

[**I** – Règl. 31-1-05 – M.B. 22-3 – éd. 2; **R** – Règl. 22-10-12 – M.B. 19-11 – art. 1; **R** – Règl. 7-4-14 – M.B. 9-5 – éd. 2 – art. 1; **R** – Règl. 16-3-15 – M.B. 30-3 - art. 1 – **Erratum** – M.B. 7-4-15 (°)  
(°°)

**[Annexe 19ter (recto)]**

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

**IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE**

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

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

*A compléter par le dispensateur de soins.*

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

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

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

**TYPOLOGIE GENERALE DES ADAPTATIONS**

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

(°) erratum uniquement en néerlandais

(°°) d'application à partir du 1-5-2015. 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).

**Annexe 19ter (verso)**

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

**TEST DE L'AIDE A LA MOBILITE** (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]