

Aides à la mobilité

**Agence wallonne de la santé, de la protection
sociale, du handicap et des familles**

Rue de la Rivelaine
21
6061 Charleroi

**CONVENTION
ENTRE LES BANDAGISTES ET LES ORGANISMES ASSUREURS DANS LE CADRE DE
L'INTERVENTION DE L'ASSURANCE PROTECTION SOCIALE WALLONNE RELATIVE
A LA DELIVRANCE D'AIDES A LA MOBILITE ET/OU LEURS ADAPTATIONS**

Lors de la réunion de la Commission Technique Autonomie et Grande dépendance du 19/12/2019, il a été convenu ce qui suit entre :

d'une part,

les organismes assureurs wallons,

et d'autre part,

les organisations professionnelles des bandagistes.

Article 1^{er}. Afin d'adhérer à la présente convention, il faut entendre par « dispensateur agréé », les fournisseurs tels que définis dans les dispositions générales de l'Annexe 1 de l'Arrêté du Gouvernement wallon du 11 avril 2019 établissant la nomenclature des prestations et interventions visées à l'article 43/7, 1°, du Code de l'Action Sociale et de la Santé et à l'article 10/8 du Code réglementaire wallon de l'Action Sociale et de la Santé. Il

incombe au dispensateur d'apporter la preuve de l'accomplissement des conditions visées à cette annexe.

Le chef d'entreprise agréé (bandagiste) qui adhère à la convention s'engage à respecter les conditions de celle-ci pour toutes les fournitures faites au sein de son entreprise.

Le bandagiste exerçant sa profession au sein d'une entreprise dont il n'est pas le chef doit, pour adhérer à la convention, y joindre une autorisation du chef de cette entreprise l'autorisant à prendre les engagements prévus dans ladite convention.

Cette autorisation n'est valable que dans la mesure où elle concerne tous les dispensateurs de l'entreprise aptes à adhérer à la convention.

Sous réserve des dispositions du présent article, l'adhésion à la convention est caduque si la personne adhérente, dispensateur agréé travaillant pour une entreprise, quitte cette entreprise.

Le dispensateur qui adhère à la convention est tenu d'informer immédiatement par écrit – et au plus tard endéans un délai de quatorze jours – le Secrétariat de la Commission technique Autonomie et Grande Dépendance de la fin du contrat de travail le liant à une entreprise.

Si ce dispensateur s'établit à son propre compte, l'adhésion à la convention est prolongée s'il en informe le Secrétariat de la Commission technique Autonomie et Grande dépendance endéans un délai de quatorze jours.

En cas d'entrée en fonction dans une autre entreprise, la personne est soumise au régime du nouvel employeur.

Art. 2. La présente convention se rapporte aux prestations prévues à l'Annexe 1 de l'Arrêté du Gouvernement wallon du 11 avril 2019 établissant la nomenclature des prestations et interventions visées à l'article 43/7, 1°, du Code de l'Action Sociale et de la Santé et à l'article 10/8 du Code réglementaire wallon de l'Action Sociale et de la Santé.

Art. 3. Au 1^{er} janvier 2020, les valeurs du facteur de multiplication Y sont fixées à :

Y = 1,235698 EUR (2019=1,212063 EUR) pour les prestations de l'annexe précitée, I à III, à l'exception de la prestation 520472-520483;

Y = 1,136100 EUR (2019=1,114370 EUR) pour la prestation 520472-520483;

Y = 1,388378 EUR (2019=1,361823 EUR) pour la prestation 522572-522583;

Y = 1,419250 EUR (2019=1,392104 EUR) pour la prestation 522594-522605;

Y = 1,264350 EUR (2019=1,240167 EUR) pour la prestation 522616-522620;

Y = 1,188773 EUR (2019=1,166035 EUR) pour la prestation 522476-522480 (pseudocode);

Les valeurs du facteur de multiplication Y peuvent être adaptées à partir du 1^{er} janvier de chaque année à l'évolution de la valeur de l'indice-santé entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente. Pour ce faire, la Commission Autonomie et Grande dépendance constate qu'il existe une marge budgétaire suffisante par le même quorum de votes que celui qui est nécessaire à la conclusion d'une convention.

