

	Oui	Non
<p>▶ <u>Les conditions suivantes sont remplies:</u></p> <p>Programmes de thérapie documentés et structurés</p> <p>Diagnostic documenté</p> <p>Planification documentée de la thérapie et de la réadaptation, basé sur la CIF</p> <p>Utilisation et documentation des instruments d'évaluation (entrée/déroutement/sortie)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>▶ Le convention additionnelle pour les hôpitaux et les cliniques concernant la facturation de la neuroréadaptation ambulatoire interdisciplinaire non médicale et/ou de la réadaptation musculo-squelettale est appliquée.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[illegible]

--