

## Bijlage 20 (blad 1 - recto)

### AANVRAAG VOOR VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING VAN EEN MOBILITEITSHULPMIDDEL EN/OF AANPASSINGEN

(artikel 28, § 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen)

#### **IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE**

*In te vullen door de rechthebbende of klever ziekenfonds.*

Naam en voornaam van de rechthebbende	
Geboortedatum	
Rijksregisternummer	
Adres	
Ziekenfonds	
Inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid (INSZ) □□□□□□-□□□□-□□	
De rechthebbende verblijft op volgend adres (invullen indien verschillend van domicilie-adres)	

*In te vullen door de verstrekker*

#### **IDENTIFICATIE VAN DE VERSTREKKER**

Deze aanvraag is opgemaakt door:

Naam van de erkende verstrekker	
Erkenningsnummer bij het RIZIV	
Bedrijfsnaam	
Adres van het bedrijf	
Ondernemingsnummer	

#### **GEVRAAGDE VERSTREKKINGEN**

<b><u>Mobiliteitshulpmiddelen</u></b> <b><u>(basisuitrusting)</u></b> (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het product op de lijst	Publieks- prijs	Nomencla- -tuurprijs	Tussenk. VI	Supplem. rechtheb.

---

**Bijlage 20 (blad 1 – verso)**

<b><u>Aanpassingen</u></b> (Merk/Type)	Nummer NGV	Identificatiecode van het product op de lijst	Publieks- prijs	Nomencla- -tuurprijs	Tussenk. VI	Supplem. rechtheb.
<b>Onderste ledematen</b>						
<b>Bovenste ledematen</b>						
<b>Zithouding (zit-ruggedeelte)</b>						
<b>Veiligheid</b>						
<b>Besturing/aandrijving</b>						

**BESTEK MAATWERK**

<b>Beschrijving</b>	<b>Prijs (EUR) (incl. BTW)</b>

Datum: ...../...../.....

Handtekening van de verstrekker:.....

---

## Bijlage 20 (blad 2)

### VAKKEN BESTEMD VOOR DE RECHTHEBBENDE

*In te vullen door de rechthebbende*

#### FORFAIT

Ik vraag het forfait .....

### AANPASSINGEN ZONDER TEGEMOETKOMING IN HET RAAM VAN DE VERPLICHTE VERZEKERING EN DIE DOOR DE RECHTHEBBENDE ZIJN GEVRAAGD

Ik ga akkoord met de onderstaande niet-vergoedbare aanpassingen :

Omstandige omschrijving van de niet-vergoedbare aanpassingen, gevraagd door de rechthebbende	Prijs (EUR) (incl. BTW)
<b>Totaal</b>	

### OPSTUREN VAN HET DOSSIER AAN HET FONDS VOOR SOCIALE INTEGRATIE VAN PERSONEN MET EEN HANDICAP

Ik ga akkoord met het opsturen door het ziekenfonds van mijn dossier aan het Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap voor een aanvraag van bijkomende of andere tussenkomst

Datum: ...../...../.....

Handtekening van de rechthebbende:.....



---

**Bijlage 20 (blad 3 - recto)**

**BESLISSING ADVISEREND GENEESHEER**

Datum: ...../...../.....

Handtekening van de adviserend geneesheer:.....

## Bijlage 20 (blad 3 - verso)

In te vullen door het ziekenfonds in geval van toepassing van derdebetalersregeling :

VAK BESTEMD VOOR DE V.I.			
Ziekenfonds of Gewest. dienst		Inschrijvingsnummer	
1	Code gerechtigde	2	
		Alle risico's	100 p.c.
		Recht op grote risico's	
		Kleine risico's	75 p.c.
<b>BETALINGSVERBINTENIS</b>			
De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe de bedragen betreffende de uitvoering van de volgende verstrekking(en)..... ..... te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.			
Deze verbintenis geldt slechts tot.....			
Stempel		Datum:..... Voor het ziekenfonds, De verantwoordelijke persoon,  ..... (Handtekening - Naam)	
Dit document geldt enkel als betalingsverbintenis van het ziekenfonds indien geopteerd werd voor de derdebetalingsregeling			