

## **DEMANDE D'INTERVENTION POUR UNE AIDE A LA MOBILITE ET/OU ADAPTATIONS**

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

### **1. 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 ou MRS))	
Personne de contact du bénéficiaire : nom / téléphone / adresse mail	
Numéro d'identification du registre	
Mutualité	

### **2. IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS**

*A compléter par le dispensateur de soins*

Nom du dispensateur agréé	
Numéro d'agrément (INAMI) du dispensateur agréé	
Nom de l'entreprise	
Adresse de l'entreprise	
N° de téléphone et adresse e-mail de la personne de contact	



### **3. AIDES A LA MOBILITE DEMANDEES**

Si plusieurs aides à la mobilité sont demandées, veuillez remplir cette page autant de fois.

<b><u>Aides à la mobilité</u></b> <b><u>(version de base)</u></b> (Marque/Type)	Prix public

### **4. ADAPTATIONS DEMANDEES**

<b><u>Adaptations</u></b> (Marque/Type)	Prix public
<b>4.1. Membres inférieurs</b>	
<b>4.2. Membres supérieurs</b>	
<b>4.3. Positionnement (siège-dossier)</b>	
<b>4.4. Sécurité</b>	
<b>4.5. Conduite/propulsion</b>	
<b>4.6. Adaptations spécifiques</b>	

## **5. 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)

## **6. MOTIVATION DU MODELE CHOISI**

A compléter de façon impérative par le bandagiste.

## **7. TEST DE L'AIDE A LA MOBILITE**

- Le test de l'aide à la mobilité a eu lieu

au lieu de vie

à l'hôpital

Autres....

Description du test

**8. ADAPTATIONS DEMANDEES PAR LE BENEFICIAIRE MAIS NON REMBOURSEES PAR L'OVA**

<b>Description circonstanciée et motivation des adaptations non-remboursables, demandées par le bénéficiaire (devis à joindre en annexe si nécessaire)</b>	<b>Prix (EUR) (TVA incl.)</b>
<b>Total</b>	

**9. FRAIS DE LOCATION D'UNE AIDE A LA MOBILITE DANS LES MRS**

<b>Description détaillée de l'aide à la mobilité – adaptations éventuelles incluses (prière d'ajouter le devis si nécessaire)</b>	<b>Location mensuelle (EUR) (TVA incl.)</b>
<b>Total</b>	

## **10. COMMANDE VIA L'OVA**

Ceci n'est d'application que pour les **aides à la mobilité standard** (voitures et coussins anti-escarres).

A cocher par le bénéficiaire

- Par la présente, j'autorise l'Office pour une vie autodéterminée à commander l'aide à la mobilité en mon nom, après que l'autorisation n'ait été donnée.

Je certifie que les données mentionnées dans ce formulaire sont correctes et complètes.

**Date:**

**Signature du dispensateur de soins:**

Je, ..... (nom, prénom)  
certifie que j'ai été informé de façon suffisante des points susmentionnés et que je suis d'accord avec la demande de prix auprès de l'OVA.

**Date :**

**Signature du bénéficiaire :**