

## PRESCRIPTION MEDICALE POUR UNE AIDE A LA MOBILITE ET/OU ADAPTATIONS

*Toutes les rubriques doivent être remplies, sauf mention contraire.  
A remettre par le bénéficiaire au dispensateur de son choix*

### IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

*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 SELON LA NOMENCLATURE

- Cadre de marche
- Voiturette manuelle/électronique/scooter électronique (*à spécifier de manière facultative*)
- Châssis pour siège-coquille
- Coussin anti-escarres
- Tricycle orthopédique
- Dossier modulaire adaptable pour le soutien de la position d'assise
- Appareil de station debout
- Adaptation à une aide à la mobilité délivrée précédemment
- Autre (pe. sur mesure): .....



**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.

**FONCTIONS/ACTIVITÉS ET PARTICIPATION**

*Toutes les rubriques doivent être remplies !*

a) Se **déplacer à l'intérieur** (marcher sur des courtes distances) CIF/d4500 / d4600

**Code qualificatif : [ 3 ]**

aucune difficulté

en prenant appui

avec une aide à la marche

avec l'aide et le soutien d'une personne

Déplacements sans aide très difficile ou impossible sans aide

*Remarques*

.....  
 .....

b) Se **déplacer à l'extérieur** (marcher sur de longues distances) CIF/d4501 / d4602

**Code qualificatif : [ 3 ]**

aucune difficulté

en prenant appui

avec une aide à la marche

avec l'aide et le soutien d'une personne

Déplacement sans aide très difficile ou impossible sans aide

*Remarques*

.....  
 .....

c) Rester **debout** (pendant un certain temps) CIF/d4154

**Code qualificatif : [ 3 ]**

aucune difficulté

en prenant appui

avec l'aide et le soutien d'une personne

très difficile ou impossible sans aide

Remarques

.....

.....

- d) Utilisation **des mains et des bras** dans la voiturette (force, coordination et endurance) CIF/d410 / d440 / d445 / d465

**Code qualificatif : [ 3 ]**

- peut se soulever de manière autonome et à intervalles réguliers  
[ ] oui [ **x** ] non
- peut changer de position de manière autonome  
[ ] oui [ **x** ] non
- peut se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome  
[ ] oui [ **x** ] non

Remarques

.....

.....

Fonction des membres supérieurs ou du membre supérieur quand seul 1 membre supérieur est fonctionnel

*A remplir en sus pour une demande concernant un scooter électronique*

**Code qualificatif : [ ]**

- Peut conduire un scooter électronique  
[ ] oui [ ] non

Remarques

.....

.....

- e) Se **transférer** (transfert dans/hors de la voiturette) CIF/d420

**Code qualificatif : [ 3 ]**

- [ ] aucune difficulté
- [ **x** ] en prenant appui
- [ ] avec l'aide et le soutien d'une personne
- [ ] très difficile ou impossible sans aide

Remarques

.....

.....

- f) Rester **assis** (fonction assise dans la voiturette) CIF/d4153

**Code qualificatif : [ 4 ]**

- [ ] peut être assis de manière autonome dans la voiturette
- [ **x** ] position assise totalement passive
- [ ] la position assise dans la voiturette doit être soutenue par des dispositifs ou des adaptations complémentaires

Remarques

.....

g) Fonctions **cognitives** CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176

**Code qualificatif : [ 2 ]**

- [ ] pas de problèmes cognitifs  
 [ x ] légère limitation des fonctions cognitives  
 [ ] limitation modérée à grave des fonctions cognitives

Remarques

#### 4. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

*A remplir de manière facultative*

- |   |  |
|---|--|
| [ ] postures anormales                        | [ ] troubles de l'alimentation                 |
| [ ] problèmes au niveau du siège ou du coccyx | [ ] troubles au niveau de la sensibilité       |
| [ ] formation d'œdèmes                        | [ ] troubles au niveau du système respiratoire |
| [ ] incontinence                              | [ ] troubles au niveau du cœur ou de           |
| [ ] problèmes dermatologiques, escarres       | vaisseaux sanguins                             |
| [ ] 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

Signature du médecin prescripteur : .....

## CADRES RESERVES AU BENEFICIAIRE

*À compléter par le bénéficiaire*

### OBJECTIF D'UTILISATION DE L'AIDE À LA MOBILITÉ

- pour des déplacements occasionnels
- pour un usage quotidien restreint
- pour un usage quotidien pendant une grande partie de la journée
- pour faire le ménage
- pour participer à la vie familiale et/ou sociale
- pour travailler ou suivre une formation
- pour participer à des activités sportives et de détente
- comme place assise dans un véhicule
- autre : .....

*Remarques*

.....

.....

### FACTEURS INFLUENÇANT L'UTILISATION D'UNE AIDE À LA MOBILITÉ

*À remplir de manière facultative.*

*Description globale des données pertinentes pour l'appréciation de la demande.*

Particularités de l'habitation : adaptée .....

.....

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)

.....

**TRANSMISSION DU DOSSIER A L'INSTANCE EN CHARGE DES AIDES COMPLEMENTAIRES  
(PHARE OU CAISSE DES SOINS)**

Je souhaite que mon dossier soit envoyé par la société mutualiste régionale à l'instance en charge des aides complémentaires.

**LE PHARE** - Personnes handicapées autonomie recherchée (COCOF)

Le nom de ma Caisse des soins de santé (Protection sociale flamande)

.....

**Il s'agit d'une demande d'intervention pour**

le supplément de prix pour l'aide à la mobilité ou des adaptations prévues dans la nomenclature

le supplément de prix pour l'aide à la mobilité ou des adaptations NON prévues dans la nomenclature

les frais d'entretien et de réparation de l'aide à la mobilité

le supplément de prix pour la commande de l'environnement intégré dans le système de commande de la voiturette

le supplément de prix pour des adaptations individuelles ou le sur-mesure

une 2ème aide à la mobilité

une autre demande en rapport avec les aides à la mobilité : .....

Je certifie avoir été clairement informé(e) par le technologue orthopédique en aides à la mobilité des suppléments de prix et de leur motivation et ne pas avoir introduit de demande d'intervention pour l'aide de base auprès d'une caisse de soins.

Date : .....

Signature du bénéficiaire (ou de son représentant légal) :

**DECISION DU MEDECIN CONSEIL**

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

.....

.....

.....

**Accord** pour le forfait n° : .....