

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2005 — 744

[C — 2005/22131]

31 JANVIER 2005. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 11°;

Vu le Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par les règlements des 1^{er} décembre 2003, 22 décembre 2003, 16 février 2004, 15 mars 2004, 13 septembre 2004 et 18 octobre 2004;

Vu la proposition du Conseil technique des voiturettes du 13 janvier 2005;

Vu l'avis de la Commission de convention bandagistes-organismes assureurs du 19 janvier 2005;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 31 janvier 2005,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'article 6, § 1^{er}, 7°, du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, sont apportées les modifications suivantes :

1° Au deuxième alinéa, les mots « à l'exception des prestations de l'article 28, § 8, de la nomenclature » sont insérés après les mots « prestations fournies par les bandagistes ».

2° L'alinéa suivant est inséré avant le troisième alinéa :

« une attestation de délivrance, conforme au modèle repris à l'annexe 13bis, lorsqu'il s'agit des prestations délivrées par les bandagistes concernant l'article 28, § 8, de la nomenclature ».

3° Au huitième alinéa, qui devient le neuvième alinéa, les mots « pour voiturettes d'invalides, tricycles orthopédiques et cadre de marche » sont remplacés par les mots « pour une aide à la mobilité et/ou adaptations ».

4° Après le huitième alinéa, qui devient le neuvième alinéa, les alinéas suivants sont insérés :

« — rapport de fonctionnement multidisciplinaire pour la demande d'une aide à la mobilité et/ou adaptations, conforme au modèle repris à l'annexe 19bis;

— rapport de motivation pour la demande d'une aide à la mobilité et/ou adaptations, conforme au modèle repris à l'annexe 19ter; »

5° Dans le texte français, le neuvième alinéa, qui devient le douzième alinéa, est remplacé par les mots suivants :

« — une demande d'intervention de l'assurance pour une aide à la mobilité et/ou adaptations, conforme au modèle repris à l'annexe 20; »

6° Dans le texte néerlandais du neuvième alinéa, qui devient le douzième alinéa, les mots « van een invalidenwagen, driewieler of looprek » sont remplacés par les mots « van een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen; »

Art. 2. Les annexes 19 et 20 du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 sont remplacées par les annexes 19 et 20 jointes en annexe.

Art. 3. Les annexes 13bis, 19bis et 19ter, jointes en annexe, sont ajoutées aux annexes du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 4. Le présent règlement produit ses effets à la date fixée par le Comité de l'assurance soins de santé pour l'entrée en vigueur de la liste des produits admis au remboursement, établie en vertu de l'article 28, § 8, de la nomenclature, tel que remplacé par l'arrêté royal du 12 janvier 2005.

Bruxelles, le 31 janvier 2005.

Le Fonctionnaire Dirigeant f.f.,
Dr. G. VEREECKE.

Le Président,
D. SAUER.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2005 — 744

[C — 2005/22131]

31 JANUARI 2005. — Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Gelet op de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd met de verordeningen van 1 december 2003, 22 december 2003, 16 februari 2004, 15 maart 2004, 13 september 2004 en 18 oktober 2004;

Gelet op het voorstel van de Technische raad voor rolstoelen van 13 januari 2005;

Gelet op het advies van de Overeenkomstencommissie bandagisten-verzekeringsinstellingen van 19 januari 2005;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 31 januari 2005,

Besluit :

Artikel 1. In artikel 6, § 1, 7°, van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In het tweede lid worden na de woorden « verstrekkingen verleend door de bandagisten » de woorden « met uitzondering van de verstrekkingen van artikel 28, § 8, van de nomenclatuur » ingevoegd.

2° Het volgende lid wordt toegevoegd vóór het derde lid :

« een getuigschrift van afleveringen, conform het model vervat in bijlage 13bis, wanneer het gaat om verstrekkingen verleend door de bandagisten betreffende artikel 28, § 8, van de nomenclatuur ».

3° In het achtste lid, dat het 9de lid zal worden, worden de woorden « voor invalidenwagentjes, orthopedische driewielers en looprekken » vervangen door de woorden « voor een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen ».

4° Na het achtste lid, dat het negende lid zal worden, worden de volgende leden ingevoegd :

« — multidisciplinair functioneringsrapport voor de aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen, conform het model vervat in bijlage 19bis;

— motiveringsrapport voor de aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen, conform het model vervat in bijlage 19ter; »

5° In de Franstalige tekst wordt het negende lid, dat het twaalfde lid zal worden, vervangen door de volgende woorden :

« — une demande d'intervention de l'assurance pour une aide à la mobilité et/ou adaptations, conforme au modèle repris à l'annexe 20; »

6° In de Nederlandstalige tekst van het negende lid, dat het twaalfde lid zal worden, worden de woorden « van een invalidenwagen, driewieler of looprek » vervangen door de woorden « van een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen; »

Art. 2. De bijlagen 19 en 20 van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden vervangen door de in bijlage gevoegde bijlagen 19 en 20.

Art. 3. De in bijlage gevoegde bijlagen 13bis, 19bis en 19ter worden toegevoegd aan de bijlagen van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Art. 4. Deze verordening heeft uitwerking op de datum vastgesteld door het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging voor de inwerkingtreding van de lijst van de voor vergoeding aangenomen producten, opgemaakt in toepassing van artikel 28, § 8, van de nomenclatuur, vervangen door het koninklijk besluit van 12 januari 2005.

Brussel, 31 januari 2005.

De Wnd. Leidend Ambtenaar,
Dr. G. VEREECKE.

De Voorzitter,
D. SAUER.

Annexe au Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°,
de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Annexe 13bis (page 1 – recto)

ATTESTATION DE DÉLIVRANCE DESTINÉE AUX BANDAGISTES
(article 28§8 de la nomenclature des prestations de santé)

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire ou apposer une vignette de la mutualité

Nom en prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	
Numéro de registre national	
Adresse	
Mutualité	
Numéro d'inscription	
Le bénéficiaire séjourne à l'adresse suivante (remplir si différente du domicile)	

A compléter par le dispensateur de soins

IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS

La présente demande est introduite par :

Nom du dispensateur agréé	
Numéro d'agrément auprès de l'INAMI	
Nom de l'entreprise	
Adresse de l'entreprise	

PRESTATIONS DÉLIVRÉES

<u>Aides à la mobilité</u> <u>(version de base)</u> (Marque/Type)	Numéro NPS	Code d'identification du produit sur la liste	Prix	Valeur Y	Interv. OA	Suppl. bénéficiaire
<u>Adaptations</u> (Marque/Type)	Numéro NPS	Code d'identification du produit sur la liste	Prix	Valeur Y	Interv. OA	Suppl. bénéficiaire
Membres inférieurs						

Annexe au Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°,
de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Annexe 19 (page 1 – recto)

PRESCRIPTION MÉDICALE POUR UNE AIDE À LA MOBILITÉ ET/OU ADAPTATIONS (article 28, § 8 de la nomenclature des prestations de santé)

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire ou apposer une vignette de la mutualité

Nom en prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	
Numéro de registre national	
Adresse	
Mutualité	
Numéro d'inscription	
Le bénéficiaire séjourne à l'adresse suivante (remplir si différente du domicile)	

A compléter par le médecin prescripteur

1. PRESCRIPTION

Je soussigné, Docteur en médecine, déclare par la présente que (nom et prénom du bénéficiaire) présente des déficiences fonctionnelles et/ou anatomiques entraînant des limitations dans sa mobilité. Ceci entraîne des problèmes de participation à la vie communautaire. A cet effet, le bénéficiaire doit obtenir à titre définitif un moyen de déplacement approprié.

Ce document est une prescription pour :

- un cadre de marche
- une voiturette – un châssis
- un appareil de station debout
- un tricycle orthopédique
- une adaptation à une aide à la mobilité déjà délivrée
- un coussin anti-escarres
- un système modulaire adaptable pour le soutien de la position d'assise

Il concerne: une première demande
 un renouvellement

2. DIAGNOSTIC

Date du début de l'affection ou de l'événement à la base du handicap:
Le handicap est consécutif à un accident: OUI – NON

Annexe 19 (page 2 – recto)

L'appréciation globale des différentes fonctions détermine si le bénéficiaire entre en ligne de compte pour l'aide à la mobilité proposée.

Fonction	Code qualificatif ¹	Description globale et motivation (entourer ce qui convient ou décrire) ²
a Se déplacer à l'intérieur d4600 (marcher sur de courtes distances)		(aucune difficulté, à l'aide d'un appui, avec une aide à la marche, avec l'aide d'une personne, déplacements sans aide très difficiles ou impossibles, ...)
b Se déplacer à l'extérieur d4602 (marcher sur de longues distances)		aucune difficulté, à l'aide d'un appui, avec une aide à la marche, avec l'aide d'une personne, déplacements sans aide très difficiles ou impossibles, ...
c Rester debout d4154 (pendant un certain temps)		aucune difficulté, à l'aide d'un appui, avec l'aide d'une personne, très difficile ou impossible sans aide, ...
d Utilisation des mains et des bras d445 (se soulever, changer de position, propulsion personnelle d'une voiturette manuelle/électronique,...)		peut / ne peut pas se soulever de manière autonome peut / ne peut pas changer de position de manière autonome peut / ne peut pas propulser/conduire une voiturette manuelle/électronique de manière indépendante
e Se transférer d420		transfert dans/hors de la voiturette : autonome / avec aide / très difficile / impossible sans aide
f Rester assis d4153		maintien de la position assise: autonome / avec appui / position assise complètement passive/...
g Fonctions cognitives Etat de veille, attention, orientation espace/temps,...		

¹ Doit obligatoirement être complété et/ou entouré

² Doit obligatoirement être complété et/ou entouré

Annexe 19 (page 2 – verso)**Informations complémentaires (le cas échéant)**

par ex. postures anormales, problème au niveau du siège ou du coccyx, formation d'œdèmes, incontinence, troubles de l'alimentation, trouble au niveau de la sensation, troubles au niveau du cœur ou des vaisseaux sanguins, troubles au niveau du système respiratoire, problèmes dermatologiques, escarres, ...

5. MOTIVATION LORSQU'UNE ADAPTATION A UNE AIDE A LA MOBILITE DEJA DELIVREE EST DEMANDEE

Quelles sont les limitations nécessitant l'ajout d'une ou plusieurs adaptations à l'aide à la mobilité déjà délivrée ?

6. EVENTUELLES REMARQUES COMPLEMENTAIRES

Date et signature	Cachet avec numéro INAMI
	Médecin prescripteur

Annexe 19 (page 3)**CADRES RESERVES AU BENEFICIAIRE***A compléter par le bénéficiaire*

Objectif d'utilisation de l'aide à la mobilité³:	<input type="checkbox"/> pour se déplacer occasionnellement <input type="checkbox"/> pour s'y asseoir quotidiennement au cours de la journée <input type="checkbox"/> pour participer à la vie familiale <input type="checkbox"/> pour participer à la vie sociale <input type="checkbox"/> pour travailler ou suivre une formation <input type="checkbox"/> pour faire du sport ou se détendre <input type="checkbox"/> autre:
--	---

Facteurs influençant l'utilisation d'une aide à la mobilité (description globale des données pertinentes pour l'appréciation de la demande)	
Situation de la maison	
Particularités de la maison	
Particularités de la formation ou de l'enseignement	
Particularités du travail	
Activités sociales	

Date:/...../.....
Signature du bénéficiaire:

³ Cocher ce qui convient

Vu pour être annexé au règlement du 31 janvier 2005.

Le Fonctionnaire Dirigeant f.f.,

Dr. G. VEREECKE.

