

[Règl. 28-7-14 – M.B. 1-9 – art. 1 – Erratum M.B. 16-9] (°)

[Annexe 21]

**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 (médecine spécialiste, cf. liste art. 29, § 2<sup>1</sup>), 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 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 18j)

**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):

<sup>2</sup> 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:

- |                                                                                  |                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amputation partielle de la main (à partir du métacarpe) | <input type="checkbox"/> Amputation du bras                   |
| <input type="checkbox"/> Désarticulation du poignet                              | <input type="checkbox"/> Désarticulation de l'épaule          |
| <input type="checkbox"/> Amputation de l'avant-bras                              | <input type="checkbox"/> Amputation de la ceinture scapulaire |
| <input type="checkbox"/> Désarticulation du coude                                |                                                               |

L'amputation et la conséquence d'un accident:

- Oui       Non

<sup>1</sup> (Seule la première prescription doit également être signée par l'équipe multidisciplinaire)

<sup>2</sup> Uniquement pour la première prescription

(°) d'application à partir du 1-10-2014

**ANNEXE 21 (suite)**

**B. Renouvellement anticipé du fût**

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 <sup>1</sup>**

**Médecin/équipe multidisciplinaire <sup>1</sup>**

Nom médecin de rééducation	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 lié <sup>1</sup>**

**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: