

AGENTSCHAP ZORG & GEZONDHEID

Vlaamse sociale bescherming
www.vlaamsesocialebescherming.be

Waarvoor dient dit document?

Met de ondertekening van dit document gaat u akkoord dat de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in luik A, een aanvraag in uw naam indient bij uw zorgkas voor het verkrijgen van een tegemoetkoming voor een loophulpmiddel, zoals vermeld in luik B.

Wie ondertekent dit document?

Het document wordt ondertekend door de gebruiker die de tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel wenst te ontvangen of zijn vertegenwoordiger en de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen die door de gebruiker is aangeduid om een aanvraag (in zijn naam) in te dienen.

Aan wie bezorgt u dit document?

De orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in luik A, voegt dit formulier bij de aanvraag die hij digitaal indient bij de zorgkas.

Luik A: identificatie van de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen en onderneming

1 Vul hieronder de gegevens in van de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen en de onderneming.

erkeningsnummer

voor- en achternaam

naam van de onderneming

KBO nummer

Luik B: identificatie van de gebruiker

2 Vul hieronder de gegevens in van de gebruiker waarvoor een aanvraag voor een loophulpmiddel wordt opgemaakt.

voor- en achternaam

straat en nummer

postnummer en gemeente

telefoonnummer

e-mailadres

rijksregisternummer

geboortedatum

dag maand jaar

Luik C: aanvraag van een loophulpmiddel

3

Prestatiecode

Productcode Publieksprijs

Tegemoetkoming

Supplement

VSB

loophulpmiddel

fabrikant – merk en type

Luik D: ondertekening door de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen

- 4 Ik bevestig dat ik de persoon voldoende heb ingelicht over de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor ik, in zijn naam, een aanvraag indien bij zijn zorgkas, de prijssupplementen en de motivering ervan.

Het voorgestelde hulpmiddel voldoet aan de in de bijlage I genoemde essentiële eisen van het KB van 18/03/1999 betreffende de medische hulpmiddelen.

datum

dag maand jaar

handtekening

Luik E: ondertekening door de gebruiker of vertegenwoordiger

- 5 Lees de onderstaande privacy waarborg en teken onderaan.

Ik bevestig dat ik volledige inzage heb gekregen in dit document en dat ik duidelijk werd geïnformeerd door de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen (vermeld in luik A) over de aangevraagde mobiliteitshulpmiddelen (vermeld in luik C), de prijssupplementen en de motivering ervan.

Ik ga akkoord dat deze aanvraag wordt doorgestuurd naar mijn zorgkas in het kader van een aanvraag voor een tegemoetkoming voor het aangevraagde mobiliteitshulpmiddel.

De orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen mag gegevens van mij, die nodig zijn voor de behandeling van mijn dossier, rechtstreeks inwinnen bij mijn zorgkas of via digitale weg (via de applicatie eMOHM). Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld overeenkomstig de regelgeving over de bescherming bij de verwerking van persoonsgegevens en worden niet gedeeld met externe partijen, met uitzondering van de persoonsgegevens (met inbegrip van gezondheidsgegevens) die worden gedeeld aan de actoren die belast zijn met de behandeling van mijn aanvraag (1), ingediend conform artikel 123 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, in zoverre deze gegevens dienstig zijn in het kader van de behandeling van de aanvraag. Daarnaast kunnen mijn persoons- en gezondheidsgegevens doorgegeven worden aan de actoren voor wie deze gegevens dienstig zijn voor de uitoefening van hun opdrachten. (2)

De zorgkas slaat mijn persoonsgegevens (met inbegrip van gezondheidsgegevens) op in een centraal gegevensbestand. Om mijn gegevens te raadplegen en te laten verbeteren, kan ik mij wenden tot mijn zorgkas. De verwerking van mijn gegevens gebeurt onder verantwoordelijkheid van de zorgkas waar ik ben aangesloten.

(1) de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen, de zorgkas, (in voorkomend geval) de zorgkassencommissie, (in voorkomend geval) de Bijzondere Technische Commissie, (in voorkomend geval) het agentschap VSB.

(2) In voorkomend geval, de Diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen, de adviserend artsen van de ziekenfondsen/verzekeringsinstellingen, het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, het agentschap VSB.

datum

dag maand jaar

handtekening

voor- en achternaam

Gegevens van de vertegenwoordiger die tekent in naam van de gebruiker.

handtekening

voor- en achternaam

straat en nummer

postnummer en gemeente

relatie met gebruiker