Le Président,

D. SAUER.

Annexe au Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°,
de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Annexe 19bis (page 1 – recto)

RAPPORT DE FONCTIONNEMENT MULTIDISCIPLINAIRE POUR LA DEMANDE D'UNE AIDE
À LA MOBILITÉ ET/OU ADAPTATIONS
(article 28, § 8 de la nomenclature des prestations de santé)

A remettre par le patient au dispensateur de son choix

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire ou apposer une vignette de la mutualité

Nom en prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	
Numéro de registre national	
Adresse	
Mutualité	
Numéro d'inscription	
Le bénéficiaire séjourne à l'adresse suivante (remplir si différente du domicile)	

RAPPORT DE FONCTIONNEMENT RELATIF À L'UTILISATION DE L'AIDE À LA MOBILITÉ

À compléter de manière multidisciplinaire

Ce rapport de fonctionnement est établi pour
(nom et prénom du bénéficiaire)

Codes qualificatifs (c.à.d. l'ampleur des limitations fonctionnelles)

- 0 = PAS de limitation ou problème de participation (aucun, absent, négligeable 0-4%)
- 1 = LEGÈRE limitation ou problème de participation (minime, faible 5-24%)
- 2 = MODÈRE limitation ou problème de participation (assez important 25-49%)
- 3 = GRAVE limitation ou problème de participation (élevé, fort, considérable 50-95%)
- 4 = COMPLETE limitation ou problème de participation (total 96-100%)
- 8 = limitation ou problème de participation non spécifié
- 9 = pas d'application

Fonctionnement / mobilité	Code qualificatif	Description
1. Déplacement : marcher (y compris se mettre debout et s'asseoir de manière autonome) (*)		
1.1. Peut marcher à l'intérieur de façon autonome – mains libres pour des activités. Epreuve des problèmes pour marcher à l'extérieur en raison de :		
1.2. Peut seulement marcher à l'intérieur de manière autonome, y compris les transferts -- Les mains ne sont pas libres pour des activités. Impossibilité de marcher à l'extérieur		
1.3. Impossibilité de marcher à l'intérieur et à l'extérieur		

(*) Code qualificatif à remplir obligatoirement..

Annexe 19bis (page 1 – verso)

Fonctionnement / mobilité	Code qualificatif	Description
2. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'une voiturette. ⁽⁷⁾		
2.1. Peut se servir d'une voiturette manuelle à l'intérieur et à l'extérieur ou pourra le faire dans un avenir proche.		
2.2. A une fonction limitée au niveau des membres supérieurs (gauche, droite) et ne peut commander une voiturette manuelle qu'en terrain plat et à l'intérieur.		
2.3. Peut commander un scooter électronique.		
2.4. Peut commander une voiturette électronique à l'aide d'un joystick.		
2.5. Peut commander une voiturette électronique à l'aide d'une commande adaptée: pied, menton, tête,....		
2.6. Nécessite des adaptations spécifiques pour le contrôle de l'environnement ou une commande combinée.		
2.7. Ne possède pas de fonctions permettant de rouler avec une voiturette manuelle ou électronique.		
3. Fonction de s'asseoir y compris la stabilité du tronc et de la tête. ⁽⁸⁾		
3.1. Aucun problème d'assise ou de stabilité pour le moment.		
3.2. La personne peut rencontrer plus tard des problèmes d'assise ou de stabilité en raison de:		
3.3. La personne a des problèmes d'assise et de stabilité au niveau du bassin, du tronc, de la tête en raison de :		

Fonctionnement / mobilité	Description
4. La personne risque d'avoir des escarres à force de rester assise en raison de:	
4.1. Troubles de la sensibilité, troubles trophiques, anomalies anatomiques, ...	
4.2. Incontinence, allergie, transpiration.	
4.3. Ne peut se soulever en raison d'une incapacité physique, d'une incapacité mentale, d'un problème de conscience, ...	

Annexe 19bis (page 2 – recto)

Fonctionnement / mobilité	Description
5. Points importants supplémentaires en rapport avec l'avis sur la voiturette:	
5.1. Spasticité: MS / MI / tronc / cou	
5.2. Mouvements incontrôlables: MS / MI / tronc/ cou	
5.3. Contractures ou ankylose MS / MI / tronc/ cou	
5.4. Taille	
5.5. Poids	
5.6. Equilibre	
5.7. Endurance/ Résistance à l'effort	
6. Caractéristiques personnelles:	
6.1. Sens:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilité 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vue 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouïe 	
6.2. Orientation temps, espace et personne	
6.3. Cognition: penser, apprendre, mémoriser	
6.4. Comportement: inquiet, serein, inactif, suractif, sens des responsabilités, autres, à savoir:	

Annexe 19bis (page 2 – verso)

Fonctionnement / mobilité	Description
7. Niveau d'activité et participation	
7.1. Activités et occupations quotidiennes à l'aide de la voiturette.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans l'habitation: <i>toujours, généralement, occasionnellement</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Environnement immédiat: <i>toujours, généralement, occasionnellement</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur le chemin de l'école, du travail: <i>toujours, généralement, occasionnellement</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sport ou loisirs: <i>toujours, généralement, occasionnellement</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Courses: <i>toujours, généralement, occasionnellement</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visite de la famille ou visite des amis: <i>toujours, généralement, occasionnellement</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Théâtre ou cinéma: <i>toujours, généralement, occasionnellement</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Divers: 	
7.2. Transport sur de moyennes distances	
7.2.1. Peut commander un système mécanique comme un vélo adapté, un tricycle, un tricycle à position assise, un tricycle à position couchée, un handbike	
7.2.2. Ne peut utiliser qu'un système motorisé ou électronique comme : un cycle équipé d'un moteur électrique, un tricycle à moteur auxiliaire, un handbike à moteur auxiliaire, un système de traction pour une voiturette, un scooter ou une voiturette électronique.	
7.3. Transport sur longue distance :	
7.3.1. Conduit lui-même la voiture – effectue le transfert de manière autonome – emmène lui-même la voiturette (ou roule lui-même à bord d'un véhicule avec la voiturette électronique)	
7.3.2. Roule lui-même en voiture – se fait aider lors du transfert à bord du véhicule, lors du montage et du démontage de la voiturette	
7.3.3. Est transporté à bord d'un véhicule ordinaire – d'un véhicule adapté- d'une camionnette.	
7.3.4. Utilisation des transports en commun: type: autonome/avec aide	

Annexe 19bis (page 3 – recto)

Fonctionnement / mobilité	Description
8. Facteurs environnementaux :	
8.1. Domicile :	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité de l'habitation au moyen de la voiturette : autonome/avec aide 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espace de rangement pour les aides : oui/non 	
8.2. Ecole / environnement de travail :	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité : autonome/avec aide 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien: 	
8.3. Autres lieux fréquentés (à spécifier) :	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accessibilité : autonome/avec aide 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien: 	
8.4. Eléments spécifiques à la région	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Terrain plat, inégal, vallonné, montagneux 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autres: 	

Annexe 19bis (page 3 - verso)**CONCLUSION(S) DE L'EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE**

--

Cet avis multidisciplinaire a été établi par:

Date		
Médecin (médecin-rééducateur)	Nom Numéro d'agrément	Signature
Ergothérapeute ou kinésithérapeute	Nom Numéro d'agrément	Signature
Autre (description de la fonction)	Nom Numéro d'agrément	Signature

Annexe 19bis (page 4)**CADRE RESERVE AU BENEFICIAIRE**

A compléter par le bénéficiaire

- J'ai eu droit de regard sur ce document
- Je souhaite formuler les remarques suivantes:

(cochez une ou plusieurs propositions)

Remarques / Commentaires:

Date: le/...../.....

Nom et signature du bénéficiaire:.....

Vu pour être annexé au règlement du 31 janvier 2005.

Le Fonctionnaire Dirigeant f.f.,

Dr. G. VEREECKE.

Le Président,

D. SAUER.

Annexe au Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°,
de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Annexe 19ter (recto)

RAPPORT DE MOTIVATION POUR LA DEMANDE D'UNE AIDE À LA MOBILITÉ ET/OU ADAPTATIONS (article 28, § 8 de la nomenclature des prestations de santé)

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire ou apposer une vignette de la mutualité

Nom en prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	
Numéro de registre national	
Adresse	
Mutualité	
Numéro d'inscription	
Le bénéficiaire séjourne à l'adresse suivante (remplir si différente du domicile)	

A compléter par le dispensateur de soins.

TYOLOGIE GENERALE DE L'AIDE A LA MOBILITE (VERSION DE BASE)

Ce rapport de motivation est établi pour
(nom et prénom du bénéficiaire)

Groupe principal:	
Sous-groupe:	
Numéro NPS:	
Motivation :	

TYOLOGIE GENERALE DES ADAPTATIONS

	Numéro NPS	Motivation
Membres inférieurs		
Membres supérieurs		

Annexe 19ter (verso)

	Numéro NPS	Motivation
Positionnement (siège-dossier)		
Sécurité		
Conduite/propulsion		

TEST DE L'AIDE A LA MOBILITE (uniquement obligatoire pour les voitures électroniques)

Le test de l'aide à la mobilité a eu lieu

Description du test

SUR-MESURE

Ce rapport de motivation concerne une (des) prestation(s) sur-mesure

Motivation

IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS

Le présent avis est formulé par :

Dispensateur de soins agréé	Nom Numéro d'identification
Date	Signature

Vu pour être annexé au règlement du 31 janvier 2005.

Le Fonctionnaire Dirigeant f.f.,

Dr. G. VEREECKE.

Le Président,

D. SAUER.

Annexe au Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°,
de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Annexe 20 (page 1 – recto)

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE
POUR UNE AIDE À LA MOBILITÉ ET/OU ADAPTATIONS
(article 28, § 8 de la nomenclature des prestations de santé)

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire ou apposer une vignette de la mutualité

Nom en prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	
Numéro de registre national	
Adresse	
Mutualité	
Numéro d'inscription	
Le bénéficiaire séjourne à l'adresse suivante (remplir si différente du domicile)	

A compléter par le dispensateur de soins

IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS

La présente demande est introduite par :

Nom du dispensateur agréé	
Numéro d'agrément auprès de l'INAMI	
Nom de l'entreprise	
Adresse de l'entreprise	

PRESTATIONS DEMANDEES

<u>Aides à la mobilité</u> <u>(version de base)</u> (Marque/Type)	Numéro NPS	Code d'identification du produit sur la liste	Prix	Valeur Y	Interv. OA	Suppl. bénéficiaire

Annexe 20 (page 1 – verso)

Adaptations (Marque/Type)	Numéro NPS	Code d'identification du produit sur la liste	Prix	Valeur Y	Interv. OA	Suppl. bénéficiaire
Membres inférieurs						
Membres supérieurs						
Positionnement (siège-dossier)						
Sécurité						
Conduite/propulsion						

DEVIS POUR LE SUR-MESURE

Description	Prix (EUR) (TVA incl.)

Date: le/...../.....

Signature du dispensateur de soins:.....

Annexe 20 (page 2)**CADRES RESERVES AU BENEFICIAIRE***A compléter par le bénéficiaire***FORFAIT** je demande le forfait**ADAPTATIONS POUR LESQUELLES UNE INTERVENTION DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE N'EST PAS PRÉVUE ET QUI SONT DEMANDÉES PAR LE BÉNÉFICIAIRE** Je donne mon accord pour les adaptations non-remboursables reprises ci-dessous:

Description circonstanciée des adaptations non-remboursables demandées par le bénéficiaire	Prix (EUR) (TVA incl.)
Total	

TRANSMISSION DU DOSSIER AU FONDS POUR L'INTEGRATION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPEES J'approuve l'envoi de mon dossier par la mutualité au Fonds pour l'Intégration sociale des Personnes handicapées, pour une demande d'intervention supplémentaire ou d'une autre nature

Date: le/...../.....

Signature du bénéficiaire: :.....

Annexe 20 (page 3 - recto)

DECISION DU MEDECIN-CONSEIL

Date: le/...../.....

Signature du médecin-conseil:.....

Annexe 20 (page 3 - verso)

A remplir par la mutualité en cas d'application du tiers payant

CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME ASSUREUR			
Mutualité ou office régional		Numéro d'inscription	
1	Code titulaire	2	
		Tous risques	100 p.c.
		Droit aux gros risques	
		Petits risques	75 p.c.
ENGAGEMENT DE PAIEMENT			
L'organisme assureur s'engage à rembourser les montants relatifs à l'exécution de la ou des prestations suivantes.....			
.....			
suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.			
Cet engagement n'est valable que jusqu'au.....			
Cachet		Date:.....	
		Pour la mutualité, La personne responsable,	
		
		(Signature-nom)	
Le présent document ne vaut comme engagement de paiement de la mutualité que s'il a été opté pour le régime du tiers payant			

Vu pour être annexé au règlement du 31 janvier 2005.