Art. 4. Le dispensateur adhérant à la présente convention s'engage :

- 1° à délivrer aux bénéficiaires de l'assurance protection sociale wallonne, aux prix fixés dans la présente convention, les articles de la nomenclature des aides à la mobilité pour la fourniture desquels il a été agréé.
- 2° à ne pas faire pression sur le bénéficiaire pour l'inciter à choisir un article qui, tout en répondant aux critères minimums de fabrication dont question à l'Annexe précitée, I à III, dépasse lesdits critères, justifiant ainsi une augmentation du prix conventionnel et à s'abstenir de tout excès dans l'appréciation de ladite augmentation.

Le montant de l'augmentation réclamée et sa justification sont mentionnés sur l'attestation de fournitures visée au 3° ci-après.

Cependant, si le bénéficiaire choisit un produit dont le prix est supérieur à celui fixé par la convention, le bandagiste doit en informer clairement le bénéficiaire. En cas de différend, la preuve que l'information a été donnée par le bandagiste doit être fournie.

- 3° pour les prestations reprises à l'Annexe précitée, I à III :

à remettre au bénéficiaire une attestation de fournitures conforme aux dispositions réglementaires en vigueur.

Lorsque le bandagiste, appelé ci-après le dispensateur de soins, applique le régime du tiers payant, il envoie les attestations de fournitures sur lesquelles figure la déclaration selon laquelle le bénéficiaire a reçu la prestation, accompagnées d'une facture, à l'organisme assureur.

En cas de décès du bénéficiaire ou de force majeure ayant empêché la fourniture, la prestation en cause est fournie à l'organisme assureur qui en doit le paiement. Cependant, le dispensateur ayant adhéré à la convention accepte de reprendre l'article à 75 % de son prix; pour les prestations sur mesure cette reprise est effectuée à 60 % de son prix.

En cas de désaccord entre les parties sur la situation de force majeure invoquée dans le cadre du précédent alinéa, le dossier est soumis à l'arbitrage d'un fonctionnaire désigné par l'Autorité.

- 4° pour les prestations reprises à l'Annexe précitée, IV :

à remettre au bénéficiaire un exemplaire du contrat de location conforme aux dispositions réglementaires en vigueur.

Pour la facturation, le dispensateur de soins joint un exemplaire du contrat de location à l'état récapitulatif :

- lors de la première facturation du forfait de location mensuel
- lors de la première facturation d'un forfait dans le cadre d'un contrat qui remplace un contrat précédent, soit pour la délivrance d'un autre exemplaire du même type d'aide à la mobilité, soit pour la délivrance d'un autre type d'aide à la mobilité en remplacement d'une aide à la mobilité pour laquelle le dispensateur de soins et le bénéficiaire avaient conclu un contrat de location

Si le bénéficiaire décède entre la demande et la délivrance de l'aide à la mobilité visée à l'Annexe précitée, IV, l'organisme assureur paie au prestataire, à la demande de celui-ci, une somme de Y 25 pour le remboursement des frais engagés (via le pseudocode 522476-522480).

- 5° en cas de non-conformité de l'article fourni à la prescription médicale ou aux critères de fabrication, à y remédier sans augmentation de prix.

Toutefois, cette clause n'est pas d'application lorsqu'il est établi qu'une modification anatomique importante est intervenue entre le moment de la commande et celui de la fourniture.

- 6° à mentionner le numéro sous lequel il a été agréé lorsqu'elle se prévaut de cet agrément dans sa publicité ou ses documents commerciaux ;
- 7° à n'accorder aucun avantage aux bénéficiaires, aux organismes assureurs ou à leurs préposés, aux hôpitaux ou à leurs préposés, aux institutions ou à leurs préposés ou à toute autre personne intervenant dans la prescription, dans le conseil ou dans la fourniture des articles qu'il livre ;
- 8° à recevoir, à tout moment la visite des personnes revêtues, du pouvoir de contrôle ainsi que des personnes déléguées par la Commission Autonomie et Grande dépendance, aux fins d'enquêtes visant le respect des dispositions de ladite convention.

