



Annexe 4 (page 1 – recto)

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE PROTECTION SOCIALE WALLONNE 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 !!

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)	

IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS AGRÉÉ POUR LA DÉLIVRANCE D'AIDES À LA MOBILITÉ

A compléter par le dispensateur de soins

Nom du dispensateur agréé	
Numéro d'agrément auprès de l'INAMI	
Nom de l'entreprise	
Adresse de l'entreprise	
N° de téléphone, adresse e-mail	
N° d'entreprise	

AIDES À LA MOBILITE DEMANDÉES

<u>Aides à la mobilité</u> <u>(version de base)</u> (Marque/Type)	Numéro NPS	Code d'identification du produit sur la liste	Prix public	Prix nomencla- ture	Interv. OA	Suppl. bénéficiaire

Annexe 4 (page 1 – verso)

ADAPTATIONS DEMANDÉES

Adaptations (Marque/Type)	Numéro NPS	Code d'identification du produit sur la liste	Prix public	Prix nomencla- ture	Interv. OA	Suppl. bénéficiaire
Membres inférieurs						
Membres supérieurs						
Positionnement (siège-dossier)						
Sécurité						
Conduite/propulsion						
Adaptations spécifiques						

SUR-MESURE

- Cette demande concerne une aide à la mobilité et/ou des adaptations sur-mesure dont la description et le devis sont joints en annexe.

Le prix total du sur-mesure s'élève à EUR (TVAc)

- Je certifie avoir suffisamment informé le bénéficiaire des suppléments de prix et de leur motivation.

Date : / /

Signature du dispensateur de soins:.....

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) AV/

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):

Annexe 4 (page 3 – recto)

DÉCISION DU MEMBRE DESIGNÉ EN VERTU DE L'ARTICLE 10/3 §3 DU CODE RÉGLEMENTAIRE WALLON DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTE

Nom du bénéficiaire : N° NISS :

Accord pour la (les) prestation(s) suivante(s) :

Accord pour le forfait n° :

Refus pour la (les) prestation(s) suivante(s) :

Motivation du refus:

le délai de renouvellement (prévu à l'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) n'est pas atteint et il n'y a pas eu de modifications justifiant un renouvellement anticipé.

Le délai de renouvellement expire le / / .

l'aide à la mobilité ou l'adaptation suivante n'est pas reprise sur la liste des produits admis au remboursement, établie en application de l'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 :

.....

les dispositions suivantes 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 ne sont pas remplies (à spécifier) :

.....
.....
.....

autre motif de refus (à spécifier) :

Autre décision:

Date: / /

Signature et cachet du membre désigné en vertu de l'article 10/1 §3 du Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé:

.....

Annexe 4 (page 3 – verso)

A remplir par la mutualité en cas d'application du tiers payant

CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME ASSUREUR WALLON.		
Mutualité ou office régional		Numéro d'inscription
Code titulaire		Tous risques
1	2	100 p.c. (1)
		75 p.c. (2)
ENGAGEMENT DE PAIEMENT		
L'organisme assureur wallon s'engage à rembourser les montants relatifs à l'exécution de la ou des prestations suivantes: suivant les conditions prévues par la réglementation		
Cet engagement n'est valable que jusqu'au		
Cachet	Date :	Pour la mutualité, La personne responsable, (Signature et nom)
Ce document ne vaut comme engagement de paiement de la mutualité que s'il a été opté pour le régime du tiers payant.		

(1) Si le dispensateur de soins agréé pour la délivrance des aides à la mobilité est conventionné

(2) Si le dispensateur de soins agréé pour la délivrance des aides à la mobilité n'est pas conventionné