

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2012 — 3429

[C – 2012/22399]

22 OKTOBER 2012. — 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;

Gelet op het voorstel van de Technische raad voor rolstoelen van 18 oktober 2011 en 20 december 2011;

Gelet op het advies van de Overeenkomstencommissie bandagisten-verzekeringsinstellingen van 6 december 2011 en 12 januari 2012;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 22 oktober 2012,

Besluit :

**Artikel 1.** De bijlagen 19, 19bis, 19ter 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 bijlagen 19, 19bis, 19ter en 20 die hierbij zijn gevoegd.

**Art. 2.** Met betrekking tot de inwerkingtreding van deze verordening geldt de volgende overgangsbepaling :

De bijlagen 19, 19bis, 19ter en 20 die opgesteld zijn vóór de inwerkingtreding van deze verordening (de datum van handtekening geldt als bewijs) blijven geldig tot het einde van de aanvraagprocedure.

**Art. 3.** Deze verordening treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Brussel, 22 oktober 2012.

De Leidend ambtenaar,  
H. De Ridder.

De Voorzitter,  
G. Perl.

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

F. 2012 — 3429

[C – 2012/22399]

22 OCTOBRE 2012. — 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;

Vu la proposition du Conseil technique des voiturettes des 18 octobre 2011 et 20 décembre 2011;

Vu l'avis de la Commission de convention bandagistes-organismes assureurs du 6 décembre 2011 et 12 janvier 2012;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 22 octobre 2012,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Les annexes 19, 19bis, 19ter 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, 19bis, 19ter et 20 ci-jointes.

**Art. 2.** En ce qui concerne l'entrée en vigueur du présent règlement, la disposition transitoire suivante est d'application :

Les annexes 19, 19bis, 19ter et 20 rédigées avant l'entrée en vigueur du présent règlement (date de signature faisant foi) restent valables jusqu'à la fin de la procédure de demande.

**Art. 3.** Le présent règlement entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 22 octobre 2012.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
H. De Ridder.

Le Président,  
G. Perl.

Bijlage bij 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

### Bijlage 19 (blad 1 – recto)

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

**!!Alle rubrieken moeten ingevuld worden tenzij anders vermeld!!**

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

#### **IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE**

*In te vullen door de rechthebbende of klever ziekenfonds.*

Naam en voornaam van de rechthebbende	
Geboortedatum	□□ / □□ / □□□□
Adres (domicilie)	
Identificatienummer van de Sociale Zekerheid (INSZ)	□□□□□□-□□□-□□
Ziekenfonds (naam of nummer)	

*Als de rechthebbende verblijft in een ROB of RVT*

Naam van de instelling	
RIZIV nummer van de instelling	□□□□□□□□□□
Adres van de instelling	

#### **1. VOORSCHRIFT**

*In te vullen door de voorschrijvende geneesheer.*

*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 mobiliteitshulpmiddel te bekomen.*

VERSTREKKING VLGS. ART. 28, § 8	
<input type="checkbox"/> LOOPHULPMIDDEL	<input type="checkbox"/> ANTIDECUBITUSZITKUSSEN
<input type="checkbox"/> ROLSTOEL: MANUEEL/ ELEKTRONISCHE ROLSTOEL/ ELEKTRONISCHE SCOOTER ( <i>facultatief te specificeren</i> )	<input type="checkbox"/> ROLSTOEL ONDERSTEL VOOR ZITSCHAAL
<input type="checkbox"/> ORTHOPEDISCHE DRIEWIELFIETS	<input type="checkbox"/> MODULAIR AANPASBAAR SYSTEEM TER ONDERSTEUNING VAN DE ZITHOUDING
<input type="checkbox"/> STATOESTEL	<input type="checkbox"/> AANPASSING AAN EEN VROEGER AFGELEVERD MOBILITEITSHULPMIDDEL
<input type="checkbox"/> ANDERE ( BVB. MAATWERK):	

Het betreft een	<input type="checkbox"/> eerste aanvraag	<input type="checkbox"/> hernieuwing
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	

**Bijlage 19 (blad 1 – verso)****2. DIAGNOSE EN HUIDIGE MEDISCHE SITUATIE**

**Aanvangsdatum van de aandoening of gebeurtenis aan de basis van de handicap.**

De handicap is het gevolg van een ongeval  JA  NEEN

**Diagnose en omschrijving van de huidige medische situatie.**

*Of een recent/geactualiseerd medisch verslag in bijlage toevoegen.  
In geval van unilaterale aandoening, links of rechts specificeren.*

**Prognose (met betrekking tot de mobiliteit)**

*Op korte termijn:*

*Op 5 jaar:*

**3. 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 vroeger afgeleverd mobiliteitshulpmiddel of in geval van voortijdige hernieuwing van anti-decubitus kussen, 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. (\*)*

**ICF typering (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

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

(\*) Bijkomende informatie is te bekomen op de website [www.rivm.nl/who-fic/icf.htm](http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm)

## Bijlage 19 (blad 2 – recto)

Alle rubrieken zijn verplicht in te vullen!

Functies / Activiteiten en participatie	Typering	Globale beschrijving en motivering
a) Zich <b>binnenshuis verplaatsen</b> (lopen van korte afstand) ICF/d4500 / d4600	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits loophulp <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> verplaatsingen zonder hulp zeer moeilijk of onmogelijk <u>opmerkingen</u>
b) Zich <b>buitenshuis verplaatsen</b> (lopen van lange afstand) ICF/d4501 / d4602	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits loophulp <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> verplaatsingen zonder hulp zeer moeilijk of onmogelijk <u>opmerkingen</u>
c) Handhaven van <b>staande houding</b> (enige tijd) ICF/d4154	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp <u>opmerkingen</u>
d) Gebruiken van <b>hand en arm</b> in de rolstoel (kracht, coördinatie en uithouding) ICF/d410 / d440 / d445 / d465	<input type="checkbox"/>	kan zich zelfstandig en op regelmatige basis opduwen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen kan zelfstandig veranderen van houding <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen kan een manuele rolstoel zelfstandig bedienen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>
<p><b>Enkel in te vullen voor een aanvraag betreffende een elektronische scooter:</b></p>		
Functie van de bovenste ledematen of van het bovenste lidmaat wanneer slechts 1 functioneel bovenste lidmaat	<input type="checkbox"/>	kan een elektronische scooter besturen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>
e) Uitvoeren van <b>transfers</b> (transfer in en uit de rolstoel) ICF/d420	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geen moeilijkheid <input type="checkbox"/> mits nemen van steun <input type="checkbox"/> mits hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp <u>opmerkingen</u>
f) Handhaven van <b>zittende houding</b> (zitfunctie in de rolstoel) ICF/d4153	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kan zelfstandig zitten in de rolstoel <input type="checkbox"/> de zithouding in de rolstoel moet ondersteund worden met bijkomende hulpmiddelen of aanpassingen <input type="checkbox"/> totaal passieve zithouding <u>opmerkingen</u>
g) <b>Cognitieve functies</b> CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geen cognitieve problemen <input type="checkbox"/> lichte beperking van de cognitieve functies <input type="checkbox"/> matige tot ernstige beperking van de cognitieve functies <u>opmerkingen</u>

**Bijlage 19 (blad 2 – verso)****4. BIJKOMENDE INLICHTINGEN***Facultatief in te vullen.*

<input type="checkbox"/> houdingsanomalieën	<input type="checkbox"/> eetstoornissen
<input type="checkbox"/> problemen aan het zitvlak of de stuit	<input type="checkbox"/> gevoelsstoornissen
<input type="checkbox"/> oedeemvorming	<input type="checkbox"/> stoornissen van het ademhalingsstelsel
<input type="checkbox"/> incontinentie	<input type="checkbox"/> stoornissen van hart of bloedvaten
<input type="checkbox"/> huidproblemen, doorzitwonden	
<input type="checkbox"/> andere:	

**5. MOTIVERING INDIEN EEN AANPASSING AAN EEN VROEGER AFGELEVERD MOBILITEITSHULPMIDDEL GEVRAAGD WORDT OF IN GEVAL VAN VOORTIJDIGE HERNIEUWING VAN ANTI-DECUBITUS KUSSEN***Welke zijn de functionele beperkingen die bijkomende aanpassingen noodzakelijk maken?**Welke zijn de wijzigingen die de voortijdige hernieuwing van het anti-decubitus kussen noodzakelijk maken?***6. EVENTUELE BIJKOMENDE OPMERKINGEN**
Datum:   /   /    

Stempel met RIZIV-nummer van de voorschrijvende geneesheer

Handtekening van de voorschrijvende geneesheer.

.....

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

<b>Gebruiksdoel van het mobiliteitshulpmiddel</b>	<b>Opmerkingen (facultatief in te vullen)</b>
<input type="checkbox"/> voor occasionele verplaatsingen	
<input type="checkbox"/> voor beperkt gebruik per dag	
<input type="checkbox"/> voor dagelijks langdurig gebruik	
<input type="checkbox"/> voor gebruik in het huishouden	
<input type="checkbox"/> om deel te nemen aan het gezins- en/of 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"/> als zitplaats in een voertuig	
<input type="checkbox"/> andere: ..... .....	

*Facultatief in te vullen.***Factoren die het gebruik van een mobiliteitshulpmiddel beïnvloeden.***Globale beschrijving van de gegevens die relevant zijn voor de beoordeling van de aanvraag.*

Bijzonderheden van de woonomgeving:	
Bijzonderheden bij opleiding, vorming of scholing:	
Bijzonderheden van de werkomgeving:	
Sociale activiteiten:	
Andere:	

Datum: □□ / □□ / □□□□

Handtekening van de rechthebbende  
(of de wettelijke vertegenwoordiger):

:.....

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 22 oktober 2012

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDERDe Voorzitter,  
G. PERL

Bijlage bij 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

### 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)

**!!Alle rubrieken moeten ingevuld worden tenzij anders vermeld!!**

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

#### IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

In te vullen door de rechthebbende of klever ziekenfonds.

Naam en voornaam van de rechthebbende	
Geboortedatum	□□/□□/□□□□
Adres (domicilie)	
Identificatienummer van de Sociale Zekerheid (INSZ)	□□□□□□-□□□-□□
Ziekenfonds (naam of nummer)	

#### IDENTIFICATIE VAN DE VERSTREKKER

*In te vullen door de verstrekker die de rechthebbende naar het multidisciplinaire team verwijst*

Naam van de erkende verstrekker	
Erkenningsnummer bij het RIZIV	
Bedrijfsnaam	
Adres van het bedrijf	
Telefoonnummer, e-mail adres	
Ondernemingsnummer	

Reden van verwijzing naar een multidisciplinair team

<p><i>Aanvraag van een</i></p> <p><input type="checkbox"/> kinderrolstoel: <input type="checkbox"/> manueel, <input type="checkbox"/> elektronisch</p> <p><input type="checkbox"/> manueel actief rolstoel</p> <p><input type="checkbox"/> elektronische rolstoel</p> <p><input type="checkbox"/> elektronische binnen/buiten scooter</p> <p><input type="checkbox"/> elektronische buitenscooter</p> <p><input type="checkbox"/> stasysteem</p>	<p><input type="checkbox"/> orthopedische driewielerfiets in cumul met manueel actief rolstoel voor volwassenen</p> <p><input type="checkbox"/> voortijdige hernieuwing van een rolstoel</p> <p><input type="checkbox"/> voortijdige aanpassing aan reeds afgeleverde rolstoel</p> <p><input type="checkbox"/> andere (bvb. maatwerk):</p>
--	--

**Bijlage 19bis (blad 1 – verso)****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

(\*) Bijkomende informatie is te bekomen op de website [www.rivm.nl/who-fic/icf.htm](http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm)

FUNCTIE	ICF TYPERING	BESCHRIJVING
<b>1. Zich binnenshuis verplaatsen (lopen van korte afstand)</b> ICF/d4500 / d4600	<input type="checkbox"/>	Kan functioneel stappen binnenshuis – handenvrij voor activiteiten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan veilig en zelfstandig rechtstaand werken <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan bij het stappen zelfstandig en veilig gebruiksvoorwerpen hanteren en dragen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>
<b>2. Zich buitenshuis verplaatsen (lopen van lange afstand)</b> ICF/d4501 / d4602	<input type="checkbox"/>	Kan functioneel stappen buitenshuis: kan veilig en zelfstandig stappen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan functioneel stappen op oneffen terrein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan bij het stappen zelfstandig en veilig gebruiksvoorwerpen hanteren en dragen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>



## Bijlage 19bis (blad 2 – recto)

<p><b>3. Functie van de bovenste ledematen en resterende functies in relatie tot rolstoelbesturing</b> ICF/d440 / d445 / d465</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Kan een manuele rolstoel binnen en buiten bedienen.  <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing            Kan enkel op vlak terrein en binnenshuis een manuele rolstoel bedienen  <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing            Kan een elektronische rolstoel bedienen d.m.v. een joystick.  <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing            Kan enkel een elektronische rolstoel bedienen d.m.v. een aangepaste besturing: voet, kin, hoofd,....  <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing            Kan de noodzakelijke toestellen (telefoon, radio, tv, deuren,.....) zelfstandig bedienen vanuit de rolstoel, m.a.w. kan de directe omgeving zonder omgevingsbediening sturen.  <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing  <u>opmerkingen</u></p>
<p><b>4. Functie van de bovenste ledematen en resterende functies in relatie tot besturing van een elektronische scooter</b> ICF/d440 / d445 / d465</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Kan een elektronische scooter bedienen  <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen      <input type="checkbox"/> Niet van toepassing  <u>opmerkingen</u></p>
<p><b>5. Functie van de staande houding</b> ICF/d4154</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Kan zelfstandig en langdurig rechtop staan  <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen            Kan zelfstandig en langdurig rechtop staan mits gebruik van een hulpmiddel  <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen            Kan rechtop staan mits ondersteuning door één of meerdere personen  <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen            Kan onmogelijk rechtop staan  <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen  <u>opmerkingen</u></p>
<p><b>6. Functie van het zitten met inbegrip van romp- en hoofdstabiliteit</b> ICF/d4153 / d410</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Kan zelfstandig en langdurig rechtop zitten  <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen            Kan tijdens het zitten, de romp zelfstandig en langdurig stabiliseren  <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen            Kan tijdens het zitten het hoofd zelfstandig en langdurig stabiliseren  <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen            Kan zelfstandig van houding veranderen  <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Neen  <u>opmerkingen</u></p>

## Bijlage 19bis (blad 2 – verso)

<b>7. Uitvoeren van transfers transfer in/uit de rolstoel</b> ICF/d420 / d4200	<input type="checkbox"/> Kan transfer zelfstandig uitvoeren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan transfer zelfstandig uitvoeren mits nemen van steun <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Kan enkel transfer uitvoeren met hulp en ondersteuning van een persoon <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Transfer uitvoeren is zeer moeilijk of onmogelijk zonder hulp of liftsysteem <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <u>opmerkingen</u>
<b>8. Stoornis: Cognitieve functies</b> CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Indien ja, preciseren <input type="checkbox"/> oriëntatie in tijd <input type="checkbox"/> oriëntatie in plaats <input type="checkbox"/> oriëntatie in persoon <input type="checkbox"/> aandacht/concentratie <input type="checkbox"/> geheugen <input type="checkbox"/> psychomotorische functies <input type="checkbox"/> andere <u>opmerkingen</u>
<b>9. Extra knelpunten in relatie tot rolstoeladvies:</b>	
<b>9.1. Risico op drukwonden</b>	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Sensibiliteitsstoornissen trofische stoornissen, anatomische afwijkingen, functionele afwijkingen, ... <input type="checkbox"/> Incontinentie, allergie, transpiratie, ... <input type="checkbox"/> Kan zich niet lang genoeg opduwen om de stuit te ontlasten omwille van lichamelijke of mentale beperkingen of onvermogen, bewustzijnsprobleem, vermoeidheid, ... <u>opmerkingen</u>
<b>9.2. Stoornis: spiertonus</b> (spasticiteit/dystonie) ICF/b735 / b7356	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> bovenste ledematen <input type="checkbox"/> onderste ledematen <input type="checkbox"/> romp <input type="checkbox"/> hoofd/nek <u>opmerkingen</u>
<b>9.3. Stoornis: spierkracht</b> ICF/b730	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> bovenste ledematen <input type="checkbox"/> onderste ledematen <input type="checkbox"/> romp <input type="checkbox"/> hoofd/nek <u>opmerkingen</u>



**Bijlage 19bis (blad 3 – verso)**

<p>10.2. Mobiliteit "korte afstand" In de woning of de directe woonomgeving, kan gebruik maken van:</p>	<input type="checkbox"/> loophulpmiddel <input type="checkbox"/> elektronische rolstoel <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> manuele rolstoel <input type="checkbox"/> elektronische scooter
<p>10.3. Mobiliteit "middellange afstand"</p>		
<p>10.3.1. Kan een mechanisch mobiliteitshulpmiddel bedienen zoals:</p>	<input type="checkbox"/> loophulpmiddel <input type="checkbox"/> aangepaste fiets <input type="checkbox"/> handbike <input type="checkbox"/> andere <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> manuele rolstoel <input type="checkbox"/> driewiel fiets <input type="checkbox"/> driewiel zit- of ligfiets
<p>10.3.2. Kan enkel een gemotoriseerd of elektronisch mobiliteitshulpmiddel bedienen zoals:</p>	<input type="checkbox"/> elektronische rolstoel <input type="checkbox"/> elektronische scooter <input type="checkbox"/> driewiel fiets met hulpmotor <input type="checkbox"/> andere <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> tractiesysteem voor rolstoel <input type="checkbox"/> fiets met elektromotor <input type="checkbox"/> handbike met hulpmotor
<p>10.4. Transport op lange afstand:</p>	<input type="checkbox"/> gebruikt openbaar vervoer: <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met hulp <input type="checkbox"/> rijdt zelfstandig met een <input type="checkbox"/> gewone wagen <input type="checkbox"/> aangepaste wagen transfer in/uit <input type="checkbox"/> zelfstandig, <input type="checkbox"/> met hulp meenemen, monteren en demonteren rolstoel : <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met hulp <input type="checkbox"/> wordt vervoerd met : <input type="checkbox"/> gewone wagen <input type="checkbox"/> aangepaste wagen <input type="checkbox"/> wordt vervoerd met aangepast vervoer personen met een handicap <input type="checkbox"/> blijft zitten in de rolstoel in het voertuig <input type="checkbox"/> andere <u>opmerkingen</u>	
<p>10.5. Omgevingsfactoren</p>		
<p>10.5.1. Woning en directe woonomgeving (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel)</p>	<input type="checkbox"/> toegankelijk <input type="checkbox"/> zelfstandig <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> niet toegankelijk <input type="checkbox"/> begeleiding van derden nodig
<p>10.5.2. Andere vaak bezochte plaatsen o.a. school / werkomgeving (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel)</p>	<input type="checkbox"/> toegankelijk <input type="checkbox"/> zelfstandig <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> niet toegankelijk <input type="checkbox"/> begeleiding van derden nodig
<p>10.5.3. Streekgebonden elementen (vlak, oneffen terrein, heuvelachtig) (in relatie tot het gevraagde mobiliteitshulpmiddel)</p>	<input type="checkbox"/> toegankelijk <input type="checkbox"/> zelfstandig <u>opmerkingen</u>	<input type="checkbox"/> niet toegankelijk <input type="checkbox"/> begeleiding van derden nodig
<p>10.5.4. Huisbezoek</p>	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja, door ..... (naam) ..... (functie)	

