**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*](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 18ème anniversaire , bénéficiaires jusqu'au 18ème anniversaire |
|  |  |  |
| □ | A2 | bénéficiaires atteints d’une affection congénitale, d’une affection ou d’une lésion acquise avant le 18ème anniversaire , bénéficiaires à partir du 18ème anniversaire |
|  |  |  |
| □ | B1 | bénéficiaires ayant besoin d’une orthèse d’ assise à partir du 18ème anniversaire , bénéficiaires à partir du 18ème anniversaire, après utilisation d’une voiturette de maintien et de soins |
|  |  |  |
| □ | B2 | bénéficiaires ayant besoin d’une orthèse d’ assise à partir du 18ème anniversaire , bénéficiaires à partir du 18ème 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.