de votre rééducation avec moveUP

CONVENTION ENTRE LE COMITÉ DE L'ASSURANCE DU SERVICE DES SOINS DE SANTÉ DE L'INAMI, LES KINESITHERAPEUTES ET DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS AGRÉÉS POUR LE REMBOURSEMENT DE LA RÉÉDUCATION DES PATIENTS, AVANT ET APRÈS UNE ARTHROPLASTIE PRIMAIRE DU GENOU ET DE LA HANCHE, SOUTENUE PAR UNE APPLICATION MOBILE

**Formulaire de Notification aux Organismes Assureurs (cf. art.3.2.2)**

**Identification du patient** (Remplissez ou apposez une vignette de mutuelle)

Nom prénom ……………………. …………………….

NISS …………………….

**Mutualité** **…………………….**

**Indication + date de l’intervention : ………………….**

1. arthroplastie primaire unilatérale unicompartimentale du genou (AUG)
2. arthroplastie primaire bicompartimentale du genou,   
   consistant soit en deux AUG soit en une AUG et un remplacement patellaire
3. arthroplastie primaire totale du genou (ATG)
4. arthroplastie primaire totale de la hanche (ATH)

1. **Date de la prise en charge du patient (phase préopératoire)** : …………….
2. **Date de sortie de l’hôpital** : ………………..
3. **Date de fin ou d’interruption du traitement par télékinésithérapie (avec motif)** : ………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Identification du médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en médecine physique et réadaptation**

Nom prénom …………………… N°INAMI …………………. (*ou cachet reprenant ces informations)*

**Identification du kinésithérapeute**

Nom prénom …………………… N°INAMI …………………. (*ou cachet reprenant ces informations)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date et Signature Médecin** | **Date et Signature Kinésithérapeute** | **Date et Signature patient** |

Service d'orthopédie

## Qr code Description automatically generatedPrescription de kinésitherapie

**Information pour le Patient : important pour le remboursement**

Veuillez envoyer à votre mutualité cette prescription signée par votre chirurgien avec l’attestation de soins reçue de votre kinésithérapeute à la fin de la rééducation.

Veuillez également télécharger une copie dans l’application moveUP. Vous trouverez les instructions pour le téléchargement en scannant le code ci-contre ou en surfant sur :

<https://support.orthopedics.moveup.care/fr/?p=1638>

Icon

Description automatically generated

Nom et prénom du patient: …………………………………………………..

Type de traitement: télé-rééducation

* Rééducation à la marche avec béquilles
* Rétablir la mobilité
* Exercices de renforcement musculaire fonctionnel

Nomenclature :

* Prothèse totale de la hanche Gauche / Droit 289085 N588
* Prothèse totale du genou Gauche / Droit 290286 N588
* Prothèse unicompartimentale du genou  (PUC) L/R
* Prothèse primaire bicompartimentale du genou  (BPG) L/R
* Révision de prothèse totale de hanche Gauche / Droit 293440 N850
* Révision de prothèse totale du genou Gauche / Droit 293462 N850

Nombre de séances: ……..

Le patient peut/ne peut pas quitter le domicile de manière autonome pour des raisons médicales.

Date (d'opération) et signature du prescripteur :

(Opération) Date: ………………………

Nom chirurgien: …………………………………  
Numéro INAMI chirurgien: ………………