

Bijlage 20 (Blad 1 – recto)

AANVRAAG VOOR VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING VOOR EEN MOBILITEITSHULPMIDDEL EN/OF AANPASSINGEN

(artikel 28, § 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen)

!!Alle rubrieken moeten ingevuld worden tenzij anders vermeld!!

IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE

In te vullen door de rechthebbende of klevende ziekenfonds.

Naam en voornaam van de rechthebbende	
Geboortedatum	□□ / □□ / □□□□
Adres (domicilie)	
Identificatienummer van de Sociale Zekerheid (INSZ)	□□□□□□-□□□-□□
Ziekenfonds (naam of nummer)	

In te vullen door de verstrekker

IDENTIFICATIE VAN DE VERSTREKKER

Naam van de erkende verstrekker	
Erkenningsnummer bij het RIZIV	
Bedrijfsnaam	
Adres van het bedrijf	
Telefoonnummer, e-mail adres	
Ondernemingsnummer	

GEVRAAGDE MOBILITEITSHULPMIDDELEN

Mobiliteitshulpmiddelen (basisuitrusting) (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het product op de lijst	Publiek prijs	Nomencl. prijs	Tussenk. VI	Supplement Rechtheb.

Bijlage 20 (Blad 1 – verso)

GEVRAAGDE AANPASSINGEN

Aanpassingen (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het produkt op de lijst	Publiek prijs	Nomencl. prijs	Tussenk. VI	Supplement rechthebbende
Onderste ledematen						
Bovenste ledematen						
Zithouding (zit- ruggedeelte)						
Veiligheid						
Besturing/aandrijving						
Bijzondere aanpassingen						

MAATWERK

- ☐ Deze aanvraag betreft een op maat gemaakt mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen waarvan beschrijving en bestek als bijlage gaan.

De totale prijs van het maatwerk bedraagt EUR (incl. BTW)

- ☐ Ik bevestig dat ik de rechthebbende voldoende heb ingelicht over de prijssupplementen alsook over de motivering ervan.

Datum: / /

Handtekening van de verstrekker:

VAKKEN BESTEMD VOOR DE RECHTHEBBENDE

FORFAIT

☐ Ik vraag het forfait nummer:.....

☐ Ik ga akkoord met de onderstaande niet door de ziekteverzekering vergoedbare aanpassingen:

Omstandige omschrijving en motivering van de niet-vergoedbare aanpassingen, gevraagd door de rechthebbende (zo nodig als bijlage bijvoegen)	Prijs (EUR) (incl. BTW)
Totaal	

AANVRAAG IN HET KADER VAN HET EENHEIDSDOSSIER MET DE AGENTSCHAPPEN VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP

☐ Ik wens het opsturen door het ziekenfonds van mijn dossier naar het gemeenschapsfonds of agentschap voor personen met een handicap. *N.B. niet van toepassing voor personen met een handicap die op het ogenblik van hun eerste aanvraag voor tussenkomst bij het fonds of agentschap de volle leeftijd van vijftien jaar hebben bereikt.*

- ☐ **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

Inschrijvingsnummer bij het gemeenschapsfonds of het agentschap (indien beschikbaar)

Het betreft de aanvraag voor tussenkomst bij

- ☐ het prijssupplement van het mobiliteitshulpmiddel of aanpassingen WEL voorzien in de nomenclatuur
- ☐ het prijssupplement van het mobiliteitshulpmiddel of aanpassingen NIET voorzien in de nomenclatuur
- ☐ de kost voor onderhoud en herstelling van het mobiliteitshulpmiddel
- ☐ het prijssupplement voor omgevingsbediening geïntegreerd in het besturingssysteem van de rolstoel
- ☐ het prijssupplement in de kostprijs van individuele aanpassingen of maatwerk
- ☐ een 2^e mobiliteitshulpmiddel
- ☐ andere zorgvragen i.v.m. mobiliteitshulpmiddelen:.....

☐ Ik bevestig dat ik duidelijk werd geïnformeerd door de bandagist over de prijssupplementen alsook over de motivering ervan.

Datum: / /

Handtekening van de rechthebbende (of de wettelijk vertegenwoordiger).....

Bijlage 20 (Blad 3 – recto)

BESLISSING ADVISEREND GENEESHEER

☐ **Akkoord** voor volgende verstrekking(en):

☐ **Akkoord** voor forfait nr.:

☐ **Weigering** voor volgende verstrekking(en):

Motivering van weigering:

☐ de hernieuwingstermijn voorzien in artikel 28, § 8, van de nomenclatuur is niet verstreken, en er zijn geen wijzigingen die een voortijdige hernieuwing verantwoorden.

De hernieuwingstermijn loopt tot □□ / □□ / □□□□.

☐ het volgende mobiliteitshulpmiddel / aanpassing is niet opgenomen op de lijst van voor vergoeding aangenomen producten, opgesteld in toepassing van artikel 28, § 8, van de nomenclatuur:
.....

☐ er wordt niet beantwoord aan de volgende bepalingen uit artikel 28, § 8, van de nomenclatuur (te specificeren):.....
.....
.....

☐ andere reden van weigering (te specificeren):.....

Andere beslissing:

Datum: □□ / □□ / □□□□

Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer:

Bijlage 20 (Blad 3 – verso)*In te vullen door het ziekenfonds in geval van toepassing van derdebetalersregeling*

VAK BESTEMD VOOR DE V.I.	
Ziekenfonds of Gewest. dienst	Inschrijvingsnummer
Code gerechtigde	
1	2
Alle risico's Recht op grote risico's Kleine risico's	
BETALINGSVERBINTENIS De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de bedragen betreffende de uitvoering van de volgende verstrekking(en) te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.	
Deze verbintenis geldt slechts tot Stempel Datum: Voor het ziekenfonds, De verantwoordelijke persoon, (Handtekening en naam) Dit document geldt enkel als betalingsverbintenis van het ziekenfonds indien geopteerd werd voor de derdebetalingsregeling.	

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 16 maart 2015

De Leidend Ambtenaar,

De Voorzitter,

H. DE RIDDER

G. PERL