

DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'UNE PROTHESE MYOELECTRIQUE OU D'UN FÛT

Volet médical

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

Nom et prénom du titulaire:
 Organisme assureur:
 Numéro d'inscription:
 Adresse du titulaire:
 Date de naissance du patient:

A compléter par le médecin prescripteur

Nom et prénom du patient:

Prescription médicale:

A. Demande de prothèse myoélectrique

Je soussigné, docteur en médecine (médecin spécialiste, cf. liste art. 29, § 2)¹, 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 médicaux, psychiques, intellectuels et sociaux du patient dont je dispose, je certifie qu'une utilisation effective et durable de la prothèse myoélectrique peut être escomptée et que la prothèse myoélectrique améliorera le fonctionnement du patient précité et favorisera son intégration sociale.

Première prestation

Renouvellement

Renouvellement fût (jusqu'à 18 ans)³

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

Date du début du handicap:

Motivation et données/remarques complémentaires

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

² J'ai pris connaissance des résultats du test d'où il ressort que le patient dispose de suffisamment de myopotential grâce aux groupes de muscles disponibles et est capable de contrôler les différentes fonctions disponibles.

La prothèse myoélectrique ou le fût prescrit concerne le niveau d'amputation suivant:

Amputation partielle de la main (à partir du métacarpe)

Amputation du bras

Désarticulation du poignet

Désarticulation de l'épaule

Amputation de l'avant-bras

Amputation de la ceinture scapulaire

Désarticulation du coude

L'amputation et la conséquence d'un accident:

Oui

Non

¹ Seule la première prescription doit également être signée par l'équipe multidisciplinaire

² Uniquement pour la première prescription

³ Ceci concerne le renouvellement après 1 an pour les bénéficiaires jusqu'à 18 ans. Pour renouvellement anticipé du fût voir B au verso

Confection d'un nouveau fût (à motiver)

- Après une intervention chirurgicale sur le moignon concerné
- Après un important changement morphologique du moignon, des parties molles ou des structures osseuses
- Allergies cutanées ou autres formes d'hypersensibilité
- Accélération de croissance pubertaire

Motivation :

Avis de l'équipe multidisciplinaire ¹Médecin/équipe multidisciplinaire ¹

Nom médecin spécialiste	Numéro d'agrément	Signature
Nom ergothérapeute ou kinésithérapeute	Numéro d'agrément	Signature
Nom autre (+ description de fonction)	Numéro d'agrément	Signature
Nom autre (+ description de fonction)	Numéro d'agrément	Signature

Date:

Adresse et numéro d'identification du centre de rééducation auquel le prescripteur est lié¹**Volet technique**

A compléter par le prothésiste

Je soussigné, prothésiste, déclare par la présente avoir effectué les tests nécessaires en vue d'une prothèse myoélectrique chez le patient précité, en date du / /, et affirme qu'il/elle dispose du myopotential suffisant grâce aux groupes de muscles disponibles et est capable de coordonner les différentes fonctions disponibles

Nom + adresse du prothésiste	Numéro d'agrément	Signature
------------------------------	-------------------	-----------

Date:

¹ Seule la première prescription doit également être signée par l'équipe multidisciplinaire ; pour un renouvellement à signer seulement par le médecin spécialiste, cf. liste art. 29, § 12, 4.2