**Bijlage 19bis (blad 4 – recto)****BESLUIT EN VOORSTEL VAN HET MULTIDISCIPLINAIR TEAM**

--

*Dit multidisciplinair advies is opgemaakt door:*

Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Geneesheer (revalidatiearts)	Naam Erkenningsnummer	Handtekening
Ergotherapeut of kinesitherapeut	Naam Erkenningsnummer	Handtekening
Andere (functieomschrijving)	Naam Erkenningsnummer	Handtekening

**Bijlage 19bis (blad 4 – verso)****VAKKEN BESTEMD VOOR DE RECHTHEBBENDE***In te vullen door de rechthebbende.* Ik heb volledige inzage gekregen in dit document**Opmerkingen**Datum:  /  / *Naam en handtekening van de rechthebbende  
(of de wettelijke vertegenwoordiger):* .....

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 22 oktober 2012

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDERDe Voorzitter,  
G. PERL

Bijlage bij 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

### 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 klevend 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
<b>Zithouding (zit-ruggedeelte)</b>		
<b>Veiligheid</b>		
<b>Besturing/aandrijving</b>		

**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 22 oktober 2012

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDER

De Voorzitter,  
G. PERL



Bijlage bij 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

### Bijlage 20 (Blad 1 – recto)

#### AANVRAAG VOOR VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING VOOR EEN MOBILITEITSHULPMIDDEL EN/OF AANPASSINGEN

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

**!!Alle rubrieken moeten ingevuld worden tenzij anders vermeld!!**

#### **IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE**

*In te vullen door de rechthebbende of klever ziekenfonds.*

Naam en voornaam van de rechthebbende	
Geboortedatum	□□ / □□ / □□□□
Adres (domicilie)	
Identificatienummer van de Sociale Zekerheid (INSZ)	□□□□□□-□□□□-□□
Ziekenfonds (naam of nummer)	

*In te vullen door de verstrekker*

#### **IDENTIFICATIE VAN DE VERSTREKKER**

Naam van de erkende verstrekker	
Erkenningsnummer bij het RIZIV	
Bedrijfsnaam	
Adres van het bedrijf	
Telefoonnummer, e-mail adres	
Ondernemingsnummer	

#### **GEVRAAGDE MOBILITEITSHULPMIDDELEN**

<b><u>Mobiliteitshulpmiddelen</u></b> <b><u>(basisuitrusting)</u></b> (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het product op de lijst	Publiek prijs	Nomencl. prijs	Tussenk. VI	Supplement Rechtheb.

**Bijlage 20 (Blad 1 – verso)****GEVRAAGDE AANPASSINGEN**

<b><u>Aanpassingen</u></b> (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het produkt op de lijst	Publiek prijs	Nomencl. prijs	Tussenk. VI	Supplement rechthebbende
<b>Onderste ledematen</b>						
<b>Bovenste ledematen</b>						
<b>Zithouding (zit- ruggedeelte)</b>						
<b>Veiligheid</b>						
<b>Besturing/aandrijving</b>						

**MAATWERK**

- Deze aanvraag betreft een op maat gemaakt mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen waarvan beschrijving bestek als bijlage gaan.

De totale prijs van het maatwerk bedraagt ..... EUR (incl. BTW)

- Ik bevestig dat ik de rechthebbende voldoende heb ingelicht over de prijssupplementen alsook over de motivering ervan.

Datum: □□ / □□ / □□□□

Handtekening van de verstrekker: .....

## Bijlage 20 (Blad 2)

**VAKKEN BESTEMD VOOR DE RECHTHEBBENDE***In te vullen door de rechthebbende (of de wettelijk vertegenwoordiger)***FORFAIT** Ik vraag het forfait nummer:.....**AANPASSINGEN ZONDER TEGEMOETKOMING IN HET RAAM VAN DE VERPLICHTE VERZEKERING EN DIE DOOR DE RECHTHEBBENDE ZIJN GEVRAAGD** Ik ga akkoord met de onderstaande niet door de ziekteverzekering vergoedbare aanpassingen:

Omstandige omschrijving en motivering van de niet-vergoedbare aanpassingen, gevraagd door de rechthebbende (zo nodig als bijlage bijvoegen)	Prijs (EUR) (incl. BTW)
<b>Totaal</b>	

**AANVRAAG IN HET KADER VAN HET EENHEIDSDOSSIER MET DE AGENTSCHAPPEN VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP.** Ik wens het opsturen door het ziekenfonds van mijn dossier naar het gemeenschapsfonds of agentschap voor personen met een handicap. *N.B. niet van toepassing voor personen met een handicap die op het ogenblik van hun eerste aanvraag voor tussenkomst bij het fonds of agentschap de volle leeftijd van vijfenzestig jaar hebben bereikt.* **AWIPH** - Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées **DPB** - Dienststelle für Personen mit Behinderung **SBFPH** - Service Bruxellois Francophone des Personnes Handicapées **VAPH** - Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

Inschrijvingsnummer bij het gemeenschapsfonds of het agentschap (indien beschikbaar)

**Het betreft de aanvraag voor tussenkomst bij** het prijssupplement van het mobiliteitshulpmiddel of aanpassingen WEL voorzien in de nomenclatuur het prijssupplement van het mobiliteitshulpmiddel of aanpassingen NIET voorzien in de nomenclatuur de kost voor onderhoud en herstelling van het mobiliteitshulpmiddel het prijssupplement voor omgevingsbediening geïntegreerd in het besturingssysteem van de rolstoel het prijssupplement in de kostprijs van individuele aanpassingen of maatwerk een 2<sup>e</sup> mobiliteitshulpmiddel andere zorgvragen i.v.m. mobiliteitshulpmiddelen:..... Ik bevestig dat ik duidelijk werd geïnformeerd door de bandagist over de prijssupplementen alsook over de motivering ervan.Datum:  /  / 

Handtekening van de rechthebbende (of de wettelijk vertegenwoordiger).....

## Bijlage 20 (Blad 3 – recto)

**BESLISSING ADVISEREND GENEESHEER**

**Akkoord** voor volgende verstrekking(en):

**Akkoord** voor forfait nr.:

**Weigering** voor volgende verstrekking(en):

Motivering van weigering:

de hernieuwingstermijn voorzien in artikel 28, § 8, van de nomenclatuur is niet verstreken, en er zijn geen wijzigingen die een voortijdige hernieuwing verantwoorden.

De hernieuwingstermijn loopt tot □□ / □□ / □□□□.

het volgende mobiliteitshulpmiddel / aanpassing is niet opgenomen op de lijst van voor vergoeding aangenomen producten, opgesteld in toepassing van artikel 28, § 8, van de nomenclatuur:  
.....

er wordt niet beantwoord aan de volgende bepalingen uit artikel 28, § 8, van de nomenclatuur (te specificeren):.....  
.....  
.....

andere reden van weigering (te specificeren):.....

Andere beslissing:

Datum: □□ / □□ / □□□□

Handtekening en stempel 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.
<b>BETALINGSVERBINTENIS</b>			
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 en 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 22 oktober 2012

De Leidend Ambtenaar,  
H. DE RIDDERDe Voorzitter,  
G. PERL

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)

**!! Toutes les rubriques doivent être remplies, sauf mention contraire !!**

#### A remettre par le bénéficiaire au dispensateur de son choix

##### IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

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

Nom et prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	□□ / □□ / □□□□
Adresse (domicile)	
Numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS)	□□□□□□-□□□-□□
Mutualité (nom ou numéro)	

Si le bénéficiaire réside en MRPA ou MRS

Nom de l'institution	
Numéro d'agrément de l'institution	□□□□□□□□□□□□
Adresse de l'institution	

##### 1. PRESCRIPTION

A compléter par le médecin prescripteur

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 une aide à la mobilité appropriée.

PRESTATION SELON L'ART. 28, § 8	
<input type="checkbox"/> CADRE DE MARCHE	<input type="checkbox"/> COUSSIN ANTI-ESCARRES
<input type="checkbox"/> VOITURETTE MANUELLE/ELECTRONIQUE/SCOOTER ÉLECTRONIQUE (à spécifier de manière facultative)	<input type="checkbox"/> CHÂSSIS POUR SIÈGE-COQUILLE
<input type="checkbox"/> TRICYCLE ORTHOPÉDIQUE	<input type="checkbox"/> DOSSIER MODULAIRE ADAPTABLE POUR LE SOUTIEN DE LA POSITION D'ASSISE
<input type="checkbox"/> APPAREIL DE STATION DEBOUT	<input type="checkbox"/> ADAPTATION À UNE AIDE À LA MOBILITÉ DÉLIVRÉE PRÉCÉDEMMENT
<input type="checkbox"/> AUTRE (PAR EX. SUR-MESURE) :	

Il s'agit	<input type="checkbox"/> d'une première demande	<input type="checkbox"/> d'un renouvellement
L'utilisation est	<input type="checkbox"/> temporaire	<input type="checkbox"/> définitive
L'utilisation est nécessaire	<input type="checkbox"/> une partie limitée de la journée	<input type="checkbox"/> une partie importante de la journée
	<input type="checkbox"/> en permanence	

## Annexe 19 (page 1 – verso)

**2. DIAGNOSTIC ET SITUATION MÉDICALE ACTUELLE**

Date du début de l'affection ou de l'évènement à la base du handicap

Le handicap est consécutif à un accident  OUI  NON**Diagnostic** et description de la **situation médicale actuelle***Ou joindre en annexe un rapport médical récent/actualisé**En cas d'affection unilatérale, préciser s'il s'agit du côté droit ou gauche.***Pronostic (concernant la mobilité)***A court terme:**Sur 5 ans:***3. DESCRIPTION GLOBALE DE LA FONCTIONNALITÉ DU BÉNÉFICIAIRE***Pour une demande concernant un cadre de marche, remplir uniquement les rubriques a, b et c.**Pour une demande concernant une adaptation à une aide à la mobilité délivrée précédemment ou en cas de renouvellement anticipé d'un coussin anti-escarres, passer au point 5.**Dans la prescription médicale, le médecin prescripteur décrit, sur base du diagnostic, l'ampleur des déficiences fonctionnelles et/ou anatomiques du bénéficiaire ainsi que les limitations d'activités et les restrictions de participation qui en découlent. À cet effet, il décrit de manière détaillée un certain nombre de fonctions de l'appareil locomoteur sur base du système de codes de la CIF. Sur base de cela, il détermine pour chaque fonction, le code qualificatif. (\*)***Codes qualificatifs (c.à.d. l'ampleur des limitations fonctionnelles)**

- 0 = PAS de limitation ou problème de participation (aucun, absent, négligeable 0-4%)
- 1 = LEGERE limitation ou problème de participation (minime, faible 5-24%)
- 2 = MODERE 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

*L'appréciation globale des différentes fonctions détermine si le bénéficiaire entre en ligne de compte pour l'aide à la mobilité proposée.*(\*) Informations complémentaires disponibles sur le site [www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm](http://www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm)

## Annexe 19 (page 2 – recto)

Toutes les rubriques doivent être remplies !

Fonctions / Activités et participation	Code qualificatif	Description globale et motivation
a Se <b>déplacer à l'intérieur</b> (marcher sur de courtes distances) CIF/d4500 / d4600	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec une aide à la marche <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> déplacements sans aide très difficiles ou impossibles <i>remarques</i>
b Se <b>déplacer à l'extérieur</b> (marcher sur de longues distances) CIF/d4501 / d4602	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec une aide à la marche <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> déplacements sans aide très difficiles ou impossibles <i>remarques</i>
c Rester <b>debout</b> (pendant un certain temps) CIF/d4154	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> très difficile ou impossible sans aide <i>remarques</i>
d Utilisation <b>des mains et des bras</b> dans la voiturette (force, coordination et endurance) CIF/d410 / d440 / d445 / d465	<input type="checkbox"/>	peut se soulever de manière autonome et à intervalles réguliers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non peut changer de position de manière autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non peut se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>remarques</i>
<b>A remplir uniquement pour une            demande concernant un scooter            électronique</b>  Fonction des membres supérieurs ou du membre supérieur quand seul 1 membre supérieur est fonctionnel	<input type="checkbox"/>	peut conduire un scooter électronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>remarques</i>
e Se <b>transférer</b> (transfert dans/hors de la voiturette) CIF/d420	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> très difficile ou impossible sans aide <i>remarques</i>
f Rester <b>assis</b> (fonction assise dans la voiturette) CIF/d4153	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> peut être assis de manière autonome dans la voiturette <input type="checkbox"/> la position assise dans la voiturette doit être soutenue par des dispositifs ou des adaptations complémentaires <input type="checkbox"/> position assise totalement passive <i>remarques</i>
g Fonctions <b>cognitives</b> CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pas de problèmes cognitifs <input type="checkbox"/> légère limitation des fonctions cognitives <input type="checkbox"/> limitation modérée à grave des fonctions cognitives <i>remarques</i>



**Annexe 19 (page 2 – verso)**

**4. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

*A remplir de manière facultative*

<input type="checkbox"/> postures anormales	<input type="checkbox"/> troubles de l'alimentation
<input type="checkbox"/> problèmes au niveau du siège ou du coccyx	<input type="checkbox"/> troubles au niveau de la sensibilité
<input type="checkbox"/> formation d'oedèmes	<input type="checkbox"/> troubles au niveau du système respiratoire
<input type="checkbox"/> incontinence	<input type="checkbox"/> troubles au niveau du coeur ou des vaisseaux sanguins
<input type="checkbox"/> problèmes dermatologiques, escarres	
<input type="checkbox"/> autre	

**5. MOTIVATION LORSQU'UNE ADAPTATION À UNE AIDE À LA MOBILITÉ DÉLIVRÉE PRÉCÉDEMMENT EST DEMANDÉE OU EN CAS DE RENOUVELLEMENT ANTICIPÉ D'UN COUSSIN ANTI-ESCARRES**

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

*Quelles sont les modifications nécessitant le renouvellement anticipé du coussin anti-escarres ?*

**6. EVENTUELLES REMARQUES COMPLÉMENTAIRES**

Date:   /   /

*Cachet avec le numéro INAMI du médecin prescripteur*

*Signature du médecin prescripteur*

.....

## Annexe 19 (page 3)

**CADRES RÉSERVÉS AU BÉNÉFICIAIRE***A compléter par le bénéficiaire*

<b>Objectif d'utilisation de l'aide à la mobilité</b>	<b>Remarques (à remplir de manière facultative)</b>
<input type="checkbox"/> pour des déplacements occasionnels	
<input type="checkbox"/> pour un usage quotidien restreint	
<input type="checkbox"/> pour un usage quotidien pendant une grande partie de la journée	
<input type="checkbox"/> pour faire le ménage	
<input type="checkbox"/> pour participer à la vie familiale et/ou sociale	
<input type="checkbox"/> pour travailler ou suivre une formation	
<input type="checkbox"/> pour participer à des activités sportives et de détente	
<input type="checkbox"/> comme place assise dans un véhicule	
<input type="checkbox"/> autre:..... .....	

*A remplir de manière facultative*

<b>Facteurs influençant l'utilisation d'une aide à la mobilité</b>	
<i>Description globale des données pertinentes pour l'appréciation de la demande</i>	
Particularités de l'habitation	
Particularités de la formation ou de l'enseignement	
Particularités de l'environnement de travail	
Activités sociales	
Autre	

Date: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<i>Signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal)</i> .....
---	--

Vu pour être annexé au règlement du 22 octobre 2012

Le Fonctionnaire Dirigeant,  
H. DE RIDDERLe Président,  
G. PERL

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)

**!! Toutes les rubriques doivent être remplies, sauf mention contraire !!**

A remettre par le bénéficiaire au dispensateur de son choix

#### IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

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

Nom et prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	□□ / □□ / □□□□
Adresse (domicile)	
Numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS)	□□□□□□-□□□-□□
Mutualité (nom ou numéro)	

#### IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS

A compléter par le dispensateur de soins qui envoie le bénéficiaire vers l'équipe multidisciplinaire

Nom du dispensateur agréé	
Numéro d'agrément auprès de l'INAMI	
Nom de l'entreprise	
Adresse de l'entreprise	
N° de téléphone, adresse e-mail	
N° d'entreprise	

Raison de l'envoi vers une équipe multidisciplinaire

<p><i>Demande d'un(e)</i></p> <p><input type="checkbox"/> voiturette pour enfants: <input type="checkbox"/> manuelle, <input type="checkbox"/> électronique</p> <p><input type="checkbox"/> voiturette manuelle active</p> <p><input type="checkbox"/> voiturette électronique</p> <p><input type="checkbox"/> scooter électronique pour l'intérieur et l'extérieur</p> <p><input type="checkbox"/> scooter électronique pour l'extérieur</p> <p><input type="checkbox"/> système de station debout</p>	<p><input type="checkbox"/> tricycle orthopédique cumulé avec une voiturette manuelle active pour adultes</p> <p><input type="checkbox"/> renouvellement anticipé d'une voiturette</p> <p><input type="checkbox"/> adaptation anticipée sur une voiturette déjà délivrée</p> <p><input type="checkbox"/> autre (par ex. sur-mesure):</p>
---	--

## Annexe 19bis (page 1 – verso)

**RAPPORT DE FONCTIONNEMENT RELATIF A L'UTILISATION D'UNE 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 = LEGERE limitation ou problème de participation (minime, faible 5-24%)
- 2 = MODERE 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

(\*) Informations complémentaires disponibles sur le site [www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm](http://www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm)

FONCTION	CODE QUALIFICATIF CIF	DESCRIPTION
<b>1. Se déplacer à l'intérieur (marcher sur de courtes distances)</b> CIF/d4500 / d4600	<input type="checkbox"/>	Peut marcher de façon fonctionnelle à l'intérieur – mains libres pour des activités <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut travailler debout de manière sûre et autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut manipuler et porter des objets de manière sûre et autonome en marchant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>remarques</u>
<b>2. Se déplacer à l'extérieur (marcher sur de longues distances)</b> CIF/d4501 / d4602	<input type="checkbox"/>	Peut marcher de façon fonctionnelle à l'extérieur : peut marcher de manière sûre et autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut marcher de façon fonctionnelle sur terrain inégal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Peut manipuler et porter des objets de manière sûre et autonome en marchant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>remarques</u>

## Annexe 19bis (page 2 – recto)

<p><b>3. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'une voiturette</b> CIF/d440 / d445 / d465</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut se servir d'une voiturette manuelle à l'intérieur et à l'extérieur  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut uniquement se servir d'une voiturette manuelle sur terrain plat et à l'intérieur  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut commander une voiturette électronique à l'aide d'un joystick  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut seulement commander une voiturette électronique à l'aide d'une commande adaptée: pied, menton, tête, ...  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p>Peut se servir des appareils nécessaires (téléphone, radio, tv, portes, ...) de manière autonome depuis la voiturette, c.-à-d. peut contrôler l'environnement direct sans commande de l'environnement  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p><u>remarques</u></p>
<p><b>4. Fonction des membres supérieurs et fonctions restantes en rapport avec la conduite d'un scooter</b> CIF/d440 / d445 / d465</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut commander un scooter électronique  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non    <input type="checkbox"/> Pas d'application</p> <p><u>remarques</u></p>
<p><b>5. Maintien de la position debout</b> CIF/d4154</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut tenir debout de manière autonome et prolongée  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut tenir debout de manière autonome et prolongée en utilisant une aide  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut tenir debout avec le soutien d'une ou plusieurs personnes  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Ne peut pas tenir debout  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>remarques</u></p>
<p><b>6. Maintien de la position assise y compris stabilité du tronc et de la tête</b> CIF/d4153 / d410</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Peut rester assis de manière autonome et prolongée  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut stabiliser le tronc de manière autonome et prolongée en étant assis  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut stabiliser la tête de manière autonome et prolongée en étant assis  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut changer de position de manière autonome  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>remarques</u></p>

## Annexe 19bis (page 2 – verso)

<p><b>7. Exécution de transferts transfert dans/hors de la voiturette</b> CIF/d420 / d4200</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>Peut se transférer de manière autonome  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut se transférer de manière autonome en prenant appui  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Peut seulement se transférer avec l'aide et le soutien d'une personne  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>L'exécution de transferts est très difficile ou impossible sans aide ou système de levage  <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p><u>remarques</u></p>
<p><b>8. Troubles : Fonctions cognitives</b> CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez</p> <p><input type="checkbox"/> orientation dans le temps      <input type="checkbox"/> orientation dans l'espace  <input type="checkbox"/> orientation personne      <input type="checkbox"/> attention/concentration  <input type="checkbox"/> mémoire      <input type="checkbox"/> fonctions psychomotrices  <input type="checkbox"/> autre</p> <p><u>remarques</u></p>
<p><b>9. Points importants supplémentaires en rapport avec l'avis sur la voiturette</b></p>	
<p>9.1. Risque d'escarres</p>	<p><input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Troubles de la sensibilité troubles trophiques, anomalies anatomiques, anomalies fonctionnelles, ...</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinence, allergie, transpiration, ...</p> <p><input type="checkbox"/> Ne peut pas se soulever suffisamment longtemps pour soulager le siège en raison de limitations ou d'incapacités physiques ou mentales, de problèmes de conscience, de fatigue, ...</p> <p><u>remarques</u></p>
<p>9.2. Trouble : tonus musculaire (spasticité/dystonie) CIF/b735 / b7356</p>	<p><input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> membres supérieurs      <input type="checkbox"/> membres inférieurs  <input type="checkbox"/> tronc      <input type="checkbox"/> tête/nuque</p> <p><u>remarques</u></p>
<p>9.3. Trouble : force musculaire CIF/b730</p>	<p><input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> membres supérieurs      <input type="checkbox"/> membres inférieurs  <input type="checkbox"/> tronc      <input type="checkbox"/> tête/nuque</p> <p><u>remarques</u></p>

## Annexe 19bis (page 3 – recto)

9.4. Trouble : contrôle des mouvements volontaires / mouvements involontaires CIF/b760 / b765	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> tronc <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tête/nuque
9.5. Trouble : contractures ou ankylose CIF/b710	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> membres supérieurs <input type="checkbox"/> tronc <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> membres inférieurs <input type="checkbox"/> tête/nuque
9.6. Trouble: endurance et résistance à l'effort CIF/b410 / b440 / b455 / b740	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> cardiorespiratoire <input type="checkbox"/> neuromusculaire <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> dépendance à l'O <sub>2</sub> / respirateur <input type="checkbox"/> autre
9.7. Taille & poids (si pertinent)	<input type="checkbox"/> taille : <u>remarques</u>		<input type="checkbox"/> poids :
9.8. Trouble : fonctions sensorielles CIF/b260 / b265 / b270 / b210 / b230	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> sensibilité <u>remarques</u>	<input type="checkbox"/> vue <input type="checkbox"/> ouïe
9.9. Troubles : comportement CIF/d720	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
<b>10. Activités et participation</b>			
10.1 Activités pour lesquelles l'aide à la mobilité demandée sera utilisée :	Ménage Ecole Travail Courses Social Culturel Temps libre Sport Autre .....	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> jamais
<u>remarques</u>			

## Annexe 19bis (page 3 – verso)

10.2 Mobilité sur de "courtes distances" Dans l'habitation ou l'environnement direct, peut utiliser un(e)	<input type="checkbox"/> cadre de marche <input type="checkbox"/> voiturette électronique <i>remarques</i> <input type="checkbox"/> voiturette manuelle <input type="checkbox"/> scooter électronique
10.3 Mobilité sur des "distances moyennes"	
10.3.1. Peut se servir d'une aide à la mobilité mécanique, telle que :	<input type="checkbox"/> cadre de marche <input type="checkbox"/> vélo adapté <input type="checkbox"/> handbike <input type="checkbox"/> autre <i>remarques</i> <input type="checkbox"/> voiturette manuelle <input type="checkbox"/> tricycle <input type="checkbox"/> tricycle à position assise ou couchée
10.3.2. Peut seulement se servir d'une aide à la mobilité motorisée ou électronique, telle que :	<input type="checkbox"/> voiturette électronique <input type="checkbox"/> scooter électronique <input type="checkbox"/> tricycle avec moteur auxiliaire <input type="checkbox"/> autre <i>remarques</i> <input type="checkbox"/> système de traction pour voiturette <input type="checkbox"/> vélo avec moteur électrique <input type="checkbox"/> handbike avec moteur auxiliaire
10.4 Transport sur de longues distances	<input type="checkbox"/> utilise les transports en commun <input type="checkbox"/> conduit, de manière autonome, une voiture <input type="checkbox"/> transfert vers/hors <input type="checkbox"/> emporter, monter et démonter la voiturette <input type="checkbox"/> est transporté à bord d'une voiture <input type="checkbox"/> est transporté à bord d'un véhicule adapté pour personnes handicapées <input type="checkbox"/> reste assis dans la voiturette dans le véhicule <input type="checkbox"/> autre <i>remarques</i> <input type="checkbox"/> de manière autonome <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> ordinaire <input type="checkbox"/> adaptée <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> avec aide <input type="checkbox"/> ordinaire <input type="checkbox"/> adaptée
10.5 Facteurs environnementaux	
10.5.1. Habitation et environnement direct (en rapport avec l'aide à la mobilité demandée)	<input type="checkbox"/> accessible <input type="checkbox"/> de manière autonome <i>remarques</i> <input type="checkbox"/> non accessible <input type="checkbox"/> accompagnement d'un tiers nécessaire
10.5.2. Autres endroits souvent fréquentés e.a. école / environnement de travail (en rapport avec l'aide à la mobilité demandée)	<input type="checkbox"/> accessible <input type="checkbox"/> de manière autonome <i>remarques</i> <input type="checkbox"/> non accessible <input type="checkbox"/> accompagnement d'un tiers nécessaire
10.5.3. Eléments spécifiques à la région (terrain plat, inégal, vallonné) (en rapport avec l'aide à la mobilité demandée)	<input type="checkbox"/> accessible <input type="checkbox"/> de manière autonome <i>remarques</i> <input type="checkbox"/> non accessible <input type="checkbox"/> accompagnement d'un tiers nécessaire
10.5.4. Visite à domicile	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, par ..... (nom) ..... (fonction)



