

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Avis de projet de modification des modalités d'inscription et des conditions de prise en charge des véhicules pour handicapés physiques inscrits pour la location au titre I^{er} et pour l'achat au titre IV de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale

NOR : SASS1021627V

Dans l'avis de projet de modification des modalités d'inscription et des conditions de prise en charge des véhicules pour handicapés physiques inscrits pour la location au titre I^{er} et pour l'achat au titre IV de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale publié dans la publication spéciale annexée au *Journal officiel* de la République française le 6 août 2010 (NOR : SASS1020543V), texte électronique et publication spéciale annexée (texte 125 sur 128), au titre IV, partie relative aux annexes, après l'annexe 2i intitulée : « Fiche de préconisation de VPH-Modulaire – TRI Tricycle modulaire », sont ajoutées les trois annexes suivantes :

Catégorie de VPH spécifique – VPH-S :

Précisez le modèle et la marque de produit (inscription produit par produit) :

.....

Rappel : Dans le cas du TOPCHAIR S, La phase d'évaluation et la consultation en vue de la prescription doivent valider, outre l'usuelle adéquation du fauteuil au handicap de la personne, le besoin d'un fauteuil monte-marches pour réaliser le projet de vie personnalisé à l'extérieur, et que l'environnement de vie sociale de la personne lui impose le franchissement d'obstacles. Ces phases doivent également permettre de certifier des capacités cognitives de la personne pour assurer la maîtrise du TOPCHAIR S

Je soussigné(e) Docteur (Nom et Prénom) :
certifie que la prescription du ou des VPH (et des éventuelles options) ci-dessous est ou sont en adéquation avec les capacités et la situation environnementale de (Nom et Prénom) :
Conformément à l'évaluation réalisée et aux modularités déterminées dans la ou les fiche(s) de préconisations (pour les VPH modulaires)

PRESCRIPTION :

1. Catégorie :	2. Catégorie :
Marque :	Marque :
Modèle :	Modèle :
3. Catégorie :	4. Catégorie :
Marque :	Marque :
Modèle :	Modèle :

Date : __ / __ / ____

Signature et cachet

*Si votre patient est amené à faire une demande auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), le certificat médical qui doit lui être joint porte le n° CERFA 13788*01.*

Annexe 4. Modèle de devis pour un véhicule modulaire pour personne handicapée (VPH-M)

Pour réaliser le devis, le prestataire devra disposer de la fiche de préconisations et de la prescription médicale. Un devis ne concerne qu'un seul modèle de véhicule pour personne handicapée.

IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE		<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Mademoiselle	<input type="checkbox"/> Monsieur
Nom de naissance :		Prénom :		
Nom d'usage / d'époux(se) :		Date de naissance :		Age :
Adresse du bénéficiaire :				
Code postal et ville :		Mail :		
Tel : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

Numéro de S.S : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Organisme d'affiliation :		
Identification de l'assuré, s'il n'est pas le bénéficiaire du VPH :				
Nom et prénom de l'assuré :				
Adresse de l'assuré :				
Code postal et ville :		Mail :		
Tel : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

Complémentaire santé :		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<i>si oui</i> Nom :
Adresse :		Code postal et ville :		

IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE	
Nom du prestataire :	cachet du prestataire
Adresse :	

Jours et heures d'ouvertures :	
Numéro de téléphone (coût et horaires) : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ /	
N° agrément FNPS et SIRET, APE :	
Nom du contact / rédacteur du devis	Mail :

Le prestataire s'engage à délivrer avec le devis les conditions générales de vente, ainsi que les informations sur les conditions de règlement.

N° de devis : Date du devis : Durée de validité du devis :

Type de véhicule :

Faire figurer le type de véhicule parmi les 9 catégories de VPH modulaires (dénomination en entier et abréviation).