Le Fonctionnaire Dirigeant f.f.,

Dr. G. VEREECKE.

Le Président,

D. SAUER.

Bijlage bij de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende e verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bijlage 13bis (blad 1 – recto)

GETUIGSCHRIFT VAN AFLEVERINGEN BESTEMD VOOR BANDAGISTEN (artikel 28§8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen)

IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

In te vullen door de rechthebbende of klevver ziekenfonds.

Naam en voornaam van de rechthebbende	
Geboortedatum	
Rijksregisternummer	
Adres	
Ziekenfonds	
Inschrijvingsnummer	
De rechthebbende verblijft op volgend adres (invullen indien verschillend van domicilie-adres)	

In te vullen door de verstrekker

IDENTIFICATIE VAN DE VERSTREKKER

Deze aanvraag is opgemaakt door:

Naam van de erkende verstrekker	
Erkenningsnummer bij het RIZIV	
Bedrijfsnaam	
Adres van het bedrijf	

AFGELEVERDE VERSTREKKINGEN

<u>Mobiliteitshulpmiddelen</u> <u>(basisuitrusting)</u> (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het product op de lijst	Prijs	Y waarde	Tussenk. VI	Opleg rechtheb.
<u>Aanpassingen</u> (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het product op de lijst	Prijs	Y waarde	Tussenk. VI	Opleg rechtheb.
Onderste ledematen						

Bijlage 13bis (blad 1 – verso)

Aanpassingen (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het product op de lijst	Prijs	Y waarde	Tussenk. VI	Opleg rechtheb.
Bovenste ledematen						
Zithouding (zit-ruggedeelte)						
Veiligheid						
Besturing/aandrijving						

Datum van de aflevering :/...../.....

Voorgescreven door.....

Op datum van...../...../.....

Het voorschrift of toestemming van de adviserend geneesheer van/...../..... is toegevoegd

Inschrijvingsnr. RIZIV van de voorschrijver : -

Voor opgenomen rechthebbenden :

Nr. van de instelling: - Dienst :

In geval van de derdebetalersregeling is dit getuigschrift betaalbaar door het ziekenfonds op rekeningnummer

 - -

Datum...../...../.....

Handtekening van de verstrekker.....

In te vullen door de rechthebbende

Ik bevestig de bovenvermelde verstrekking(en) te hebben ontvangen : nr.....

Datum...../...../.....

Handtekening :

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 31 januari 2005.

De Wnd. Leidend Ambtenaar,

Dr. G. VEREECKE.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage bij de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende e verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bijlage 19 (blad 1 – recto)

MEDISCH VOORSCHRIFT VOOR EEN MOBILITEITSHULPMIDDEL
EN/OF AANPASSINGEN
(artikel 28, § 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen)

IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

In te vullen door de rechthebbende of klevler ziekenfonds.

Naam en voornaam van de rechthebbende	
Geboortedatum	
Rijksregisternummer	
Adres	
Ziekenfonds	
Inschrijvingsnummer	
De rechthebbende verblijft op volgend adres (invullen indien verschillend van domicilie-adres)	

In te vullen door de voorschrijvend geneesheer

1. VOORSCHRIFT

Ondergetekende, Dokter in de geneeskunde, verklaart hierbij dat (naam en voornaam van de rechthebbende) ten gevolge van functionele en/of anatomische stoornissen, beperkingen in de mobiliteit vertoont. Hierdoor zijn er voor de rechthebbende problemen van participatie aan het maatschappelijk leven. De rechthebbende dient hiervoor definitief een gepast verplaatsingshulpmiddel te bekomen.

Dit document is een voorschrift voor een

- loophulpmiddel
- rolstoel - onderstel
- statoestel
- orthopedische driewiel fiets
- aanpassing aan een reeds afgeleverd mobiliteitshulpmiddel
- antidecubituszittkussen
- modulair aanpasbaar systeem ter ondersteuning van de zithouding

Het betreft een: eerste aanvraag
 hernieuwing

2. DIAGNOSE

Aanvangsdatum van de aandoening of gebeurtenis aan de basis van de handicap :	
De handicap is het gevolg van een ongeval:	JA – NEEN

Bijlage 19 (blad 1 – verso)

Diagnose die aan de basis van dit voorschrift ligt :

Omschrijving van de huidige medische situatie (of een recent/geactualiseerd medisch verslag in bijlage)
(in geval van unilaterale aandoening, links of rechts aanduiden)

Prognose

- Op korte termijn:

- Op 5 jaar:

3. EVALUATIE VAN DE GEBRUIKSDUUR VAN HET HULPMIDDEL

Het gebruik is:	<input type="checkbox"/> TIJDELIJK <input type="checkbox"/> DEFINITIEF
Het gebruik is noodzakelijk :	<input type="checkbox"/> EEN BEPERKT DEEL VAN DE DAG <input type="checkbox"/> EEN BELANGRIJK DEEL VAN DE DAG <input type="checkbox"/> PERMANENT
Eventuele opmerkingen	

4. GLOBALE BESCHRIJVING VAN DE FUNCTIONALITEIT VAN DE RECHTHEBBENDE

Voor een aanvraag betreffende een loophulp, enkel rubrieken a, b en c invullen.

Voor een aanvraag betreffende een aanpassing aan een reeds afgeleverd mobiliteitshulpmiddel, ga rechtstreeks naar punt 5.

In het medisch voorschrift omschrijft de voorschrijvende arts op basis van de diagnose de mate of omvang van de functionele en/of anatomische stoornissen van de rechthebbende en de beperkingen in activiteiten en participatieproblemen die hiervan het gevolg zijn. Hiervoor beschrijft hij een aantal functies van het bewegingssysteem in detail op basis van het ICF–typeringssysteem. Aan de hand daarvan bepaalt hij voor elke functie de typering.

Typeringen (meer bepaald de graad van functionele beperkingen)

- 0 = GEEN beperking of participatieprobleem (geen, afwezig, verwaarloosbaar, 0-4%)
- 1 = LICHTE beperking of participatieprobleem (gering, laag, 5-24%)
- 2 = MATIGE beperking of participatieprobleem (tamelijk, 25-49%)
- 3 = ERNSTIGE beperking of participatieprobleem (hoog, sterk, aanzienlijk, 50-95%)
- 4 = VOLLEDIGE beperking of participatieprobleem (totaal, 96-100%)
- 8 = niet gespecificeerde beperking of participatieprobleem
- 9 = niet van toepassing

Bijlage 19 (blad 2 – recto)

De globale beoordeling van de verschillende functies bepaalt uiteindelijk of de rechthebbende in aanmerking komt voor het voorgestelde mobiliteitshulpmiddel.

Functie	Typering ¹	Globale beschrijving en motivering ² (omcirkelen wat past of beschrijven)
a Zich binnenshuis verplaatsen d4600 (lopen van korte afstand)		geen moeilijkheid, mits steun, mits loophulp, mits hulp van een persoon, verplaatsingen zonder hulp zeer moeilijk of onmogelijk,...
b Zich buitenshuis verplaatsen d4602 (lopen van lange afstand)		geen moeilijkheid, mits steun, mits loophulp, mits hulp van een persoon, verplaatsingen zonder hulp zeer moeilijk of onmogelijk,...
c Handhaven van staande houding d4154 (enige tijd)		geen moeilijkheid, mits steun, mits hulp van een persoon, zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp,...
d Gebruiken van hand en arm d445 (zich opduwen, veranderen van houding, persoonlijk aandrijven van een manuele/elektronische rolstoel, ...)		kan zich / kan zich niet zelfstandig opduwen kan / kan niet zelfstandig veranderen van houding kan / kan niet zelfstandig een manuele/elektronische rolstoel aandrijven/besturen
e Uitvoeren van transfers d420		transfer in/uit de rolstoel : autonoom / met hulp / zeer moeilijk / onmogelijk zonder hulp
f Handhaven van zittende houding d4153		handhaven van zittende houding: autonoom / mits steun / totaal passieve zithouding / ...
g Cognitieve functies Waakzaamheid, aandacht, oriëntatie in tijd/plaats, ...		

¹ Verplicht invullen en/of aanduiden

² Verplicht invullen en/of aanduiden

Bijlage 19 (blad 2 – verso)**Bijkomende inlichtingen (zo nodig)**

bvb. houdingsanomalieën, problemen aan het zitvlak of de stuit, oedeemvorming, incontinentie, eetstoornissen, gevoelsstoornissen, stoornissen in hart of bloedvaten, stoornissen van het ademhalingsstelsel, huidproblemen, decubitus

5. MOTIVATIE INDIEN EEN AANPASSING GEVRAAGD WORDT AAN EEN REEDS AFGELEVERD MOBILITEITSHULPMIDDEL

Welke zijn de beperkingen die de toevoeging van een of meerdere aanpassingen nodig maakt ?

6. EVENTUELE BIJKOMENDE OPMERKINGEN

Datum en handtekening	Stempel met RIZIV-nummer
	Voorschrijvend geneesheer

Bijlage 19 (blad 3)**VAKKEN BESTEMD VOOR DE RECHTHEBBENDE***In te vullen door de rechthebbende*

Gebruiksdoel van het hulpmiddel³:	<input type="checkbox"/> voor occasionele verplaatsingen <input type="checkbox"/> om dagelijks in te zitten gedurende de dag <input type="checkbox"/> om deel te nemen aan het gezinsleven . <input type="checkbox"/> om deel te nemen aan het sociale leven. <input type="checkbox"/> om te werken of een opleiding te volgen <input type="checkbox"/> om deel te nemen aan sport en ontspanning <input type="checkbox"/> andere:
---	--

Factoren die het gebruik van een mobiliteitshulpmiddel beïnvloeden (globale beschrijving van de gegevens die relevant zijn voor de beoordeling van de aanvraag)	
Woonomgeving	
Bijzonderheden van de woonomgeving	
Bijzonderheden bij opleiding, vorming of scholing	
Bijzonderheden van het werk	
Sociale activiteiten	

Datum:/...../.....

Handtekening van de rechthebbende:.....

³ Aanvinken wat past

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 31 januari 2005.

De Wnd. Leidend Ambtenaar,

Dr. G. VEREECKE.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage bij de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende e verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bijlage 19bis (blad 1 – recto)

MULTIDISCIPLINAIR FUNCTIONERINGSRAPPORT VOOR DE AANVRAAG VAN EEN MOBILITEITSHULPMIDDEL EN/OF AANPASSINGEN (artikel 28, § 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen)

Over te maken door de rechthebbende aan de door hem gekozen verstrekker

IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

In te vullen door de rechthebbende of klevler ziekenfonds.

Naam en voornaam van de rechthebbende	
Geboortedatum	
Rijksregisternummer	
Adres	
Ziekenfonds	
Inschrijvingsnummer	
De rechthebbende verblijft op volgend adres (invullen indien verschillend van domicilie-adres)	

FUNCTIONERINGSRAPPORT IN RELATIE TOT HET GEBRUIK VAN EEN MOBILITEITSHULPMIDDEL

Multidisciplinair in te vullen

Dit functioneringsrapport wordt opgesteld voor
(naam en voornaam van de rechthebbende)

Typeringen (meer bepaald de graad van functionele beperkingen)

- 0 = GEEN beperking of participatieprobleem (geen, afwezig, verwaarloosbaar, 0-4%)
- 1 = LICHTE beperking of participatieprobleem (gering, laag, 5-24%)
- 2 = MATIGE beperking of participatieprobleem (tamelijk, 25-49%)
- 3 = ERNSTIGE beperking of participatieprobleem (hoog, sterk, aanzienlijk, 50-95%)
- 4 = VOLLEDIGE beperking of participatieprobleem (totaal, 96-100%)
- 8 = niet gespecificeerde beperking of participatieprobleem
- 9 = niet van toepassing

