

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 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 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 nomencla- ture	Interv. OA	Suppl. bénéficiaire

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 nomencla- ture	Interv. OA	Suppl. bénéficiaire
Membres inférieurs						
Membres supérieurs						
Positionnement (siège-dossier)						
Sécurité						
Conduite/propulsion						

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:.....

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 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):

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 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 prestations suivantes:			
.....			
.....			
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.			