

Annexe 1 (page 1 – recto)

PRESCRIPTION MÉDICALE 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 !!

⚠ Une fois complété par le médecin et le bénéficiaire, le bénéficiaire doit remettre ce document au bandagiste de son choix

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

Téléphone :

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(S) SELON L'ANNEXE 1 DE L'ARRÊTÉ DU GOUVERNEMENT WALLON DU 11/04/2019 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

<input type="checkbox"/> CADRE DE MARCHÉ <input type="checkbox"/> VOITURETTE MANUELLE/ELECTRONIQUE/SCOOTER ÉLECTRONIQUE (à spécifier de manière facultative) <input type="checkbox"/> TRICYCLE ORTHOPÉDIQUE <input type="checkbox"/> APPAREIL DE STATION DEBOUT <input type="checkbox"/> AUTRE (PAR EX. SUR-MESURE) :	<input type="checkbox"/> COUSSIN ANTI-ESCARRES <input type="checkbox"/> CHÂSSIS POUR SIÈGE-COQUILLE <input type="checkbox"/> SYSTÈME MODULAIRE ADAPTABLE POUR LE SOUTIEN DE LA POSITION D'ASSISE <input type="checkbox"/> ADAPTATION À UNE AIDE À LA MOBILITÉ DÉLIVRÉE PRÉCÉDEMMENT
---	--

Il s'agit	<input type="checkbox"/> d'une première demande	<input type="checkbox"/> d'un renouvellement
L'utilisation est	<input type="checkbox"/> temporaire	<input type="checkbox"/> définitive
L'utilisation est nécessaire	<input type="checkbox"/> une partie limitée de la journée	<input type="checkbox"/> une partie importante de la journée
	<input type="checkbox"/> en permanence	

2. DIAGNOSTIC ET SITUATION MÉDICALE ACTUELLE

Date du début de l'affection ou de l'évènement à la base du handicap

Le handicap est consécutif à un accident OUI NON

Diagnostic et description de la **situation médicale actuelle**

Ou joindre en annexe un rapport médical récent/actualisé

En cas d'affection unilatérale, préciser s'il s'agit du côté droit ou gauche.

Pronostic (concernant la mobilité)

A court terme:

Sur 5 ans:

3. DESCRIPTION GLOBALE DE LA FONCTIONNALITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

Pour une demande concernant un cadre de marche, remplir uniquement les rubriques a, b et c.

Pour une demande concernant une adaptation à une aide à la mobilité délivrée précédemment ou en cas de renouvellement anticipé d'un coussin anti-escarres, passer au point 5.

Dans la prescription médicale, le médecin prescripteur décrit, sur base du diagnostic, l'ampleur des déficiences fonctionnelles et/ou anatomiques du bénéficiaire ainsi que les limitations d'activités et les restrictions de participation qui en découlent. À cet effet, il décrit de manière détaillée un certain nombre de fonctions de l'appareil locomoteur sur base du système de codes de la CIF. Sur base de cela, il détermine pour chaque fonction, le code qualificatif. ()*

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.

(*) Informations complémentaires disponibles sur le site www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm

Annexe 1 (page 2 – recto)

Toutes les rubriques doivent être remplies !

Fonctions / Activités et participation	Code qualitatif	Description globale et motivation
<p>a Se déplacer à l'intérieur (marcher sur de courtes distances) CIF/d4500 / d4600</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec une aide à la marche <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> déplacements sans aide très difficiles ou impossibles <u>remarques</u>
<p>b Se déplacer à l'extérieur (marcher sur de longues distances) CIF/d4501 / d4602</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec une aide à la marche <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> déplacements sans aide très difficiles ou impossibles <u>remarques</u>
<p>c Rester debout (pendant un certain temps) CIF/d4154</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> très difficile ou impossible sans aide <u>remarques</u>
<p>d Utilisation des mains et des bras dans la voiturette (force, coordination et endurance) CIF/d410 / d440 / d445 / d465</p>	<input type="checkbox"/>	peut se soulever de manière autonome et à intervalles réguliers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non peut changer de position de manière autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non peut se servir d'une voiturette manuelle de manière autonome <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>remarques</u>
<p>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)</p>	<input type="checkbox"/>	peut conduire un scooter électronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>remarques</u>
<p>e Se transférer (transfert dans/hors de la voiturette) CIF/d420</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aucune difficulté <input type="checkbox"/> en prenant appui <input type="checkbox"/> avec l'aide et le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> très difficile ou impossible sans aide <u>remarques</u>
<p>f Rester assis (fonction assise dans la voiturette) CIF/d4153</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> peut être assis de manière autonome dans la voiturette <input type="checkbox"/> la position assise dans la voiturette doit être soutenue par des dispositifs ou des adaptations complémentaires <input type="checkbox"/> position assise totalement passive <u>remarques</u>
<p>g Fonctions cognitives CIF/b110 / b114 / b117 / b140 / b144 / b147 / b160 / b164 / b176</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pas de problèmes cognitifs <input type="checkbox"/> légère limitation des fonctions cognitives <input type="checkbox"/> limitation modérée à grave des fonctions cognitives <u>remarques</u>

4. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

A remplir de manière facultative

<input type="checkbox"/> postures anormales	<input type="checkbox"/> troubles de l'alimentation
<input type="checkbox"/> problèmes au niveau du siège ou du coccyx	<input type="checkbox"/> troubles au niveau de la sensibilité
<input type="checkbox"/> formation d'œdèmes	<input type="checkbox"/> troubles au niveau du système respiratoire
<input type="checkbox"/> incontinence	<input type="checkbox"/> troubles au niveau du cœur ou des vaisseaux sanguins
<input type="checkbox"/> problèmes dermatologiques, escarres	
<input type="checkbox"/> 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

! *Une fois complété, ce document doit être remis par le bénéficiaire au bandagiste de son choix.*

Celui-ci reste valable
- 2 mois en cas de première demande et
- 6 mois en cas de renouvellement.

Signature du médecin prescripteur

.....

CADRES RÉSERVÉS AU BÉNÉFICIAIRE*A compléter par le bénéficiaire*

Objectif d'utilisation de l'aide à la mobilité	Remarques (à remplir de manière facultative)
<input type="checkbox"/> pour des déplacements occasionnels	
<input type="checkbox"/> pour un usage quotidien restreint	
<input type="checkbox"/> pour un usage quotidien pendant une grande partie de la journée	
<input type="checkbox"/> pour faire le ménage	
<input type="checkbox"/> pour participer à la vie familiale et/ou sociale.	
<input type="checkbox"/> pour travailler ou suivre une formation	
<input type="checkbox"/> pour participer à des activités sportives et de détente	
<input type="checkbox"/> comme place assise dans un véhicule	
<input type="checkbox"/> autre:.....	

A remplir de manière facultative

Facteurs influençant l'utilisation d'une aide à la mobilité	
<i>Description globale des données pertinentes pour l'appréciation de la demande</i>	
Particularités de l'habitation	
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)

.....

⚠ Une fois complété, ce document doit être remis par le bénéficiaire au bandagiste de son choix.**Celui-ci reste valable**

- 2 mois en cas de première demande
- 6 mois en cas de renouvellement.

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint l'annexe 1, prescription nécessaire pour introduire une demande de cadre de marche et/ou fauteuil roulant.

L'annexe 1 est presque entièrement complétée par votre médecin généraliste.

Ce que vous devez faire :

À la page 1 :

- Compléter l'identification du bénéficiaire ou coller une vignette de mutuelle.
- Communiquer votre numéro de téléphone

À la page 3 :

- Dater et signer le document

Vous pouvez :

- Soit, nous renvoyer le formulaire complété dans l'un de nos magasins Qualias.
- Soit, le déposer dans un de nos magasins.
- Soit, nous contacter directement par téléphone.

Nos bandagistes prendront en charge votre dossier et entameront les démarches nécessaires pour la demande d'intervention auprès de votre mutuelle.

Pour toute information complémentaire nous restons à votre entière disposition.

Les points de vente Qualias Hainaut

6150 Anderlues

Chaussée de Mons 23/3
Tél : 071/159 913

6180 Courcelles

Rue Philippe Monnoyer 17
Tél : 071/159 914

6110 Montigny-le-Tilleul

Rue de Gozée 659
Tél : 071/519 000

7700 Mouscron

Rue Saint Pierre, 52
Tél : 56 56 12 60

6500 Beaumont

Rue Germain Michiels 17
Tél : 071/796 965

7100 La Louvière

Rue Sylvain Guyaux 39
Tél : 064/222 560

7060 Soignies

Rue de Mons 16
Tél : 067/700 101

7780 Comines

Rue Wervicq, 14
Tél : 056 56 12 60

7301 Hornu

Rue de Mons 280
Tél : 065 34 24 40

7800 Ath

Rue Haute, 25
Tél : 068 55 33 55

7500 Tournai

Rue Saint-Brice, 56
Tél : 069 84 44 84

Les points de vente Qualias Namur – Brabant Wallon

1400 Nivelles

Boulevard des Archers, 56
Tél : 067 77 13 24

1490 Court-St-Etienne

Avenue des Métallurgistes, 1
Tél : 010 61 85 04

5000 Namur

Rue du Lombard, 8
Tél : 081 844 634

5060 Tamines

Rue des Prairies, 3a
Tél : 071 775 270

5500 Dinant

Avenue des Combattants, 15
Tél : 082 770 044

5600 Philippeville

Rue de l'Arsenal, 7
Tél : 071 611 502

Les points de vente Qualias Liège

4031 Sart-Tilman

Route du Condroz, 475
Tél : 04 367 15 15

4840 Lontzen

Rue mitoyenne 910
Tél : 087 88 17 15

Les points de vente Qualias Luxembourg

6900 Marche-en-Famenne

Avenue du Monument, 8

6700 Arlon

Parc commercial Hydrion, 64

6800 Libramont

Rue des Alliés, 2C