Art. 5. L'organisme assureur wallon adhérent à la convention s'engage :

- 1° à rembourser aux bénéficiaires les articles de la nomenclature des prestations d'aides à la mobilité, à concurrence du prix fixé par la présente convention, à condition qu'ils répondent aux critères minimums de fabrication définis dans les dispositions réglementaires.
- 2° à remettre au bénéficiaire et à la demande du dispensateur adhérent à la présente convention, dans le délai le plus bref, la décision du membre désigné en vertu de l'article 10/1 §3 du Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé ou de la Commission Autonomie et Grande dépendance.

3° pour les prestations reprises à l'Annexe précitée, I à III :

1. L'organisme assureur remet au dispensateur de soins, dans les quinze jours de l'introduction de la demande, lorsque la fourniture se fait dans les conditions du tiers payant, un engagement de paiement, établi en double exemplaire et indiquant notamment de façon précise le type de fourniture en cause ; un exemplaire de l'engagement de paiement sera annexé à la facture du dispensateur de soins.

L'engagement de paiement garantit, le cas échéant, que le délai de renouvellement par rapport à la fourniture est écoulé.

2. L'organisme assureur paie dans un délai de six semaines à partir de la date à laquelle il a reçu la facture, pour autant que le dispensateur de soins ait facturé, conformément aux dispositions du point 3, avant la fin du deuxième mois suivant le mois au cours duquel les prestations ont été effectuées, le montant mentionné sous la rubrique "total" de l'état récapitulatif. L'organisme assureur est – sauf preuve du contraire – censé avoir reçu la facture le jour suivant son envoi par le dispensateur de soins, le cachet de la poste faisant foi de la date à laquelle le dispensateur de soins a envoyé la facture.

A l'intervention de la partie la plus diligente, les retards d'introduction ou de paiement des factures sont portés à la connaissance de la commission Autonomie et grande dépendance qui, au cours de sa séance la plus rapprochée, envisage les moyens pour remédier à cette situation.

Une contestation motivée de la facturation, conformément aux dispositions du point 4 suspend le délai de paiement des prestations contestées à partir de la date de la contestation écrite émanant de l'organisme assureur, jusqu'à la date à laquelle le dispensateur de soins réagit par écrit. Le cachet de la poste faisant foi aussi bien de la date de la contestation émanant de l'organisme assureur que de la date de la réaction émanant du dispensateur de soins.

3. On entend par "facturation", la confirmation écrite d'une créance en argent, qui, dans le cadre de l'application du régime du tiers payant par l'organisme assureur, résulte d'une prestation de soins avec intervention de l'assurance protection sociale wallonne accordée au bénéficiaire affilié ou inscrit auprès de celui-ci. Une telle facturation doit, sous peine de nullité, comporter :

- un état récapitulatif, établi en deux exemplaires conformément au modèle annexé au présent avis ;
- les attestations de fourniture pour chacun des montants mentionnés sur l'état récapitulatif ;
- le cas échéant et pour toutes les prestations facturées au moyen de cet état récapitulatif : les doubles des engagements de paiement transmis par l'organisme assureur en application des dispositions du point 1.

4. L'organisme assureur a le droit de contester, dans le délai déterminé par l'article 174 de la loi du 14 juillet 1994 précitée la totalité ou une partie de la facturation. La contestation d'une facturation doit toujours se faire par écrit, en mentionnant sur le

double de l'état récapitulatif toutes les prestations contestées et en mentionnant la raison pour laquelle l'organisme assureur n'accepte pas cette facturation.

Le dispensateur de soins dispose de soixante jours pour réagir à une telle contestation. Si le dispensateur de soins ne réagit pas dans ce délai ou si son motif ne convainc pas l'organisme assureur, l'organisme assureur peut, en application des dispositions de l'article 1290 du code civil, compenser sa créance lors des facturations suivantes avec le total des lignes contestées à juste titre dans les facturations précédentes. Si le dispensateur de soins n'a pas pu convaincre l'organisme assureur de son motif, l'organisme assureur informe par écrit le dispensateur de soins de l'application de la compensation des lignes protestées des facturations précédentes.

4° Pour les prestations reprises à l'Annexe précitée, IV :

1. L'organisme assureur paie au dispensateur de soins le forfait mensuel de location visé à l'Annexe précitée, IV de la nomenclature, pour la location d'une aide à la mobilité aux bénéficiaires admis dans une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins, via le système de tiers payant :

- à partir du mois de la délivrance si la délivrance a lieu du 1^{er} au 15^{ème} jour calendrier du mois ;
- à partir du mois suivant le mois de la délivrance si la délivrance a lieu à partir du 16^{ème} jour calendrier du mois ;
- jusqu'au mois au cours duquel le bénéficiaire décède ou au cours duquel il a été mis fin de manière définitive au contrat de location.

Ce forfait de location est dû à partir :

- du mois de la délivrance si la délivrance a lieu à partir du 1^{er} au 15^{ème} jour calendrier du mois ;
- du mois suivant le mois de la délivrance si la délivrance a lieu à partir du 16^{ème} jour calendrier du mois ;

Il est dû jusqu'y compris :

- le mois au cours duquel le bénéficiaire décède ou au cours duquel il a été mis fin de manière définitive au contrat de location ;
- le mois qui précède le mois pour lequel un forfait de location est dû, sur base d'un nouveau contrat de location entre les mêmes parties, en application des dispositions de l'alinéa précédent.

La date de la délivrance est déterminée par la date de signature du contrat de location.

2. L'organisme assureur remet au dispensateur de soins dans les quinze jours de l'introduction de la demande, lorsque la fourniture se fait dans les conditions du tiers-payant, un engagement de paiement, établi en double exemplaire et indiquant notamment de façon précise le type de fourniture en cause ; un exemplaire de

l'engagement de paiement sera annexé à la facture du dispensateur de soins.

L'engagement de paiement du forfait mensuel de location vaut pour la durée du contrat de location.

3. L'organisme assureur paie dans un délai de six semaines à partir de la date à laquelle il a reçu la facture, pour autant que le dispensateur de soins ait facturé, conformément aux dispositions du point 4, avant la fin du deuxième mois suivant le mois au cours duquel les prestations ont été effectuées, le montant mentionné sous la rubrique "total" de l'état récapitulatif. L'organisme assureur est – sauf preuve du contraire – censé avoir reçu la facture le jour suivant son envoi par le dispensateur de soins, le cachet de la poste faisant foi de la date à laquelle le dispensateur de soins a envoyé la facture.

A l'intervention de la partie la plus diligente, les retards d'introduction ou de paiement des factures sont portés à la connaissance de la commission Autonomie et grande dépendance qui, au cours de sa séance la plus rapprochée, envisage les moyens pour remédier à cette situation.

Une contestation motivée de la facturation, conformément aux dispositions du point 5 suspend le délai de paiement des prestations contestées à partir de la date de la contestation écrite émanant de l'organisme assureur, jusqu'à la date à laquelle le dispensateur de soins réagit par écrit. Le cachet de la poste faisant foi aussi bien de la date de la contestation émanant de l'organisme assureur que de la date de la réaction émanant du dispensateur de soins.

4. On entend par "facturation", la confirmation écrite d'une créance en argent, qui, dans le cadre de l'application du régime du tiers payant par l'organisme assureur, résulte d'une prestation de soins avec intervention de l'assurance protection sociale wallonne accordée au bénéficiaire affilié ou inscrit auprès de celui-ci. Une telle facturation doit, sous peine de nullité, comporter :

- le(s) contrat(s) de location ;
- le cas échéant et pour toutes les prestations facturées au moyen de cet état récapitulatif, les doubles des engagements de paiement transmis par l'organisme assureur en application des dispositions du point 3.

Lors de la première facturation d'un tel forfait mensuel de location à un bénéficiaire affilié auprès de la mutualité concernée, le dispensateur de soins est obligé de joindre un exemplaire du contrat de location à l'état récapitulatif.

Si un nouveau contrat de location remplace un contrat précédent, soit pour la délivrance d'un autre exemplaire du même type d'aide à la mobilité, soit pour la délivrance d'un autre type d'aide à la mobilité en remplacement d'une aide à la mobilité pour laquelle le dispensateur de soins et le bénéficiaire avaient conclu un contrat de location, alors le dispensateur de soins joint à la première facturation du forfait de location concernant ce nouveau contrat de location, un exemplaire du nouveau contrat de location.