Functioneren / mobiliteit	Typering	Beschrijving
1. Verplaatsing: stappen (inclusief zelfstandig rechtstaan en zitten)^(*)		
1.1. Kan zelfstandig stappen binnenshuis – handenvrij voor activiteiten. Heeft problemen met stappen buitenshuis omwille van:		
1.2. Kan enkel zelfstandig stappen binnenshuis met inbegrip van transfers – Handen zijn niet beschikbaar voor activiteiten. Buitenshuis stappen onmogelijk.		
1.3. Het stappen is binnen en buiten onmogelijk		

^(*) Typering verplicht in te vullen

Bijlage 19bis (blad 1 – verso)

Functioneren / mobiliteit	Typering	Beschrijving
2. Functie van de bovenste ledematen en resterende functies in relatie tot rolstoelbesturing.^(*)		
2.1. Kan een manuele rolstoel binnen en buiten bedienen of zal dit in de nabije toekomst kunnen.		
2.2. Heeft beperkte functie in de bovenste ledematen (links, rechts) en kan enkel op vlak terrein en binnenshuis een manuele rolstoel bedienen.		
2.3. Kan een elektronische scooter bedienen.		
2.4. Kan een elektronische rolstoel bedienen d.m.v. een joystick.		
2.5. Kan een elektronische rolstoel bedienen d.m.v. een aangepaste besturing: voet, kin, hoofd,....		
2.6. Heeft nood aan specifieke aanpassingen, voor het bedienen van zijn omgeving of een gecombineerde besturing.		
2.7. Heeft geen functies die het rijden met een manuele of elektronische rolstoel mogelijk maken.		
3. Functie van zitten met inbegrip van romp en hoofdstabiliteit^(*)		
3.1. Momenteel geen zit- of stabiliteitsproblemen.		
3.2. De persoon kan later zit- of stabiliteitsproblemen krijgen omwille van:		
3.3. De persoon heeft zit- en stabiliteitsproblemen in bekken, romp, hoofd omwille van:		

Functioneren / mobiliteit	Beschrijving
4. De persoon heeft kans op doorzitwonden omwille van:	
4.1. Sensibiliteitsstoornissen, trofische stoornissen, anatomische afwijkingen, ...	
4.2. Incontinentie, allergie, transpiratie.	
4.3. kan zich niet opduwen wegens lichamelijke onmacht, mentale onmacht, bewustzijnsprobleem, ...	

Bijlage 19bis (blad 2 – recto)

Functioneren / mobiliteit	Beschrijving
5. Extra knelpunten in relatie tot rolstoeladvies:	
5.1. Spasticiteit: BL / OL / romp / hals	
5.2. Oncontroleerbare bewegingen: BL / OL / romp / hals	
5.3. Contracturen of ankylose BL / OL / romp / hals	
5.4. Gestalte	
5.5. Gewicht	
5.6. Evenwicht	
5.7. Uithouding/inspanningstolerantie	
6. Persoonlijke kenmerken:	
6.1. Zintuigen:	
▪ Sensibiliteit	
▪ Zien	
▪ Horen	
6.2. Oriëntatie tijd, ruimte en persoon	
6.3. Cognitie: denken, leren, geheugen	
6.4. Gedrag: onrustig, rustig, inactief, overactief, verantwoordelijkheidsgevoel, anders nl.:	

Bijlage 19bis (blad 2 – verso)

Functioneren / mobiliteit	Beschrijving
7. Activiteitsniveau en participatie	
7.1. Dagelijkse activiteiten en bezigheden met de rolstoel.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ In de woning: <i>altijd, meestal, occasioneel</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Onmiddellijke omgeving: <i>altijd, meestal, occasioneel</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Van en naar school, werk: <i>altijd, meestal, occasioneel</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vrije tijd of sport: <i>altijd, meestal, occasioneel</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Boodschappen: <i>altijd, meestal, occasioneel</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familie- of vriendenbezoek: <i>altijd, meestal, occasioneel</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Theater of film: <i>altijd, meestal, occasioneel</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diverse: 	
7.2. Transport op middellange afstand	
7.2.1. Kan een mechanisch systeem bedienen zoals aangepaste fiets, driewieler, driewieler zitfiets, driewieler ligfiets, handbike	
7.2.2. Kan slechts een gemotoriseerd of elektronisch systeem gebruiken zoals: fiets met elektromotor, driewieler met hulpmotor, handbike met hulpmotor, tractiesysteem voor rolstoel, scooter of elektronische rolstoel.	
7.3 Transport op lange afstand:	
7.3.1. Rijdt zelf met de wagen – doet transfer zelfstandig – neemt zelfstandig de rolstoel mee (of rijdt zelf met elektronische rolstoel in wagen)	
7.3.2. Rijdt zelf met de wagen - wordt geholpen bij autotransfer, bij montage en demontage van de rolstoel	
7.3.3. Wordt vervoerd met – gewone wagen – aangepaste wagen - bestelwagen.	
7.3.4. Gebruik van openbaar vervoer: soort: zelfstandig/met hulp	

Bijlage 19bis (blad 3 – recto)

Functioneren / mobiliteit	Beschrijving
8. Omgevingsfactoren:	
8.1. Domicilie:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toegankelijkheid van de woning met rolstoel: zelfstandig/ met hulp 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bergruimte hulpmiddelen: ja/ neen 	
8.2. School / werkomgeving:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toegankelijkheid: zelfstandig/ met hulp 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ondersteuning: 	
8.3. Andere vaak bezochte plaatsen (te specifiëren):	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toegankelijkheid: zelfstandig/met hulp 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ondersteuning: 	
8.4. Streekgebonden elementen:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vlak, oneffen terrein, heuvelachtig, bergachtig 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Andere: 	

Bijlage 19bis (blad 3 – verso)**CONCLUSIE(S) VAN HET MULTIDISCIPLINAIRE TEAM**

--

Dit multidisciplinair advies is opgemaakt door:

Datum		
Geneesheer (revalidatiearts)	Naam Erkenningsnummer	Handtekening
Ergotherapeut of kinesitherapeut	Naam Erkenningsnummer	Handtekening
Andere (functieomschrijving)	Naam Erkenningsnummer	Handtekening

Bijlage 19bis (blad 4)**VAK BESTEMD VOOR DE RECHTHEBBENDE**

In te vullen door de rechthebbende

Ik heb volledige inzage gekregen in dit document

Ik heb volgende opmerkingen te maken:

(een of meerdere voorstellen aankruisen)

Opmerkingen / Commentaren:

Datum:/...../.....

Naam en handtekening van de rechthebbende:.....

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 31 januari 2005.

De Wnd. Leidend Ambtenaar,

Dr. G. VEREECKE.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage bij de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende e verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bijlage 19ter (recto)

**MOTIVERINGSRAPPORT VOOR DE AANVRAAG VAN
EEN MOBILITEITSHULPMIDDEL EN/OF AANPASSINGEN
(artikel 28, § 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen)**

IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

In te vullen door de rechthebbende of klevler ziekenfonds.

Naam en voornaam van de rechthebbende	
Geboortedatum	
Rijksregisternummer	
Adres	
Ziekenfonds	
Inschrijvingsnummer	
De rechthebbende verblijft op volgend adres (invullen indien verschillend van domicilie-adres)	

In te vullen door de verstrekker.

ALGEMENE TYPOLOGIE VAN HET MOBILITEITSHULPMIDDEL (BASISUITRUSTING)

Dit motiveringsrapport wordt opgesteld voor
(naam en voornaam van de rechthebbende)

Hoofdgroep:	
Subgroep:	
Nummer NGV:	
Motivering :	

ALGEMENE TYPOLOGIE AANPASSINGEN

	Nummer NGV	Motivering
Onderste ledematen		
Bovenste ledematen		

Bijlage 19ter (verso)

	Nummer NGV	Motivering
Zithouding (zit-ruggedeelte)		
Veiligheid		
Besturing/aandrijving		

TEST VAN HET MOBILITEITSHULPMIDDEL (enkel verplicht voor elektronische rolstoelen)

De test van het mobiliteitshulpmiddel is uitgevoerd

Beschrijving van de test

MAATWERK

Dit motiveringsrapport betreft maatwerkverstrekking(en)

Motivering

IDENTIFICATIE VAN DE VERSTREKKER

Dit advies is opgemaakt door:

Erkend verstrekker	Naam Identificatienummer
Datum	Handtekening

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 31 januari 2005.

De Wnd. Leidend Ambtenaar,

Dr. G. VEREECKE.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Bijlage bij de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende e verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bijlage 20 (blad 1 - recto)

AANVRAAG VOOR VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING VAN EEN MOBILITEITSHULPMIDDEL EN/OF AANPASSINGEN

(artikel 28, § 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen)

IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

In te vullen door de rechthebbende of klever ziekenfonds.

Naam en voornaam van de rechthebbende	
Geboortedatum	
Rijksregisternummer	
Adres	
Ziekenfonds	
Inschrijvingsnummer	
De rechthebbende verblijft op volgend adres (invullen indien verschillend van domicilie-adres)	

In te vullen door de verstrekker

IDENTIFICATIE VAN DE VERSTREKKER

Deze aanvraag is opgemaakt door:

Naam van de erkende verstrekker	
Erkenningsnummer bij het RIZIV	
Bedrijfsnaam	
Adres van het bedrijf	

GEVRAAGDE VERSTREKKINGEN

<u>Mobiliteitshulpmiddelen</u> <u>(basisuitrusting)</u> (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het product op de lijst	Prijs	Y waarde	Tussenk. VI	Opleg rechtheb.

Bijlage 20 (blad 1 – verso)

<u>Aanpassingen</u> (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het product op de lijst	Prijs	Y waarde	Tussenk. VI	Opleg rechtheb.
Onderste ledematen						
Bovenste ledematen						
Zithouding (zit-ruggedeelte)						
Veiligheid						
Besturing/aandrijving						

BESTEK MAATWERK

Beschrijving	Prijs (EUR) (incl. BTW)

Datum :/...../.....

Handtekening van de verstrekker :

Bijlage 20 (blad 2)**VAKKEN BESTEMD VOOR DE RECHTHEBBENDE***In te vullen door de rechthebbende***FORFAIT** Ik vraag het forfait**AANPASSINGEN ZONDER TEGEMOETKOMING IN HET RAAM VAN DE VERPLICHTE VERZEKERING EN DIE DOOR DE RECHTHEBBENDE ZIJN GEVRAAGD** Ik ga akkoord met de onderstaande niet-vergoedbare aanpassingen :

Omstandige omschrijving van de niet-vergoedbare aanpassingen, gevraagd door de rechthebbende	Prijs (EUR) (incl. BTW)
Totaal	

OPSTUREN VAN HET DOSSIER AAN HET FONDS VOOR SOCIALE INTEGRATIE VAN PERSONEN MET EEN HANDICAP Ik ga akkoord met het opsturen door het ziekenfonds van mijn dossier aan het Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap voor een aanvraag van bijkomende of andere tussenkomst

Datum:/...../.....

Handtekening van de rechthebbende:.....

Bijlage 20 (blad 3 - recto)

BESLISSING ADVISEREND GENEESHEER

Datum:/...../.....

Handtekening van de adviserend geneesheer:.....

Bijlage 20 (blad 3 - verso)

In te vullen door het ziekenfonds in geval van toepassing van derdebetalersregeling :

VAK BESTEMD VOOR DE V.I.			
Ziekenfonds of Gewest. dienst		Inschrijvingsnummer	
1	Code gerechtigde	2	
		Alle risico's	100 p.c.
		Recht op grote risico's	
		Kleine risico's	75 p.c.
BETALINGSVERBINTENIS			
De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de bedragen betreffende de uitvoering van de volgende verstrekking(en).....			
te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.			
Deze verbintenis geldt slechts tot.....			
Stempel		Datum:.....	
		Voor het ziekenfonds, De verantwoordelijke persoon,	
		
		(Handtekening - Naam)	
Dit document geldt enkel als betalingsverbintenis van het ziekenfonds indien geopteerd werd voor de derdebetalingsregeling			

Gezien om te worden gevoegd bij de verordening van 31 januari 2005.

De Wnd. Leidend Ambtenaar,

Dr. G. VEREECKE.

De Voorzitter,

D. SAUER.