

[**R** – Règl. 31-1-05 – M.B. 22-3 – éd. 2 ; **R** – Règl. 17-7-06 – M.B. 21-8 – éd. 1; **R** – Règl. 22-10-12 – M.B. 19-11 – art. 1 ; **R** - Règl. 16-3-15 - M. B. 30-3 – art. 1 – Erratum – M.B. 7-4-15(°) ; **R** – Règl. 16-1-17 – M.B. 10-2 – art. 1] (°°)

[Annexe 20 (page 1 – recto)

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

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

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

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 de 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 A LA MOBILITE DEMANDEES

<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 nomenclature	Interv. OA	Suppl. bénéficiaire

(°) erratum uniquement en néerlandais

(°°) d'application à partir du 1-3-2017.

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

1° Les annexes 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 20 dans leur rédaction au jour précédant l'entrée en vigueur du présent règlement, peuvent être utilisées jusqu'au 30 juin 2017 inclus (date de signature faisant foi).

Annexe 20 (page 1 - verso)

ADAPTATIONS DEMANDEES

<u>Adaptations</u> (Marque/Type)	Numéro NPS	Code d'identification du produit sur la liste	Prix public	Prix nomenclature	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 PREVUE ET QUI SONT DEMANDEES PAR LE BENEFICIAIRE

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 HANDICAPEES

Je souhaite que mon dossier soit envoyé par la mutualité 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.**

AVIQ – Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles

DPB – Dienststelle für Personen mit Behinderung

PHARE – Personnes handicapées autonomie recherchée

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)

DECISION DU MEDECIN-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 RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR.		
Mutualité ou office régional	Numéro d'inscription	
1	Code titulaire	2
	Tous risques	100 p.c.
	Droit aux gros risques	
	Petits risques	75 p.c.
<p>ENGAGEMENT DE PAIEMENT</p> <p>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.</p> <p>Cet engagement n'est valable que jusqu'au.....</p> <p>Cachet</p> <p style="text-align: right;">Date:..... Pour la mutualité, La personne responsable, (Signature et nom)</p> <p>Ce document ne vaut comme engagement de paiement de la mutualité que s'il a été opté pour le régime du tiers payant]</p>		