Par exemple : fauteuil roulant modulaire à propulsion manuelle multi-configurable - FRMC

Nom commercial du produit :

Faire figurer le modèle et la marque du véhicule concerné par le devis

Durée de garantie : délai de livraison estimé :

Annexe 5. Fiche de mise en service d'un véhicule modulaire pour personne handicapée (VPH-M)

La mise en service des VPH-M est conforme aux dispositions de la directive 93/42/CEE du 14 juin 1993, relative aux dispositifs médicaux.

La présente fiche de mise en service est obligatoirement associée au devis signé par la personne, valant bon de commande.

IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE

Nom du prestataire : cachet du prestataire

Adresse :

.....

Jours et heures d'ouvertures :

Numéro de téléphone (coût et horaires) : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| /

N° agrément FNPS et SIRET, APE :

Nom du contact / rédacteur du devis Mail :

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE Madame Mademoiselle Monsieur

Nom de naissance : Prénom :

Nom d'usage / d'époux(se) : Date de naissance : Age :

Adresse du bénéficiaire :

Code postal et ville : Mail :

Tel : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Numéro de S.S : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| | Organisme d'affiliation :

Identification de l'assuré, s'il n'est pas le bénéficiaire du VPH :

Nom et prénom de l'assuré :

Adresse de l'assuré :

Code postal et ville : Mail :

Tel : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

N° de devis validé :

Rappel du type de véhicule prescrit :

Faire figurer le type de véhicule parmi les 9 catégories de VPH modulaires (dénomination en entier et abréviation), par exemple : fauteuil roulant modulaire à propulsion manuelle multi-configurable - FRMC

NOM ET MARQUE DU VEHICULE MIS EN SERVICE :

Catégorie : Durée de garantie :

Marque :

Modèle (nom commercial) :

Les prestations suivantes ont été réalisées :

Prestations minimales (cumulatives) pour prise en charge du (1) forfait 1 - (2) forfait 2 - (3) forfait 3 (TSVP)

(1)(2)(3) Assistance et accompagnement technique (comportant la mise à disposition de véhicules, nettoyés et désinfectés, les réglages et / ou paramétrages...) lors de l'essai préalable effectué par le médecin MPR ou par un médecin accompagné d'un ergothérapeute ou d'un kinésithérapeute pour attester l'adéquation du véhicule aux besoins du patient au regard de son environnement et de son projet de vie et de l'adaptation du véhicule à ses besoins ;

(1) Essai pratique comparatif réalisé au magasin avec prise de mesures et réglage des véhicules d'essai, nettoyés et désinfectés ;

(2)(3) Un essai pratique comparatif réalisé sur le lieu de vie avec prise de mesures et réglage des véhicules d'essai, nettoyés et désinfectés ;

NOM ET MARQUE DES VPH ESSAYES :	
1. Catégorie :	2. Catégorie :
Marque :	Marque :
Modèle :	Modèle :
3. Catégorie :	4. Catégorie :
Marque :	Marque :
Modèle :	Modèle :

(3) Le prêt d'un véhicule d'essai, nettoyé et désinfecté, pour validation dans l'environnement (logement, lieu de vie et accessibilité) de la personne utilisatrice pour une durée minimale de 48 heures et la reprise du véhicule d'essai ;

NOM ET MARQUE DU VEHICULE D'ESSAI PRETE :	
Catégorie :	Durée de prêt :
Marque :	Commentaires :
Modèle :

(1)(2) Préparation du véhicule définitif : réception, contrôle de conformité à la commande et assemblage ;

(1)(2)(3) La livraison à domicile comportant le déplacement, la mise à disposition du matériel définitif avec réglage et adaptation et éventuellement un déplacement à domicile pour les réglages après quelques jours ou semaines d'utilisation.

Commentaire(s) du prestataire concernant la mise en service :
.....
.....

Commentaire(s) de l'assuré concernant la mise en service :
.....
.....

Les signataires certifient l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus

Date : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Signature du prestataire :

Signature de l'assuré :