

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

!! Toutes les rubriques doivent être remplies !!

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AVEC BESOIN DE SOUTIEN

A apposer une vignette de la mutualité

Vignette de la mutualité	
Personne de contact de la personne avec besoin de soutien: nom / téléphone / adresse mail	

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.

<u>Aides à la mobilité</u> <u>(version de base)</u> (Marque/Type)	Prix public (EUR) (TVA incl.)

4. ADAPTATIONS DEMANDEES

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

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 LA PERSONNE AVEC BESOIN DE SOUTIEN MAIS NON REMBOURSEES PAR L'OVA

Description circonstanciée et motivation des adaptations non-remboursables, demandées par la personne avec besoin de soutien (devis à joindre en annexe si nécessaire)	Prix (EUR) (TVA incl.)
Total	

9. FRAIS DE LOCATION D'UNE AIDE A LA MOBILITE DANS LES CENTRES DE REPOS ET DE SOINS POUR PERSONNES AGEES

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

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 la personne avec besoin de soutien

- 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. Ceci, en cas d'une quote-part personnelle de maximum 200 €.

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 de la personne avec besoin de soutien: