

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2015/22079]

16 MARS 2015. — 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 24 février 2015;

Vu l'avis de la Commission de convention bandagistes-organismes assureurs du 3 mars 2015;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 16 mars 2015,

Arrête :

Article 1^{er}. Les annexes 13bis, 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 respectivement remplacées par les annexes 13bis, 19ter et 20 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 13bis, 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.

2° Les annexes 13bis, 19ter et 20 dans leur rédaction au jour précédant l'entrée en vigueur du présent règlement, peuvent être utilisées jusqu'au 31 août 2015 inclus (date de signature faisant foi).

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} mai 2015.

Bruxelles, le 16 mars 2015.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. DE RIDDER

Le Président,

G. PERL

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2015/22079]

16 MAART 2015. — 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 24 februari 2015;

Gelet op het advies van de Overeenkomstencommissie bandagisten-verzekeringsinstellingen van 3 maart 2015;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 16 maart 2015,

Besluit :

Artikel 1. De bijlagen 13bis, 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 respectievelijk vervangen door de bijlagen 13bis, 19ter en 20 en die hierbij zijn gevoegd.

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

1° De bijlagen 13bis, 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.

2° De bijlagen 13bis, 19ter en 20 zoals ze zijn opgesteld de dag voorgaand aan de inwerkingtreding van deze verordening kunnen gebruikt worden tot en met 31 augustus 2015 (de datum van handtekening geldt als bewijs).

Art. 3. Deze verordening treedt in werking op 1 mei 2015.

Brussel, 16 maart 2015.

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 13bis (page 1 – recto)

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

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

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

Nom en prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	
Numéro de registre national	
Adresse	
Mutualité	
Numéro d'identification de la Sécurité sociale (NISS) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	
Le bénéficiaire séjourne à l'adresse suivante (remplir si différente du domicile)	

A compléter par le dispensateur de soins

IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS

La présente demande est introduite par :

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

PRESTATIONS DÉLIVRÉES

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

Annexe 13bis (page 1 - verso)

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

ADAPTATIONS POUR LESQUELLES UNE INTERVENTION DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE N'EST PAS PRÉVUE ET QUI SONT DEMANDÉES PAR LE BÉNÉFICIAIRE

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

Annexe 13bis (page 2)

Date de la délivrance :/...../.....

Prescrit par..... En date du...../...../.....

La prescription ou l'autorisation du médecin-conseil en date du/...../..... est annexée

N° d'identification INAMI du prescripteur : : -:.....:.....

Si le bénéficiaire est hospitalisé : N° établissement : : -:.....:.....

Service : ::

En cas de tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte n°

: : -:.....:.....

Date...../...../.....

Signature du dispensateur de soins.....

Cadre à remplir par le bénéficiaire

Je certifie avoir reçu la (les) prestation(s) susmentionnée(s) n° :.....

.....

.....

Date...../...../.....

Signature :.....

Vu pour être annexé au règlement du 16 mars 2015
Le Fonctionnaire Dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER

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.

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
Membres inférieurs		
Membres supérieurs		

Annexe 19ter (verso)

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

TEST DE L'AIDE À LA MOBILITÉ (uniquement obligatoire pour les voiturettes 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 16 mars 2015
Le Fonctionnaire Dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER

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**

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

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.)
Total	

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^{ème} 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	100 p.c.
			Droit aus gros risques	75 p.c.
			Petits risques	
ENGAGEMENT DE PAIEMENT				
L'organisme assureur s'engage à rembourser les montants relatifs à l'exécution de la ou des prestation(s) suivante(s) :				
.....				
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 16 mars 2015
Le Fonctionnaire Dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER

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 13bis (blad 1 – recto)

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

IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

In te vullen door de rechthebbende of klevler ziekenfonds.

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

In te vullen door de verstrekker

IDENTIFICATIE VAN DE VERSTREKKER

Deze aanvraag is opgemaakt door:

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

AFGELEVERDE VERSTREKKINGEN

<u>Mobiliteitshulpmiddelen (basisuitrusting)</u> (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het product op de lijst	Publieks- prijs	Nomen- clatuur- prijs	Tussenk. VI	Supplem. rechtheb.
Serienummer :						

Bijlage 13bis (blad 1 - verso)

<u>Aanpassingen</u> (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het product op de lijst	Publiek- prijs	Nomen- clatuur- prijs	Tussenk. VI	Supplem. rechtheb.
Onderste ledematen						
Bovenste ledematen						
Zithouding (zit-ruggedeelte)						
Veiligheid						
Besturing/aandrijving						
Specifieke aanpassingen						
RECUPEL						

**AANPASSINGEN ZONDER TEGEMOETKOMING IN HET RAAM VAN DE VERPLICHTE
VERZEKERING EN DIE DOOR DE RECHTHEBBENDE ZIJN GEVRAAGD**

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

Bijlage 13bis (blad 2)

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

Voorgescreven door.....

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

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

Inschrijvingsnr. RIZIV van de voorschrijver : : -.....:.....:.....

Voor opgenomen rechthebbenden :

Nr. van de instelling: : -.....:.....:.....

Dienst :::

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

.....-.....:.....:.....-

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

Handtekening van de verstrekker.....

In te vullen door de rechthebbende

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

.....

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

Handtekening :.....

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 16 maart 2015

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER

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 klevler ziekenfonds.

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

In te vullen door de verstrekker.

ALGEMENE TYPOLOGIE VAN HET MOBILITEITSHULPMIDDEL (BASISUITRUSTING)

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

Hoofdgroep:	
Subgroep:	
Nummer NGV:	
Motivering :	

ALGEMENE TYPOLOGIE AANPASSINGEN

	Nummer NGV	Motivering
Onderste ledematen		
Bovenste ledematen		

Bijlage 19ter (verso)

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

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 16 maart 2015
De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER

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

<u>Mobiliteitshulpmiddelen</u> <u>(basisuitrusting)</u> (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**

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

MAATWERK

- Deze aanvraag betreft een op maat gemaakt mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen waarvan beschrijving en 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)
Totaal	

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 vijftien 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^e 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.
BETALINGSVERBINTENIS			
De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de bedragen betreffende de uitvoering van de volgende verstrekking(en)			
te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.			
Deze verbintenis geldt slechts tot			
Stempel		Datum:	
		Voor het ziekenfonds, De verantwoordelijke persoon,	
	 (Handtekening 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 16 maart 2015

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER

G. PERL