|  |
| --- |
| **Rapport de motivation pour la demande d'une aide à la mobilité  et/ou adaptations** |

|  |
| --- |
| **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) |  |
| Numéro d'inscription |  |
| Le bénéficiaire séjourne à l’adresse suivante (remplir si différente du domicile) | |

# *A compléter par le technologue orthopédique en aides à la mobilité / bandagiste.*

#### Typologie générale de l’aide à la mobilité (version de base)

Ce rapport de motivation est établi pour

(nom et prénom du bénéficiaire)

Le présent rapport concerne une seconde voiturette et/ou un second coussin (412078/412089)

* Oui 🞎 Non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Groupe principal : | |  |
| Sous-groupe : | |  |
| Numéro de nomenclature : | |  |
| Motivation : |  | |

#### Typologie générale des adaptations

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Numéro de nomenclature** | **Motivation** |
| **Membres inférieurs** |  |  |
| **Membres supérieurs** |  |  |
| **Positionnement**  **(siège-dossier)** |  |  |
| **Sécurité** |  |  |
| **Conduite/propulsion** |  |  |
| **Adaptations spécifiques** |  |  |
| **Système de commande avec contrôle de l'environnement**  **(intervention uniquement pour les personnes dont le handicap est survenu avant 65 ans)** |  |  |

#### Test de l’aide à la mobilité (uniquement obligatoire pour les voiturettes électroniques, les scooters électroniques intérieur/extérieur et extérieur et les aides à la propulsion)

|  |
| --- |
| * Le test de l’aide à la mobilité a eu lieu   Description du test à joindre en annexe |

#### Sur-mesure

|  |
| --- |
| * Ce rapport de motivation concerne une (des) prestation(s) sur-mesure suivante(s) :   …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Motivation :  Pour une demande d'aide à la propulsion sur une aide à la mobilité déjà livrée merci de préciser le code produit ou la marque/modèle de la voiturette. |

**Pour une demande relative à une canne de marche sur roues, un rapport de motivation venant d'un thérapeute d'un centre de rééducation doit être joint.**

#### Identification du technologue orthopedique en aides a la mobilite

Le présent avis est formulé par :

|  |  |
| --- | --- |
| Technologue orthopédique en aides à la mobilité | Nom :  Numéro d’identification :  Adresse de l'entreprise : |
| Date : | Signature : |