

Medische Dienst

www.helan.be/medisch-akkoord

Beste klant

U komt mogelijk in aanmerking voor **een forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie of incontinentieforfait voor afhankelijke personen**. Dit betekent dat u jaarlijks een forfaitair bedrag kan ontvangen om incontinentiemateriaal aan te kopen.

In bijlage vindt u het officiële aanvraagformulier om dit forfait aan te vragen bij onze adviserend arts. Vraag aan uw behandelend arts om het formulier in te vullen. Vervolgens deponeert u het ingevulde formulier in een Helan-brievenbus of stuurt u het op met de post naar:

Helan Onafhankelijk ziekenfonds
Medische Dienst
Boomsesteenweg 5
2610 Wilrijk

Uw aanvraag wordt door onze adviserende arts nagekeken. **Indien u voldoet aan de medische voorwaarden, wordt uw aanvraag voor het forfait goedgekeurd.** Wij brengen u zo snel als mogelijk op de hoogte van de beslissing. Hebt u nog vragen? U vindt meer informatie op de website die bovenaan op deze brief vermeld wordt.

30% korting bij Helan Zorgwinkel

Als klant van Helan Onafhankelijk ziekenfonds geniet u van 30% korting¹ op het volledige gamma incontinentieproducten bij Helan Zorgwinkel. Ontdek het zorgvuldig samengesteld aanbod via de webshop www.helanzorgwinkel.be/incontinentie. Daarnaast biedt Helan Zorgwinkel u ook:

- De mogelijkheid om losse **stalen uit te testen**
- Een discrete en **snelle thuislevering** (gratis vanaf > €50)
- Kwalitatieve merken zoals **Tena** en **Egosan**
- Een fijn aanbod **verzorgingsproducten** van wascrème tot bodylotion

U kunt eenvoudig bestellen aan het Helan voordeeltarief door een account aan te maken op www.helanzorgwinkel.be en uw ziekenfondsklantnummer in te voeren. Vragen of advies nodig? Onze klantenadviseurs helpen u graag: telefonisch via het nummer 02/218 22 22 of discreet op afspraak in de winkel. Een afspraak maken kan telefonisch of op www.helanzorgwinkel.be.

Met vriendelijke groeten



Tom Coolen
Algemeen Directeur Helan Onafhankelijk ziekenfonds

¹ Enkel geldig voor klanten van Helan die in orde zijn met de bijdragen aanvullende diensten.

Attest aanvraag incontinentie-forfait

Forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie of incontinentieforfait voor afhankelijke personen.



Onafhankelijk ziekenfonds

Breng dit formulier volledig ingevuld binnen in je kantoor of stuur het op naar:

Helan Onafhankelijk ziekenfonds
Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk

Meer informatie? www.helan.be

Bijlage bij het koninklijk besluit van 28 december 2020 tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het incontinentiemateriaal, bedoeld in artikel 34, 14 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Gelieve punt 2 in te vullen en na te gaan of punt 3 moet ingevuld worden. De verzekeringsinstelling gaat na welk forfait toegekend kan worden. **Gelieve het document naar de adviserend arts van de verzekeringsinstelling te sturen binnen de 3 maanden na ondertekening ervan.** Het forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie moet driejaarlijks aangevraagd worden. Het incontinentieforfait voor afhankelijke personen moet jaarlijks aangevraagd worden.

1. Identificatiegegevens van de rechthebbende

Naam: _____ Voornaam: _____

Klantnummer: _____

Rijksregisternummer: _____

2. Forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie

Driejaarlijks opnieuw in te vullen en in te dienen.

In te vullen door huisarts, uroloog, geriater, gynaecoloog of pediater

2.1 Evaluatie van de incontinentie

Anamnese

- ☐ Incontinentie is continu
- ☐ Incontinentie is intermitterend
- ☐ Stress incontinentie
- ☐ Urge incontinentie
- ☐ Urinaire incontinentie en ook faeces incontinentie

Objectieve gegevens

> Klinisch onderzoek ter opzoeken van

- ☐ Fecaloma
- ☐ Globus vesicalis
- ☐ Prostatistische hypertrofie
- ☐ Gynaecologische prolaps
- ☐ Anale hypotonus

> Technische onderzoeken :

- ☐ Urine

> Eventuele specialistische onderzoeken :

- ☐ Uro, gynaeco, geriater

> Eventuele intercurrente factoren:

- ☐ Sommige geneesmiddelen
- ☐ Omgevingsfactoren
- ☐ Gevorderde dementie

> Therapie

- ☐ Medicatie
- ☐ Kine
- ☐ Heelkunde



2.2 Na uitsluiting van behandelbare oorzaken van incontinentie en poging tot therapie toch blijvende incontinentie.

Daarom vraag ik voor De heer/Mevr.

de toekenning van het forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie aan de adviserend geneesheer.

Stempel¹ en handtekening van de huisarts

Datum: / /

¹ Moet het RIZIV identificatienummer, de naam en het adres van de zorgverlener vermelden

2.3 Voorbehouden voor de adviserend arts van de verzekeringsinstelling.

Ondergetekende, adviserend arts, geeft een instemming voor het forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie voor 3 jaar, te weten tot / /

Stempel¹ en handtekening van de adviserend arts

Datum: / /

3. incontinentieforfait voor afhankelijke personen

Jaarlijks in te vullen en in te dienen.

LET OP: Dit onderdeel dient enkel ingevuld te worden indien er geen verpleegkundige behandeling aan huis werd aangevraagd door een verpleegkundige (forfaits B of C genoemd)

3.1 Schaal

Criterium	Score	1	2	3	4
Zich wassen		kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
Zich kleden		kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
Transfer en verplaatsingen		Is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden	is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel, ...)	heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen	is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen
Toiletbezoek		kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen	heeft hulp nodig voor één van de drie items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen	heeft hulp nodig voor twee van de drie items: zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen	heeft hulp nodig voor de drie items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen

Continentie		is continent voor urine en faeces	is accidentieel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars)	is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces	is incontinent voor urine en faeces
Eten		kan alleen eten en drinken	heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken	heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken

3.2 Periodiciteit

Voor het incontinentieforfait voor afhankelijke personen minimum 4 maanden (opeenvolgend niet vereist) binnen de periode van 12 maanden voorafgaand aan de aanvraag

Ik bevestig dat deze schaal geldt voor een periode van 4 maanden (eventueel onderbroken) binnen de periode van 12 maanden voorafgaand aan de aanvraag

Ik verklaar dat deze afhankelijke persoon voldoende ondersteuning krijgt zonder dat er een beroep gedaan wordt op de verpleegkundige zorgen aan huis (vb mantelzorg door familie, ...)

Stempel¹ en handtekening van de arts

Datum: / /

¹ Moet het RIZIV identificatienummer, de naam en het adres van de zorgverlener vermelden

3.3 Voorbehouden voor de adviserend arts van de verzekeringsinstelling

- ☐ Forfait A
☐ Forfait B
☐ Forfait C

Score 3 of 4 op item 'incontinentie'

☐ Ja

☐ Nee

Ondergetekende, adviserend arts, geeft een instemming voor het incontinentieforfait voor afhankelijke personen voor 1 jaar, vanaf / /

Stempel¹ en handtekening van de adviserend arts

Datum: / /

¹ Moet het RIZIV identificatienummer, de naam en het adres van de zorgverlener vermelden