

Service Médical

www.helan.be/accord-medical

Numéro de client :

ANTWERPEN,

Cher client,

Vous pourriez avoir droit à un **forfait pour l'incontinence urinaire incurable ou à un forfait pour l'incontinence pour les personnes à charge**. Cela signifie que vous pouvez recevoir une somme forfaitaire annuelle pour l'achat de matériel contre l'incontinence.

Vous retrouverez en annexe le formulaire de demande officiel afin d'introduire une demande pour ce forfait auprès de notre médecin-conseil. Demandez à votre médecin traitant de compléter le formulaire. Vous pouvez ensuite déposer le formulaire complété dans une boîte aux lettres Helan ou le renvoyer par courrier à :

Helan Mutualité libre, Service Médical, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk

Votre demande sera analysée par notre médecin-conseil. Si vous répondez aux conditions médicales, votre demande de forfait sera approuvée. Nous vous informerons le plus rapidement possible de la décision prise. Vous avez encore des questions ? Vous trouverez plus d'informations sur le site internet mentionné en haut de ce courrier.

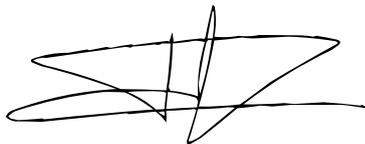
30 % de réduction dans la Boutique de soins Helan

En tant que client de la Helan Mutualité libre, vous bénéficiez de 30 % de réduction¹ sur l'assortiment complet de produits contre l'incontinence de la Boutique de soins Helan. Découvrez l'offre méticuleusement sélectionnée sur le webshop www.helanzorgwinkel.be/incontinence. La Boutique de soins Helan vous offre également :

- La possibilité de **tester des échantillons individuels**
- Une **livraison discrète et rapide** à domicile (gratuite pour les achats > 50 €)
- Des marques de qualité telles que **Tena** et **Egosan**
- Une vaste gamme de **produits de soins**, de la crème lavante au lait corporel

Vous pouvez facilement commander au tarif avantageux Helan en créant un compte sur www.helanzorgwinkel.be/fr et en indiquant votre numéro de client de mutualité. Vous avez des questions ou besoin de conseils ? Nos conseillers vous aident volontiers, par téléphone au 02/218 22 22 ou discrètement sur rendez-vous en boutique. Vous pouvez fixer un rendez-vous par téléphone ou en ligne sur www.helanzorgwinkel.be/fr.

Cordialement,



Rik Selleslaghs
Directeur Général Helan Mutualité libre

¹ Valable uniquement pour les clients Helan qui sont en ordre avec les contributions aux services supplémentaires.

Attestation de demande de forfait pour incontinence

Forfait pour incontinence urinaire non traitable ou forfait pour incontinence pour personnes dépendantes



Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence locale ou envoyez-le à :

Helan Mutualité libre
Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk

Davantage d'informations : www.helan.be

Annexe à l'arrêté royal du 28 décembre 2020 modifiant l'arrêté royal du 2 juin 1998 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour le matériel d'incontinence visé à l'article 34, 14 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Veillez remplir le point 2 et vérifier si le point 3 doit être rempli, l'organisme assureur vérifie quel forfait peut être attribué. Envoyez le document au médecin-conseil de l'organisme assureur dans les trois mois suivant la signature du document. Le forfait pour incontinence urinaire non traitable doit être demandé tous les trois ans. Le forfait pour incontinence pour personnes dépendantes doit être demandé chaque année.

1. Données d'identification du bénéficiaire

Nom : Prénom :

Numéro de client:

Numéro de Registre national :

2. Forfait pour incontinence urinaire non traitable

A compléter et introduire tous les trois ans.

A remplir par le médecin généraliste, urologue, gériatre, gynécologue ou pédiatre.

2.1 Evaluation de l'incontinence

Anamnèse

- L'incontinence est continue
- L'incontinence est intermittente
- Incontinence de stress
- Incontinence d'urgence
- Incontinence urinaire et fécale

Eléments objectifs

> Examen clinique à la recherche de :

- Fécalome
- Globe vésical
- Hypertrophie prostatique
- Prolapsus gynécologique
- Hypotonie anale

> Examen(s) technique(s) :

- Urines

Examens spécialisés éventuels :

- Avis urologique/gynécologique/gériatrique

> Facteurs intercurrents éventuels :

- Certains médicaments
- Facteurs environnementaux
- Démence avancée

> Traitements :

- Médicament(s)
- Kinésithérapie
- Chirurgie



2.2 Après exclusion des causes traitables d'incontinence et essai de traitement, l'incontinence s'est avérée incurable

C'est pourquoi, je demande au médecin-conseil pour M./Mme _____ l'octroi du forfait "matériel d'incontinence incurable".

Cachet¹ et signature du médecin généraliste

Date : / /

¹ Doit indiquer le numéro d'identification INAMI, le nom et l'adresse du dispensateur de soins.

2.3 Réserve au médecin-conseil de l'organisme assureur

Je soussigné,, médecin-conseil, donne son accord pour le forfait pour incontinence urinaire non traitable pour 3 ans, à savoir jusqu'au / /

Signature et cachet du médecin-conseil

Date : / /

3. Forfait pour incontinence pour personnes dépendantes

A remplir et introduire chaque année

Attention: Cette partie ne doit être remplie que si aucune traitement infirmier à domicile n'a été demandé par un praticien de l'art infirmier (appelé forfait B ou C).

3.1 Echelle

Critère	Score	1	2	3	4
Se laver		est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture
S'habiller		est capable de s'habiller et se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture
Transfert et déplacement		est autonome pour le transfert et se déplace de façon indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un transfert et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
Aller à la toilette		est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller ou de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	a besoin d'aide pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer

Contenance		est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
Manger		est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger et boire

3.2 Périodicité

Pour le forfait pour incontinence pour personnes dépendantes, condition minimum 4 mois (non nécessairement successifs) dans les 12 mois précédant la demande

- Je confirme que cette échelle est valable pour une période de 4 mois (éventuellement interrompue) dans les 12 mois précédant la demande
- Je déclare que cette personne dépendante reçoit un soutien suffisant sans faire appel à des soins infirmiers à domicile (par ex. aidant proche par la famille, etc)

Cachet¹ et signature du médecin

Date : / /

¹ Doit indiquer le numéro d'identification INAMI, le nom et l'adresse du dispensateur de soins.

3.3 Réserve au médecin-conseil de l'organisme assureur

- Forfait A
- Forfait B
- Forfait C

Score 3 ou 4 pour le critère 'incontinence'

Oui

Non

Je soussigné,, médecin-conseil, donne son accord pour le forfait pour incontinence urinaire non traitable pour 3 ans, à savoir jusqu'au / /

Cachet¹ et signature du médecin-conseil

Date : / /

¹ Doit indiquer le numéro d'identification INAMI, le nom et l'adresse du dispensateur de soins.