

Annexe 1 (page 1 – recto)

PRESCRIPTION MÉDICALE POUR UNE AIDE À LA MOBILITÉ ET/OU ADAPTATIONS

(Annexe 1 de l'Arrêté du Gouvernement Wallon du 11 avril 2019 établissant la nomenclature des prestations et interventions visée 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)

!! Toutes les rubriques doivent être remplies, sauf mention contraire !!

Une fois complété par le médecin et le bénéficiaire, le bénéficiaire doit remettre ce document au bandagiste de son choix

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

A compléter par le bénéficiaire ou apposer une vignette de la mutualité

Nom et prénom du bénéficiaire	
Date de naissance	___ / ___ / ___
Adresse (domicile)	
Numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS)	___ - ___ - ___
Mutualité (nom ou numéro)	

Si le bénéficiaire réside en MRPA ou MRS

Nom de l'institution	
Numéro d'agrément de l'institution	___
Adresse de l'institution	

1. PRESCRIPTION

A compléter par le médecin prescripteur

Je soussigné, Docteur en médecine, déclare par la présente que(nom et prénom du bénéficiaire) présente des déficiences fonctionnelles et/ou anatomiques entraînant des limitations dans sa mobilité. Ceci entraîne des problèmes de participation à la vie communautaire. A cet effet, le bénéficiaire doit obtenir à titre définitif une aide à la mobilité appropriée.

PRESTATION(S) SELON L'ANNEXE 1 DE L'ARRÊTÉ DU GOUVERNEMENT WALLON DU 11/04/2019 ÉTABLISSANT LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS ET INTERVENTIONS VISÉE 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	
<input type="checkbox"/> CADRE DE MARCHÉ <input type="checkbox"/> VOITURETTE MANUELLE/ELECTRONIQUE/SCOOTER ÉLECTRONIQUE (à spécifier de manière facultative) <input type="checkbox"/> TRICYCLE ORTHOPÉDIQUE <input type="checkbox"/> APPAREIL DE STATION DEBOUT <input type="checkbox"/> AUTRE (PAR EX. SUR-MESURE) :	<input type="checkbox"/> COUSSIN ANTI-ESCARRES <input type="checkbox"/> CHÂSSIS POUR SIÈGE-COQUILLE <input type="checkbox"/> SYSTÈME MODULAIRE ADAPTABLE POUR LE SOUTIEN DE LA POSITION D'ASSISE <input type="checkbox"/> ADAPTATION À UNE AIDE À LA MOBILITÉ DÉLIVRÉE PRÉCÉDEMMENT

Il s'agit	<input type="checkbox"/> d'une première demande	<input type="checkbox"/> d'un renouvellement
L'utilisation est	<input type="checkbox"/> temporaire	<input type="checkbox"/> définitive
L'utilisation est nécessaire	<input type="checkbox"/> une partie limitée de la journée	<input type="checkbox"/> une partie importante de la journée
	<input type="checkbox"/> en permanence	

2. DIAGNOSTIC ET SITUATION MÉDICALE ACTUELLE

Date du début de l'affection ou de l'évènement à la base du handicap

Le handicap est consécutif à un accident OUI NON

Diagnostic et description de la situation médicale actuelle

Ou joindre en annexe un rapport médical récent/actualisé

En cas d'affection unilatérale, préciser s'il s'agit du côté droit ou gauche.

Pronostic (concernant la mobilité)

A court terme:

Sur 5 ans:

3. DESCRIPTION GLOBALE DE LA FONCTIONNALITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

Pour une demande concernant un cadre de marche, remplir uniquement les rubriques a, b et c.

Pour une demande concernant une adaptation à une aide à la mobilité délivrée précédemment ou en cas de renouvellement anticipé d'un coussin anti-escarres, passer au point 5.

Dans la prescription médicale, le médecin prescripteur décrit, sur base du diagnostic, l'ampleur des déficiences fonctionnelles et ou anatomiques du bénéficiaire ainsi que les limitations d'activités et les restrictions de participation qui en découlent. À cet effet, il décrit de manière détaillée un certain nombre de fonctions de l'appareil locomoteur sur base du système de codes de la CIF. Sur base de cela, il détermine pour chaque fonction, le code qualificatif. ()*

Codes qualificatifs (c.à.d. l'ampleur des limitations fonctionnelles)

- 0 = PAS de limitation ou problème de participation (aucun, absent, négligeable 0-4%)
- 1 = LEGERE limitation ou problème de participation (minime, faible 5-24%)
- 2 = MODERE limitation ou problème de participation (assez important 25-49%)
- 3 = GRAVE limitation ou problème de participation (élevé, fort, considérable 50-95%)
- 4 = COMPLETE limitation ou problème de participation (total 96-100%)
- 8 = limitation ou problème de participation non spécifié
- 9 = pas d'application

L'appréciation globale des différentes fonctions détermine si le bénéficiaire entre en ligne de compte pour l'aide à la mobilité proposée.