5. L'organisme assureur a le droit de contester, dans le délai déterminé par l'article

174 de la loi du 14 juillet 1994 précitée la totalité ou une partie de la facturation. La contestation d'une facturation doit toujours se faire par écrit, en mentionnant sur le double de l'état récapitulatif toutes les prestations contestées et en mentionnant la raison pour laquelle l'organisme assureur n'accepte pas cette facturation.

Le dispensateur de soins dispose de soixante jours pour réagir à une telle contestation. Si le dispensateur de soins ne réagit pas dans ce délai ou si son motif ne convainc pas l'organisme assureur, l'organisme assureur peut, en application des dispositions de l'article 1290 du code civil, compenser sa créance lors des facturations suivantes avec le total des lignes contestées à juste titre dans les facturations précédentes. Si le dispensateur de soins n'a pas pu convaincre l'organisme assureur de son motif, l'organisme assureur informe par écrit le dispensateur de soins de l'application de la compensation des lignes contestées des facturations précédentes.

Art. 6. Le coût pour les prestations reprises à l'Annexe précitée, I à III, couvre les frais de déplacement du dispensateur adhérent à la présente convention dans un rayon de dix kilomètres à compter de son atelier agréé le plus proche. Au-delà des dix kilomètres, un défraiement maximum de 0,37 EUR par kilomètre peut être porté en compte au bénéficiaire.

Les frais de déplacement pour la délivrance d'une aide à la mobilité à des bénéficiaires admis dans une maison de repos pour personnes âgées ou dans une maison de repos et de soins, visée à l'annexe l'Annexe précitée, IV, sont repris dans le forfait mensuel de location.

Art. 7. § 1. L'objectif budgétaire pour les prestations de l'Annexe précitée, est fixé sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Les parties appliquent des mécanismes de correction, aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé.

§ 2. Ces mécanismes de correction se rapportent par priorité à une augmentation disproportionnée des prestations analogues. Cette augmentation est appréciée sur la base des volumes et des dépenses fixés s'y rapportant.

Est prévue, en cas d'insuffisance desdites mesures, une réduction automatique et applicable immédiatement des honoraires, prix ou autres montants et des tarifs de remboursement pour les prestations ou groupes de prestations qui sont à l'origine du dépassement ou du risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire annuel partiel ; cette réduction est proportionnelle au montant du dépassement ou du risque de dépassement.

En cas de non-application, une réduction automatique des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement sera alors appliquée d'office via circulaire aux dispensateurs et aux organismes assureurs wallons le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

L'application de la diminution ou de la réduction automatique prévue à ce paragraphe ne peut être invoquée ni par une des parties ayant conclu la convention, ni par le dispensateur individuel qui y adhère pour dénoncer cette convention ou cette adhésion.

Art. 8. La Commission Autonomie et Grande dépendance est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention. Elle peut également concilier des contestations quant à l'interprétation de la nomenclature des prestations de santé.

Art. 9. Des groupes de travail ad hoc peuvent être instaurés au sein de la Commission technique Autonomie et Grande dépendance.

Art. 10. La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020. Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2020.

Fait à Charleroi, le 29/01/2020

Pour les organismes assureurs,

Pour les organisations professionnelles des bandagistes,

Société Mutualiste régionale des Mutualités Libres
par la Région Wallonne - SMR Wal.
J. JOSSE

~~CHR - H. Raif. Toubaux Murielle~~
SMA - Socialiste
CAAME
E. TEUNIKENS

SMR MC WALLONIE
SCHUL ANNE-CATHERINE

SMR Neutre Wallonie
WAUTIER Michel

ERWILMET.
V. VERMEIREN
D 1400

C. Z. Collin, bandagiste
CHRISTINE ZAGHDOUDI COLLIN

S. Renaud (OFACO)
TOUSSAINT
Battelier

P. Vermeiren
EL FERANI Sami

J. Delhomme
G. BOSSMERT

Modèle d'état récapitulatif, pour les bandagistes – aides à la mobilité : prestations reprises à l'Annexe 1 de l'Arrêté du Gouvernement wallon du 11 avril 2019 établissant la nomenclature des prestations et interventions visées à l'article 43/7, 1°, du Code de l'Action Sociale et de la Santé et à l'article 10/8 du Code réglementaire wallon de l'Action Sociale et de la Santé, I à III, dans le cadre du système du tiers-payant

Prénom, Nom

Bandagiste

INAMI : n° d'agrément

Adresse complète à

Numéro BCE

N° de téléphone

Réf. : .../.../....

