

ANNEXE 92

Prescription médicale pour orthèse d'assise fabriquée individuellement sur mesure, de l'art. 29

A remettre par le bénéficiaire au dispensateur de son choix.

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire ou apposer une vignette de la mutualité.

Nom et prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	
Adresse	
Organisme assureur	
Numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS)	

1. PRESCRIPTION *A compléter par le médecin prescripteur.*

Je soussigné, Docteur en médecine, déclare par la présente que.....

(nom et prénom du bénéficiaire) a besoin d'une orthèse d'assise tel que décrit dans l'art 29.

(<http://www.riziv.fgov.be/fr/nomenclature/nomenclature/Pages/nomen-article29.aspx>)

Ceci concerne un(e) : Première demande Renouvellement Renouvellement anticipé

Groupes-Cibles:

- A1 bénéficiaires atteints d'une affection congénitale, d'une affection ou d'une lésion acquise avant le 18^{ème} anniversaire , bénéficiaires jusqu'au 18^{ème} anniversaire

- A2 bénéficiaires atteints d'une affection congénitale, d'une affection ou d'une lésion acquise avant le 18^{ème} anniversaire , bénéficiaires à partir du 18^{ème} anniversaire

- B1 bénéficiaires ayant besoin d'une orthèse d' assise à partir du 18^{ème} anniversaire ,
bénéficiaires à partir du 18^{ème} anniversaire, après utilisation d'une voiturette de maintien et de soins

- B2 bénéficiaires ayant besoin d'une orthèse d' assise à partir du 18^{ème} anniversaire ,
bénéficiaires à partir du 18^{ème} anniversaire, en situation exceptionnelle

2. DIAGNOSTIC ET SITUATION MÉDICALE ACTUELLE *A compléter par le médecin prescripteur*

- Affection congénitale
- Date de début de l'affection ou de la lésion qui donne lieu à la présente prescription:
...../...../.....
- Le handicap est consécutif à un accident: oui non

Diagnostic sur lequel se base la présente prescription :

.....

.....

.....

Description de la situation médicale actuelle:

.....

.....

.....

La situation est : stable évolutive

L'utilisation est : définitive temporaire

L'utilisation est quotidienne et durant une grande partie de la journée

fréquente mais pas quotidienne occasionnelle

3. ETAT FONCTIONNEL ACTUEL *A compléter par le médecin prescripteur, le cas échéant en concertation avec l'équipe multidisciplinaire*

Description de la nature et de la gravité des problèmes de mobilité et de positionnement:

.....

.....

.....

Description des troubles anatomiques et/ou fonctionnels de la colonne vertébrale pour lesquels une solution technique est recherchée:

.....

.....

.....

Description des troubles anatomiques et/ou fonctionnels de la ceinture pelvienne et/ou des muscles du fémur pour lesquels une solution technique est recherchée:

.....

.....

.....

Pour le groupe-cible B1: renvoi et motivation par le médecin traitant
(nom et prénom) , joints en annexe.

Pour le groupe-cible B2: description de la situation exceptionnelle:

.....
.....
.....

Motivation pour un renouvellement anticipé:

.....
.....
.....

Cette prescription a été établie par: *

Date: / /

Médecin spécialiste	Nom Numéro INAMI	Signature
Ergothérapeute ou kinésithérapeute	Nom Numéro INAMI	Signature
Autre (description de fonction)	Nom Numéro INAMI	Signature

*voir article 29 § 26 point 4.1.1 prescripteurs.