

Résumé des dispositions relatives à la procédure d'intervention de l'assurance pour une aide à la mobilité et/ou adaptations (art. 28, § 8, l., 3.)

A. Principes généraux

Seuls les produits figurant sur la liste des produits admis au remboursement entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance pour une aide à la mobilité.

Les produits ne peuvent être fournis que sur prescription médicale et conformément à celle-ci. La prescription reste valable, à partir de la date de la prescription, pendant :

- deux mois s'il s'agit d'une première demande ;
- six mois s'il s'agit d'un renouvellement.

Le bandagiste agréé adresse la demande d'intervention au médecin-conseil (sauf pour un cadre de marche – voir point h)).

Le bandagiste agréé informe le bénéficiaire qu'en cas de refus par le médecin-conseil pour l'aide à la mobilité et/ou les adaptations demandées, celles-ci sont à charge du bénéficiaire si la délivrance a, à sa demande, eu lieu avant que la décision du médecin-conseil ne soit connue.

Le médecin-conseil évalue la demande sur base de la prescription médicale, du rapport de fonctionnement, du rapport de motivation et de la demande d'intervention de l'assurance, selon la procédure requise (voir procédures spécifiques détaillées ci-après),

Le médecin-conseil réagit à la demande introduite dans les quinze jours ouvrables. Cette réaction peut contenir les décisions suivantes :

- la demande est approuvée ;
- la demande est refusée sur base d'une motivation circonstanciée ;
- la demande est incomplète ou exige des informations complémentaires. Dans ce cas le médecin-conseil a à nouveau quinze jours ouvrables, à compter de la date à laquelle le dossier complété a été réceptionné, pour rendre sa décision.
- le bénéficiaire est soumis à un examen physique. Le délai de décision du médecin-conseil est prolongé de vingt-cinq jours ouvrables.

A défaut d'une réponse du médecin-conseil endéans le délai susmentionné, la demande introduite est acceptée.

La délivrance doit avoir lieu dans un délai de 75 jours ouvrables, à compter de la date de l'approbation du médecin-conseil, sauf cas de force majeure démontré.

B. Procédures spécifiques

a) Procédure de base

Cette procédure est valable pour :

- une voiturette standard pour adulte ;
- un tricycle orthopédique ;
- le renouvellement par une aide à la mobilité du même groupe principal et du même sous-groupe ;
- le renouvellement de l'intervention forfaitaire (voir point d)) quand l'utilisateur ne satisfait qu'aux indications de la voiturette standard.

L'intervention de l'assurance est octroyée sur base des documents suivants :

- la prescription médicale ;
- la demande d'intervention de l'assurance.

b) Procédure étendue

Cette procédure est valable pour :

- une voiturette modulaire pour adulte ;
- une voiturette de maintien et de soins ;
- un système d'assise (coussins anti-escarres, système de dossier modulaire et châssis pour siège-coquille)
- le cumul d'un tricycle orthopédique et d'une voiturette ;
- le renouvellement par une aide à la mobilité d'un groupe principal ou d'un sous-groupe différent, si l'aide à la mobilité demandée nécessite la procédure étendue ;
- le renouvellement d'une voiturette électronique/d'un scooter électronique par une voiturette électronique/un scooter électronique d'un autre sous-groupe ;
- la demande d'adaptation(s) anticipée(s) après un délai de 2 ans suivant la délivrance de la voiturette ;
- le renouvellement de l'intervention forfaitaire (voir point d)).

L'intervention de l'assurance est octroyée sur base des documents suivants :

- la prescription médicale ;
- le rapport de motivation (rédigé par le bandagiste) ;
- la demande d'intervention de l'assurance.

c) Procédure particulière

Cette procédure est valable :

- une voiturette pour enfant (voiturettes manuelles et voiturettes électroniques(voir aussi point i)) ;
- une voiturette active pour adulte ;
- une voiturette électronique pour adulte (voir aussi point i)) ;
- un scooter électronique ;
- un système de station debout (table de station debout électrique et voiturettes de station debout) ;
- le renouvellement par une aide à la mobilité d'un groupe principal ou d'un sous-groupe différent, si l'aide à la mobilité demandée nécessite la procédure particulière ;
- le renouvellement anticipé d'une voiturette ;
- la demande d'adaptation(s) anticipée(s) endéans les 2 ans suivant la délivrance de la voiturette.

L'intervention de l'assurance est octroyée sur base des documents suivants :

- la prescription médicale ;
- le rapport de fonctionnement multidisciplinaire (**) ;
- le rapport de motivation rédigé par le bandagiste ;
- la demande d'intervention de l'assurance.

()** L'équipe multidisciplinaire se compose au moins d'un médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation ou d'un médecin-spécialiste disposant d'un certificat complémentaire en réhabilitation pour les affections locomotrices, neuromotrices et neurologiques et d'un ergothérapeute ou kinésithérapeute. L'équipe peut être étendue de manière facultative au médecin de famille, infirmier(e), assistant(e) social(e) ou experts faisant partie de l'entourage du bénéficiaire. Le bandagiste agréé peut être impliqué dans l'évaluation fonctionnelle.

d) Procédure pour les interventions forfaitaires

Le médecin-conseil peut octroyer une intervention forfaitaire au bénéficiaire pour lequel une aide à la mobilité autre que celle à laquelle il a droit selon ses critères fonctionnels, est demandée. Le montant de l'intervention forfaitaire est déterminée sur base du montant de l'intervention pour l'aide à la mobilité pour laquelle il entre en ligne de compte. L'aide à la mobilité délivrée doit figurer sur la liste des produits admis au remboursement.

En cas de première demande pour une aide à la mobilité, la procédure prévue pour le type d'aide à la mobilité demandé doit toujours être suivie. S'il apparaît que le bénéficiaire ne satisfait pas aux indications fonctionnelles prévues pour l'aide à la mobilité de son choix, il peut être mentionné dans le rapport de motivation ou dans le rapport de fonctionnement qu'il accepte une intervention forfaitaire.

En cas de renouvellement d'une aide à la mobilité pour laquelle une intervention forfaitaire a été accordée, cette intervention forfaitaire peut être directement demandée par le bandagiste agréé, avec l'accord explicite du bénéficiaire. Cette demande doit être rédigée selon les règles de la procédure étendue. Si le bénéficiaire ne répond qu'aux spécifications fonctionnelles de la voiturette standard, la demande peut être rédigée selon la procédure de base.

e) Procédure de demande pour le sur-mesure

S'il apparaît que le bénéficiaire ne peut être correctement équipé avec la voiturette et les adaptations auxquelles il a droit selon ses critères fonctionnels, le bandagiste agréé peut introduire une demande pour du sur-mesure individuel auprès du médecin-conseil. C'est la procédure particulière qui doit être suivie. Un devis détaillé et les schémas nécessaires doivent en outre être joints au dossier.

Le médecin-conseil vérifie si le dossier est complet et l'envoie, accompagné de son avis, au Collège des médecins-directeurs. Après consultation de l'avis du Conseil technique des voiturettes au sujet de ce dossier individuel, le Collège décide de l'octroi ou non de l'intervention pour le sur-mesure demandé.

Par sur-mesure, on entend: tout dispositif fabriqué spécifiquement suivant la prescription écrite d'un praticien dûment qualifié indiquant, sous la responsabilité de ce dernier, les caractéristiques de conception spécifiques, et destiné à n'être utilisé que pour un utilisateur déterminé. Les dispositifs fabriqués suivant des méthodes de fabrication continue ou en série qui nécessitent une adaptation pour répondre à des besoins spécifiques du médecin ou d'un autre utilisateur professionnel ne sont pas considérés comme des dispositifs sur mesure.

Une intervention de l'assurance pour du sur-mesure n'est possible que s'il n'existe aucune alternative dans les produits fabriqués en série.

Cette procédure de demande est uniquement permise lors de la délivrance d'une voiturette. Les adaptations d'une commande électronique telles que reprises, sous la rubrique «intervention forfaitaire conduite/propulsion », ne sont pas considérées comme du sur-mesure particulier.

f) Procédure de demande pour un scooter électronique pour les bénéficiaires avec une affection comparable qui n'est pas reprise dans les indications spécifiques

Dans les indications spécifiques prévues pour les scooters électroniques, il est mentionné que :

« l'utilisateur doit souffrir d'une pathologie appartenant aux affections neuromusculaires évolutives, aux myopathies évolutives, aux infirmités motrices cérébrales, aux lésions cérébrales non-congénitales, de sclérose en plaques ou d'une polyarthrite inflammatoire auto-immune selon les définitions acceptées par la Société Royale Belge de Rhumatologie (arthrite rhumatoïde, spondyloarthropathie, arthrite rhumatoïde juvénile, lupus érythémateux et sclérodermie). »

Pour les bénéficiaires souffrant d'affections graves comparables qui ne sont pas reprises dans les pathologies susmentionnées, la demande doit être rédigée selon les règles de la procédure particulière.

Le médecin-conseil vérifie si le dossier est complet et l'envoie, accompagné de son avis, au Collège des médecins-directeurs. Après consultation de l'avis du Conseil technique des voiturettes au sujet de ce dossier individuel, le Collège décide de l'octroi ou non de l'intervention pour le scooter électronique demandé.

g) Procédure de demande pour les bénéficiaires ne pouvant être correctement équipés avec les aides à la mobilité prévues pour leur groupe-cible

- Pour les enfants (< 18 ans) qui satisfont aux indications fonctionnelles des voiturettes pour enfants, mais pour lesquels une voiturette avec une largeur d'assise de plus de 36 cm est nécessaire, une intervention de l'assurance peut être octroyée pour une voiturette reprise sur les listes des voiturettes pour adultes.

Les conditions spécifiques pour les délais de renouvellement, cumuls autorisés et renouvellements anticipés ainsi que les montants d'intervention pour voiturettes pour enfants correspondantes restent toutefois valables.

- Pour les adultes (≥ 18 ans) qui satisfont aux indications fonctionnelles des voiturettes pour adultes, mais pour lesquels une voiturette avec une largeur d'assise de moins de 36 cm est nécessaire, une intervention de l'assurance peut être octroyée pour une voiturette reprise sur les listes des voiturettes pour enfants.

Les conditions spécifiques pour les délais de renouvellement, cumuls autorisés et renouvellements anticipés ainsi que les montants d'intervention pour les voiturettes pour adultes correspondantes restent toutefois valables.

h) Procédure pour le remboursement d'un cadre de marche

Pour bénéficier d'une intervention de l'assurance pour un cadre de marche, aucun accord du médecin-conseil n'est nécessaire.

L'intervention de l'assurance est octroyée sur base des documents suivants :

- la prescription médicale,
- l'attestation de délivrance.

La délivrance doit avoir lieu dans un délai de 75 jours ouvrables, à compter de la date de remise de la prescription au bandagiste, sauf cas de force majeure démontré.

i) Test pour les voiturettes électroniques

Pour les voiturettes électroniques, un test de la voiturette doit en outre être introduit.

Ce test démontre que le bénéficiaire est apte à utiliser l'appareil électronique de manière judicieuse. L'aptitude à un usage judicieux doit ressortir d'un rapport approfondi rédigé par le bandagiste agréé à propos des résultats du test qui doit être effectué au domicile du bénéficiaire. Le test évalue les capacités du bénéficiaire à utiliser la voiturette, et ce d'un point de vue physique et cognitif, ainsi que les possibilités d'utilisation de la voiturette dans la pratique d'un point de vue local.

Le rapport de ce test est transmis, avec les autres documents de la procédure particulière, par le bandagiste au médecin-conseil.