Etat récapitulatif (système du tiers payant) pour le mois

au cours duquel les prestations ont été délivrées.

N° de compte IBAN : [B][E][][][]-[][][][][]-[][][][][]-[][][][][]

Titulaire ou bénéficiaire	NISS	Intervention	Remarque
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
TOTAL			euros

Avec mes meilleures salutations.

Modèle d'état récapitulatif pour les bandagistes – Aides à la mobilité : forfaits de location repris à l'Annexe 1 de l'Arrêté du Gouvernement wallon du 11 avril 2019 établissant la nomenclature des prestations et interventions visées à l'article 43/7, 1°, du Code de l'Action Sociale et de la Santé et à l'article 10/8 du Code réglementaire wallon de l'Action Sociale et de la Santé, IV, dans le cadre du système du tiers payant

Prénom, Nom du bandagiste

INAMI: numéro d'agrément

Adresse complète

Numéro BCE

Numéro de téléphone

Adresse e-mail

N° de compte IBAN : [B][E][][][]-[][][][][]-[][][][][]-[][][][][]

Réf. :/..../....

Mois pour lequel les forfaits sont dus

Numéro de la mutuelle

Nom du bénéficiaire	n° NISS.	n° de l'institution	n° de prestation.	Forfait de location (montant en EUR)	Contrat de location en annexe (cocher)
.....
.....
.....
.....
.....

Model van verzamelstaat, voor de bandagisten – Mobiliteitshulpmiddelen: verstrekkingen opgenomen in » l'Annexe 1 de l'Arrêté du Gouvernement wallon du 11 avril 2019 établissant la nomenclature des prestations et interventions visées à l'article 43/7, 1°, du Code de l'Action Sociale et de la Santé et à l'article 10/8 du Code réglementaire wallon de l'Action Sociale et de la Santé », I t/m III, in het kader van de derdebetalersregeling

Voornaam, Naam

Bandagist.

RIZIV : erkenningsnummer

Volledig adres aan

KBO nummer

Telefoonnummer

Kenm. : .../.../....

Verzamelstaat (derdebetalersregeling) voor de maand

waarin de verstrekkingen zijn afgeleverd.

Rekeningnummer IBAN : [B][E][][][]-[][][][][]-[][][][][]-[][][][][]

Gerechtigde of rechthebbende	INSZ	Tegemoetkoming	Opmerking
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
TOTAAL			euro

Met vriendelijke groeten.

Model van verzamelstaat voor de bandagisten – Mobiliteitshulpmiddelen: huurforfaits opgenomen in « l'Annexe 1 de l'Arrêté du Gouvernement wallon du 11 avril 2019 établissant la nomenclature des prestations et interventions visées à l'article 43/7, 1°, du Code de l'Action Sociale et de la Santé et à l'article 10/8 du Code réglementaire wallon de l'Action Sociale et de la Santé », IV, van de nomenclatuur, in het kader van de derdebetalersregeling

Voornaam, Naam bandagist.....

RIZIV : erkenningsnummer

Volledig adres

KBO nummer

Telefoonnummer

E-mail adres

Rekeningnummer IBAN : [B][E][][][]-[][][][][]-[][][][][]-[][][][][]

Kenm. :/..../....

Maand waarvoor de forfaits verschuldigd zijn

Nummer ziekenfonds.....

Naam rechthebbende	INSZ nr.	Instellingsnummer	Verstrekkingnummer	Huurforfait (bedrag in EUR)	Huurcontact in bijlage (aankruisen)

.....
-------	-------	--	-------	--	-------

TOTAAL			€	
---------------	--	--	----------	--

Opgemaakt teop.....

Handtekening