

Demande de remboursement d'une PROTHESE MYOELECTRIQUE

A compléter par le titulaire ou apposer une vignette O.A.

Nom et prénom du titulaire :

Organisme assureur :

Numéro d'inscription :

Adresse du titulaire :

A compléter par le dispensateur de soins :

Nom et prénom du patient :

date de naissance :.. /... /.....

Prescription médicale :

Je soussigné, docteur en médecine (médecin spécialiste, cf. liste art. 29, § 2), déclare par la présente que la personne précitée entre en considération pour l'utilisation d'une prothèse myoélectrique et que son état ne constitue pas une contre-indication. Compte tenu des éléments médico-sociaux dont je dispose, je certifie qu'une utilisation effective et durable de la prothèse myoélectrique peut être escomptée.

Diagnostic (mention distincte des lésions anatomiques, de l'étiologie et des troubles fonctionnels) :

Date du début du handicap :

Capacité psychique et intellectuelle relative aux conditions d'utilisation de la prothèse myoélectrique :

Motivation du patient, données/remarques complémentaires

(relative aux loisirs, au fonctionnement professionnel, à l'intégration sociale) :

La prothèse myoélectrique prescrite est du type suivant/ présente la structure de base suivante :

- a. (*) Enfant/Adulte
- b. (*) - Désarticulation du poignet,
 (*) - Prothèse de l'avant-bras,
 (*) - Désarticulation du coude et prothèse de l'avant-bras,
 (*) - Désarticulation de l'épaule et amputation unilatérale de la ceinture scapulaire,
 (*) - Désarticulation du coude, prothèse de l'avant-bras et de l'épaule et amputation unilatérale de la ceinture scapulaire,

qui améliorera le fonctionnement du patient précité et stimulera son intégration sociale.

A ma connaissance, la fourniture (est/n'est pas) la conséquence d'un accident (1)

Prescripteur :

Nom et prénom :

Adresse :

N° d'identification I.N.A.M.I. :

Date et signature :

(*)(1) Biffer la mention inutile.

Rapport des tests :

Je soussigné, orthésiste-prothésiste, déclare par la présente avoir effectué les tests nécessaires en vue d'une prothèse myoélectrique chez le patient précité, en date du... /... /....., et constate qu'il/elle :

1. entre en considération pour un (*)
 - système digital,
 - système à double canal,

2. est en mesure de commander le système suivant (*)
 - "ouvrir et fermer",
 - combinaison "ouvrir et fermer" et "pro- et supination",
 - avec la possibilité de commander distinctement les deux systèmes,

3. (dans le cas d'un système D.M.C.) peut utiliser le système proportionnel (*).

A l'appui sont joints en annexe les copies des résultats des tests :

1. valeurs de pointe et de seuil observées aux endroits testés chez le patient précité,

2. illustration de la capacité de distinction.

Fournisseur Orthésiste-prothésiste :

Nom et prénom :

Adresse :

N° d'identification I.N.A.M.I. :

Date et signature :

(*) Biffer la mention inutile.

Vu pour être annexé au Règlement du 14 juillet 1997 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
 F. PRAET,
 Directeur général.

Le Président,
 D. SAUER.