(*) Informations complémentaires disponibles sur le site www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm

4. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

A remplir de manière facultative

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> postures anormales | <input type="checkbox"/> troubles de l'alimentation |
| <input type="checkbox"/> problèmes au niveau du siège ou du coccyx | <input type="checkbox"/> troubles au niveau de la sensibilité |
| <input type="checkbox"/> formation d'œdèmes | <input type="checkbox"/> troubles au niveau du système respiratoire |
| <input type="checkbox"/> incontinence | <input type="checkbox"/> troubles au niveau du cœur ou des vaisseaux sanguins |
| <input type="checkbox"/> problèmes dermatologiques, escarres | |
| <input type="checkbox"/> autre | |

5. MOTIVATION LORSQU'UNE ADAPTATION À UNE AIDE À LA MOBILITÉ DÉLIVRÉE PRÉCÉDEMMENT EST DEMANDÉE OU EN CAS DE RENOUVELLEMENT ANTICIPÉ D'UN COUSSIN ANTI-ESCARRES

Quelles sont les limitations nécessitant l'ajout d'une ou plusieurs adaptations à l'aide à la mobilité déjà délivrée ?

Quelles sont les modifications nécessitant le renouvellement anticipé du coussin anti-escarres ?

6. EVENTUELLES REMARQUES COMPLÉMENTAIRES

Date: ___ / ___ / _____

Cachet avec le numéro INAMI du médecin prescripteur

Une fois complété, ce document doit être remis par le bénéficiaire au bandagiste de son choix.

Celui-ci reste valable

- 2 mois en cas de première demande et
- 6 mois en cas de renouvellement.

Signature du médecin prescripteur

.....

CADRES RÉSERVÉS AU BÉNÉFICIAIRE*A compléter par le bénéficiaire*

Objectif d'utilisation de l'aide à la mobilité	Remarques (à remplir de manière facultative)
<input type="checkbox"/> pour des déplacements occasionnels	
<input type="checkbox"/> pour un usage quotidien restreint	
<input type="checkbox"/> pour un usage quotidien pendant une grande partie de la journée	
<input type="checkbox"/> pour faire le ménage	
<input type="checkbox"/> pour participer à la vie familiale et/ou sociale.	
<input type="checkbox"/> pour travailler ou suivre une formation	
<input type="checkbox"/> pour participer à des activités sportives et de détente	
<input type="checkbox"/> comme place assise dans un véhicule	
<input type="checkbox"/> autre:.....	

A remplir de manière facultative

Facteurs influençant l'utilisation d'une aide à la mobilité	
<i>Description globale des données pertinentes pour l'appréciation de la demande</i>	
Particularités de l'habitation	
Particularités de la formation ou de l'enseignement	
Particularités de l'environnement de travail	
Activités sociales	
Autre	

Date: ___ / ___ / ___

Signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal)

.....

 Une fois complété, ce document doit être remis par le bénéficiaire au bandagiste de son choix.**Celui-ci reste valable**

- 2 mois en cas de première demande
- 6 mois en cas de renouvellement.

CADRES RESERVES AU BENEFICIAIRE*A compléter par le bénéficiaire (ou son représentant légal)***FORFAIT** Je demande le forfait numéro :**SUPPLEMENTS DE PRIX POUR DES AIDES ET/OU ADAPTATIONS NOMENCLATURÉES :** Je donne mon accord pour les suppléments de prix pour l'aide à la mobilité et/ou des adaptations prévues dans la nomenclature

<input type="checkbox"/> Description circonstanciée du supplément de prix pour l'aide à la mobilité et/ou des adaptations prévues dans la nomenclature	Prix (EUR) (TVA incl.)
Total	

SUPPLEMENTS DE PRIX POUR LESQUELS L'ASSURANCE PROTECTION SOCIALE WALLONNE N'INTERVIENT PAS : Je donne mon accord pour les adaptations non-remboursables par l'assurance reprises ci-dessous:

Description circonstanciée et motivation des adaptations NON-prévues dans la nomenclature, demandées par le bénéficiaire (à joindre en annexe si nécessaire)	Prix (EUR) (TVA incl.)
Total	

 TEST DE LA VOITURETTE OU DU SCOOTER ELECTRONIQUE : dans le cadre d'une demande de voiturette/scooter électronique, j'ai effectué le test avec le dispensateur de soins (voir rapport de test en annexe)**TRANSMISSION DU DOSSIER A L'AVIQ** Je souhaite que mon dossier soit envoyé par la mutualité à l'**AVIQ** - Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles *N.B pas d'application pour les personnes handicapées ayant atteint l'âge de 65 ans accomplis au moment de leur première demande d'intervention auprès de l'Agence.*Numéro d'inscription auprès de l'Agence : (si disponible) AVI/ **Il s'agit d'une demande d'intervention pour**

- le supplément de prix pour l'aide à la mobilité et/ou des adaptations prévues dans la nomenclature
- les frais d'entretien (*valable seulement pour les voiturettes électroniques*) et de réparation de la voiturette
- le supplément de prix pour la commande de l'environnement intégrée dans le système de commande de la voiturette
- le supplément de prix pour des adaptations individuelles ou le sur-mesure
- une seconde aide à la mobilité
- une autre demande en rapport avec les aides à la mobilité :

 Je certifie avoir été clairement informé(e) par le bandagiste des suppléments de prix et de leur motivation.Date : / /

Signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal):