

Motivation

Motivez brièvement pourquoi vous demandez une réduction :

.....

Pièces justificatives à joindre

Votre demande de réduction doit obligatoirement être appuyée par des éléments objectifs (pièces justificatives) dont nous pouvons déduire que vos revenus se situent en-dessous de la limite choisie par vous. Chaque pièce jointe doit être commentée brièvement (voir ci-après). S'il s'agit d'un document comptable, un commentaire concret de votre comptable est nécessaire. Si vous n'avez pas de comptable, vous devez le commenter vous-même.

Si vous omettez de joindre des pièces justificatives, de les commenter ou de les numéroter, nous ne pouvons pas vérifier si votre motivation est adéquate. Par conséquent, nous serons obligés, conformément à la loi, de refuser votre demande pour motivation insuffisante.

Commentaire des pièces numérotées jointes (à compléter par vous)

Pièce 1

Pièce 2

Pièce 3

Nombre total de pièces justificatives jointes : ____

Déclaration

Je confirme que ma caisse d'assurances sociales m'a informé complètement au sujet des dispositions légales et sur les conséquences de ma demande de réduction de cotisations provisoires, comme prévu dans l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 et l'arrêté royal du 19 décembre 1967, en particulier :

- que l'éventuelle réduction porte exclusivement sur le montant provisoire de mes cotisations pour [année de cotisation];
- que mes cotisations pour [année de cotisation] seront définitivement calculées sur la base de mes revenus professionnels réels de [année de cotisation], tels qu'établis par l'administration fiscale;
- que, si le calcul définitif fait apparaître que la réduction des montants provisoires a été accordée à tort, je devrai payer le supplément de cotisations sociales, augmenté de majorations trimestrielles légales de 3 % et d'une majoration unique légale de 7 %.

Date : Signature :

Commentaire obligatoire des pièces comptables :

.....

Signature du comptable ou de l'indépendant(e) :

Vu pour être joint à l'arrêté ministériel du 9 juillet 2014.

La Ministre des Indépendants,
 Mme S. LARUELLE



FEDERALE OVERHEIDSDIENST
 SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2014/22484]

SERVICE PUBLIC FEDERAL
 SECURITE SOCIALE

[C - 2014/22484]

28 JULI 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. — Erratum

28 JUILLET 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. — Erratum

In het Belgisch Staatsblad nr. 239 van 1 september 2014 worden de bijlagen op de bladzijden 65138 tot en met 65141 vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen.

Au Moniteur belge n° 239 du 1^{er} septembre 2014, les annexes en pages 65138 à 65141 inclus sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Bijlage bij 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 21 - RECTO

AANVRAAG OM VERGOEDING VAN EEN MYO-ELEKTRISCHE PROTHESE OF KOKER

Medisch luik

In te vullen door de gerechtigde of kleefbriefje V.I. aanbrengen

Naam en voornaam van gerechtigde:
Verzekeringsinstelling:
Inschrijvingsnummer:
Adres van de gerechtigde:
Geboortedatum van de patiënt:

In te vullen door de voorschrijvend arts

Naam en voornaam van de patiënt:

Geneeskundig voorschrift:

A. Aanvraag myo-elektrische prothese

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde (geneesheer-specialist, cf. lijst art. 29, §2)¹, verklaar hierbij dat bovengenoemde persoon in aanmerking komt voor het gebruik van een myo-elektrische prothese, en dat zijn toestand geen contra-indicatie vormt hiervoor. Rekening houdende met de medische, psychische, intellectuele en sociale elementen van de patiënt waarover ik beschik, kan ik stellen dat een duurzaam en effectief gebruik van de voorgeschreven myo-elektrische prothese kan verwacht worden en dat de myo-elektrische prothese het functioneren van bovengenoemde patiënt zal verbeteren, en zijn/haar sociale integratie zal bevorderen.

Eerste verstrekking hernieuwing hernieuwing koker (tot 18j)

Diagnose (met duidelijke vermelding van de anatomische letsels, van de etiologie en van de functionele stoornissen) :

Aanvangsdatum van de handicap :

Motivatie en aanvullende gegevens / opmerkingen

(met betrekking tot vrijetijdsbesteding, beroepkundig functioneren, sociale integratie):

² Ik heb kennis genomen van de testresultaten waaruit blijkt dat de patiënt over voldoende myopotentiëel beschikt met de beschikbare spiergroepen en in staat is om de verschillende beschikbare functies te controleren.

De voorgeschreven myo-elektrische prothese of koker is voor het volgende amputatie niveau:

Deelhand amputatie (vanaf metacarpaal) bovenarmamputatie
 Polsexarticulatie Schouderexarticulatie
 Onderarmamputatie Schoudergordelamputatie
 Elleboogexarticulatie

Bij mijn weten is de amputatie het gevolg van een ongeval:

Ja Nee

¹ (enkel bij eerste voorschrift ook te ondertekenen door het multidisciplinair team)

² Enkel bij eerste voorschrift

B. Vervroegde hernieuwing koker

BIJLAGE 21 - VERSO

Vervaardigen van een nieuwe koker (te motiveren)

- Na een heelkundige ingreep op de betreffende stomp
- Na een belangrijke morfologische wijziging van de stomp van de weke delen of botstructuren
- Huidallergieën of andere vormen van overgevoeligheid
- Pubertaire groeispuurt

Motivatie:

Advies multidisciplinair team¹Arts / multidisciplinair team¹

Naam revalidatiearts	Erkenningsnummer	Handtekening
Naam ergotherapeut of kinesitherapeut	Erkenningsnummer	Handtekening
Naam andere (+ functieomschrijving)	Erkenningsnummer	Handtekening
Naam andere (+ functieomschrijving)	Erkenningsnummer	Handtekening

Datum:

Adres en identificatienummer revalidatiecentrum waar voorschrijver aan verbonden is¹

--

Technisch luik

In te vullen door prothesist

Ik, ondergetekende, prothesist, verklaar hierbij de nodige testen voor een myo-elektrische prothese te hebben verricht bij bovengenoemde patiënt op datum van / /, en stelt dat hij/zij met de beschikbare spiergroepen over voldoende myo potentieel beschikt en in staat is om de verschillende beschikbare functies te coördineren.

Naam + adres prothesist	Erkenningsnummer	Handtekening
-------------------------	------------------	--------------

Datum:

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 28 juli 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 21 - RECTO

DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'UNE PROTHESE MYOELECTRIQUE OU D'UN FÛT

Volet médical

A compléter par le titulaire ou apposer une vignette O.A.

Nom et prénom du titulaire:
Organisme assureur:
Numéro d'inscription:
Adresse du titulaire:
Date de naissance du patient:

A compléter par le médecin prescripteur

Nom et prénom du patient:

Prescription médicale:

A. Demande de prothèse myoélectrique

Je soussigné, docteur en médecine (médecin spécialiste, cf. liste art. 29, § 2)¹, déclare par la présente que la personne précitée entre en considération pour l'utilisation d'une prothèse myoélectrique et que son état ne constitue pas une contre-indication. Compte tenu des éléments médicaux, psychiques, intellectuels et sociaux du patient dont je dispose, je certifie qu'une utilisation effective et durable de la prothèse myoélectrique peut être escomptée et que la prothèse myoélectrique améliorera le fonctionnement du patient précité et favorisera son intégration sociale.

Première prestation Renouvellement Renouvellement fût (jusqu'à 18 ans)

Diagnostic (mention distincte des lésions anatomiques, de l'étiologie et des troubles fonctionnels):

Date du début du handicap:

Motivation et données/remarques complémentaires

(relatives aux loisirs, au fonctionnement professionnel, à l'intégration sociale):

² J'ai pris connaissance des résultats du test d'où il ressort que le patient dispose de suffisamment de myopotential grâce aux groupes de muscles disponibles et est capable de contrôler les différentes fonctions disponibles.

La prothèse myoélectrique ou le fût prescrit concerne le niveau d'amputation suivant:

Amputation partielle de la main (à partir du métacarpe) Amputation du bras
 Désarticulation du poignet Désarticulation de l'épaule
 Amputation de l'avant-bras Amputation de la ceinture scapulaire
 Désarticulation du coude

L'amputation et la conséquence d'un accident:

Oui Non

¹ (Seule la première prescription doit également être signée par l'équipe multidisciplinaire)

² Uniquement pour la première prescription

B. Renouvellement anticipé du fût

ANNEXE 21 - VERSO

Confection d'un nouveau fût (à motiver)

- Après une intervention chirurgicale sur le moignon concerné
- Après un important changement morphologique du moignon, des parties molles ou des structures osseuses
- Allergies cutanées ou autres formes d'hypersensibilité
- Accélération de croissance pubertaire

Motivation :

Avis de l'équipe multidisciplinaire ¹Médecin/équipe multidisciplinaire ¹

Nom médecin de rééducation	Numéro d'agrément	Signature
Nom ergothérapeute ou kinésithérapeute	Numéro d'agrément	Signature
Nom autre (+ description de fonction)	Numéro d'agrément	Signature
Nom autre (+ description de fonction)	Numéro d'agrément	Signature

Date:

Adresse et numéro d'identification du centre de rééducation auquel le prescripteur est lié¹

Volet technique

A compléter par le prothésiste

Je soussigné, prothésiste, déclare par la présente avoir effectué les tests nécessaires en vue d'une prothèse myoélectrique chez le patient précité, en date du / /, et affirme qu'il/elle dispose du myopotential suffisant grâce aux groupes de muscles disponibles et est capable de coordonner les différentes fonctions disponibles

Nom + adresse du prothésiste	Numéro d'agrément	Signature
------------------------------	-------------------	-----------

Date:

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2014
Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

G. PERL