## Annexe 19bis (page 4 – recto)

**CONCLUSION ET PROPOSITION DE L'ÉQUIPE 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 – verso)****CADRE RÉSERVÉ AU BÉNÉFICIAIRE***A compléter par le bénéficiaire* J'ai pris connaissance de ce document**Remarques :**Date :   /   /    *Nom et signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal): .....*

Vu pour être annexé au règlement du 22 octobre 2012

Le Fonctionnaire Dirigeant,  
H. DE RIDDERLe Président,  
G. PERL

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 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.*

##### **TYPLOGIE GÉNÉRALE DE L'AIDE À LA MOBILITÉ (VERSION DE BASE)**

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

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

##### **TYPLOGIE GÉNÉRALE DES ADAPTATIONS**

	Numéro NPS	Motivation
<b>Membres inférieurs</b>		
<b>Membres supérieurs</b>		

**Annexe 19ter (verso)**

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

**TEST DE L'AIDE À LA MOBILITÉ** (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 22 octobre 2012

Le Fonctionnaire Dirigeant,  
H. DE RIDDER

Le Président,  
G. PERL

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)

**!! Toutes les rubriques doivent être remplies, sauf mention contraire !!**

#### IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

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

Nom et prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	□□ / □□ / □□□□
Adresse (domicile)	
Numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS)	□□□□□□-□□□-□□
Mutualité (nom ou numéro)	

#### IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS

*A compléter par le dispensateur de soins*

Nom du dispensateur agréé	
Numéro d'agrément auprès de l'INAMI	
Nom de l'entreprise	
Adresse de l'entreprise	
N° de téléphone, adresse e-mail	
N° d'entreprise	

#### AIDES À LA MOBILITÉ DEMANDÉES

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

## Annexe 20 (page 1 – verso)

**ADAPTATIONS DEMANDÉES**

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

**SUR-MESURE**

- Cette demande concerne une aide à la mobilité et/ou des adaptations sur-mesure dont la description et le devis sont joints en annexe.

Le prix total du sur-mesure s'élève à ..... EUR (TVAc)

- Je certifie avoir suffisamment informé le bénéficiaire des suppléments de prix et de leur motivation.

Date :   /   /

Signature du dispensateur de soins:.....

**Annexe 20 (page 2)**

**CADRES RESERVES AU BENEFICIAIRE**

*A compléter par le bénéficiaire (ou son représentant légal)*

**FORFAIT**

Je demande le forfait numéro : .....

**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 par l'assurance soins de santé reprises ci-dessous:

Description circonstanciée et motivation des adaptations non-remboursables, demandées par le bénéficiaire (à joindre en annexe si nécessaire)	Prix (EUR) (TVA incl.)
<b>Total</b>	

**TRANSMISSION DU DOSSIER AU FONDS POUR L'INTEGRATION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPÉES**

Je souhaite que mon dossier soit envoyé au fonds communautaire ou à l'agence pour personnes handicapées. *N.B pas d'application pour les personnes handicapées ayant atteint l'âge de 65 ans accomplis au moment de leur première demande d'intervention auprès du fonds ou de l'agence.*

- AWIPH** - Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées
- DPB** - Dienststelle für Personen mit Behinderung
- SBFPH** - Service Bruxellois Francophone des Personnes Handicapées
- VAPH** - Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

Numéro d'inscription auprès du fonds communautaire ou de l'agence (si disponible)

**Il s'agit d'une demande d'intervention pour**

- le supplément de prix pour l'aide à la mobilité ou des adaptations prévues dans la nomenclature
- le supplément de prix pour l'aide à la mobilité ou des adaptations NON prévues dans la nomenclature
- les frais d'entretien et de réparation de l'aide à la mobilité
- le supplément de prix pour la commande de l'environnement intégré dans le système de commande de la voiturette
- le supplément de prix pour des adaptations individuelles ou le sur-mesure
- une 2<sup>ème</sup> aide à la mobilité
- une autre demande en rapport avec les aides à la mobilité : .....

Je certifie avoir été clairement informé(e) par le bandagiste des suppléments de prix et de leur motivation.

Date :  /  /

Signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal): .....

## Annexe 20 (page 3 – recto)

**DÉCISION DU MÉDECIN-CONSEIL**

**Accord** pour la (les) prestation(s) suivante(s) :

**Accord** pour le forfait n° :

**Refus** pour la (les) prestation(s) suivante(s) :

Motivation du refus:

le délai de renouvellement prévu à l'article 28, § 8, de la nomenclature n'est pas atteint et il n'y a pas eu de modifications justifiant un renouvellement anticipé.

Le délai de renouvellement expire le □□ / □□ / □□□□.

l'aide à la mobilité ou l'adaptation suivante n'est pas reprise sur la liste des produits admis au remboursement, établie en application de l'article 28, § 8, de la nomenclature :

.....

les dispositions suivantes de l'article 28, § 8, de la nomenclature ne sont pas remplies (à spécifier) : .....

.....

.....

autre motif de refus (à spécifier) : .....

Autre décision:

Date: □□ / □□ / □□□□

Signature et cachet 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
		Droit aus gros risques
		Petits risques
		100 p.c.
		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 et nom)	
Ce 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 22 octobre 2012

Le Fonctionnaire Dirigeant,  
H. DE RIDDERLe Président,  
G. PERL