

**DEMANDE D'INTERVENTION D'IRISCARE POUR UNE AIDE A LA MOBILITE ET/OU ADAPTATIONS****!! 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

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						
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 :

CADRES RESERVES AU BENEFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire (ou son représentant légal)

FORFAIT Je demande le forfait numéro :.....**ADAPTATIONS POUR LESQUELLES UNE INTERVENTION D'IRISCARE 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 A L'INSTANCE EN CHARGE DES AIDES COMPLEMENTAIRES (PHARE OU CAISSE DES SOINS) Je suis reconnu comme personne handicapée et souhaite que mon dossier soit envoyé par la mutualité à l'instance en charge des aides complémentaires. ***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.*** **PHARE** - Personne handicapée autonomie recherchée (COCOF) Nom de ma Caisse des soins de santé (Protection sociale flamande)

.....

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 technologue orthopédique en aides à la mobilité des suppléments de prix et de leur motivation. et ne pas avoir introduit de demande d'intervention pour l'intervention de base.

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 dans 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 la nomenclature des aides à la mobilité :

.....

Les dispositions suivantes de de la nomenclature ne sont pas remplies (à spécifier) :

.....

.....

.....

Autre motif de refus (à spécifier) :

Autre décision:

Date: □□ / □□ / □□□□

Signature et cachet du médecin-conseil

A remplir par la mutualité en cas d'application du tiers payant

CADRE RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR.		
ENGAGEMENT DE PAIEMENT		
<p>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.</p>		
<p>Cet engagement n'est valable que jusqu'au</p>		
Cachet	<p>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>		