

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) |  |

#### Identitification 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**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aides à la mobilité  (version de base)**  (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:...................................

Annexe 4 (page 2)

**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

|  |  |
| --- | --- |
| * **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 résérvé à l’organisme assureur wallon.** | | |
| Mutualité ou office régional | Numéro d’inscription | |
|  |  | |
| Code titulaire  1 2 | Tous risques | 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 règlementation | | |
| 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