

Art. 3. In afwijking van artikel 2, zal elke aanvullende prestatie die door de toezichthoudende overheid gevraagd wordt, en die in het onmiddellijke verlengde ligt van de toegewezen opdracht, vergoed worden op basis van de volgende forfaitaire bedragen :

- Bedrijfsrevisor - Permanent vertegenwoordiger: € 110/uur (excl. btw);
- Senior Manager: € 90/uur (excl. btw);
- Medewerker: € 65/uur (excl. btw).

Art. 4. Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Brussel, 14 april 2014.

De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. L. ONKELINX
De Minister van Begroting,
O. CHASTEL

Art. 3. Par dérogation à l'article 2, toute prestation complémentaire demandée par l'autorité de tutelle, et se trouvant dans le prolongement immédiat de la mission confiée, sera rémunérée sur la base des montants forfaitaires suivants :

- Réviseur d'entreprises - Représentant permanent : 110 EUR/heure (T.V.A. exclue);
- Senior Manager : 90 EUR/heure (T.V.A. exclue);
- Collaborateur : 65 EUR/heure (T.V.A. exclue).

Art. 4. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 14 avril 2014.

La Ministre des Affaires sociales,
Mme L. ONKELINX
Le Ministre du Budget,
O. CHASTEL

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2014/22167]

7 APRIL 2014. — 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 februari 2014;

Gelet op het advies van de Overeenkomstencommissie bandagisten-verzekeringsinstellingen van 11 maart 2014;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 7 april 2014,

Besluit :

Artikel 1. De bijlagen 19 en 19ter 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 en 19ter die hierbij zijn gevoegd.

Art. 2. Met betrekking tot de inwerkingtreding van deze verordening gelden de volgende overgangsbepalingen :

1° De bijlagen 19 en 19ter die opgesteld zijn vóór de inwerkingtreding van deze verordening (de datum van handtekening geldt als bewijs) blijven geldig tot het einde van de aanvraagprocedure.

2° De bijlagen 19 en 19ter zoals ze zijn opgesteld de dag voorgaand aan de inwerkingtreding van deze verordening kunnen gebruikt worden tot en met 30 september 2014 (de datum van handtekening geldt als bewijs).

Art. 3. Deze verordening treedt in werking op 1 juni 2014.

Brussel, 7 april 2014.

De Leidend Ambtenaar,

H. DE RIDDER

De Voorzitter,

G. PERL

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C - 2014/22167]

7 AVRIL 2014. — 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 du 18 février 2014;

Vu l'avis de la Commission de convention bandagistes-organismes assureurs du 11 mars 2014;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 7 avril 2014,

Arrête :

Article 1^{er}. Les annexes 19 et 19ter 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 19ter ci-jointes.

Art. 2. En ce qui concerne l'entrée en vigueur du présent règlement, les dispositions transitoires suivantes sont d'application :

1° Les annexes 19 et 19ter 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.

2° Les annexes 19 et 19ter dans leur rédaction au jour précédant l'entrée en vigueur du présent règlement, peuvent être utilisées jusqu'au 30 septembre 2014 inclus (date de signature faisant foi).

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} juin 2014.

Bruxelles, le 7 avril 2014.

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 klevver 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

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.*

Gebruiksdoel van het mobiliteitshulpmiddel	Opmerkingen (facultatief in te vullen)
<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.	
<i>Globale beschrijving van de gegevens die relevant zijn voor de beoordeling van de aanvraag.</i>	
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 7 april 2014.

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 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.

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 en elektronische binnen/buiten en buitenscooters)

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 7 april 2014.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

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

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

Annexe 19 (page 2 – recto)

Toutes les rubriques doivent être remplies !

Fonctions / Activités et participation	Code qualitatif	Description globale et motivation
a Se déplacer à l'intérieur (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 déplacer à l'extérieur (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 debout (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 des mains et des bras 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>
Fonction des membres supérieurs ou du membre supérieur quand seul 1 membre supérieur est fonctionnel (A remplir en sus pour une demande concernant un scooter électronique)	<input type="checkbox"/>	peut conduire un scooter électronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>remarques</i>
e Se transférer (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 assis (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 cognitives 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*

Objectif d'utilisation de l'aide à la mobilité	Remarques (à remplir de manière facultative)
<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

Facteurs influençant l'utilisation d'une aide à la mobilité	
<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: / /

Signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal)

.....

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2014.

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 et 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 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 :	

TYOLOGIE GÉNÉRALE 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 À LA MOBILITÉ (uniquement obligatoire pour les voitures électroniques et les scooters électroniques intérieur/extérieur et extérieur)

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 7 avril 2014.

Le Fonctionnaire Dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
G. PERL