

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.

TYPLOGIE 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 :	

TYPLOGIE GENERALE DES ADAPTATIONS

	Numéro NPS	Motivation
Membres inférieurs		
Membres supérieurs		

Annexe 19ter (verso)

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

TEST DE L'AIDE A LA MOBILITE (uniquement obligatoire pour les voiturettes électroniques)

<input type="checkbox"/> Le test de l'aide à la mobilité a eu lieu Description du test

SUR-MESURE

<input type="checkbox"/> 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