



Demande de forfait de l'AVS pour l'acquisition d'un fauteuil roulant : Standard  Spécial

- A présenter à une caisse de compensation ou à l'office AI.
• Prière d'écrire lisiblement et de répondre à toutes les questions !
• Pour les questions posant une alternative, marquer d'une croix ce qui convient.

Identité de l'assuré(e)

Nom de famille
Prénom
(Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel)
masculin  féminin

N° de sécurité sociale (NSS) :

Date de Naissance complète
Lieu d'origine
Etat civil Célibataire  Marié(e)  Veuf (ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Nom et adresse de la caisse AVS qui verse une rente

Domicile et adresse exacte
Téléphone N°

Le ou la requérant(e) est-il / est-elle au bénéfice de prestations complémentaires de l'AVS ? oui  non

Des prestations concernant ce moyen auxiliaire ont-elles été octroyées lors d'une précédente demande ? oui  non

Si oui, par qui ? AI  AVS  Assurance maladie  Assurance accident  Assurance militaire

Le fauteuil roulant est : Acheté  Remis en leasing  Loué

Joindre la copie : d'une facture, d'une quittance, d'un contrat de leasing ou de location.

Nom et adresse du fournisseur :
ASEMA, Av. des Glariers 20, 1860 Aigle, 024 468 40 90

Pour l'office AI/AVS

Vérification relative au droit de recours selon les chiffres 2.4 et 2.5

Feuille annexe-R réclamée

oui  non

Visa de la personne qui a procédé à la vérification :

Nom et adresse de votre médecin traitant :

Adresse et numéro de compte sur lequel faire verser le forfait de l'AVS : (CCP ou Compte bancaire)

Signature de l'assuré ou de son représentant légal (Tuteur, Curateur ou membre de la famille)

Date

Si l'assuré n'a pas signé lui-même (Lisiblement : nom, prénom, adresse et titre du représentant)

Annexes

Tél. N°



## Attestation médicale en vue d'apprécier le droit à un forfait AVS pour l'acquisition d'un fauteuil roulant.

Assuré (e): Nom, prénom

Numéro de sécurité sociale (NSS)

Prrière de répondre de manière lisible et sans exception à toutes les questions posant l'alternative oui/non.

1. **L'atteinte à la santé est imputable à :**  une maladie  un accident
2. **L'état de santé :**  est stationnaire  va en s'aggravant  va en s'améliorant
3. **L'usage d'un fauteuil roulant est :**  indispensable  recommandé
4. **Un fauteuil roulant est indiqué pour :**  le long terme  une courte période ou convalescence
- Pour un usage :**  quotidien  fréquent mais irrégulier  occasionnel

5. **Diagnostic :**

6. **L'assuré(e) a-t-il/elle besoin de l'aide d'autrui pour se mouvoir en fauteuil roulant ?**

- à l'intérieur :  oui  non
- à l'extérieur :  oui  non

7. **Un équipement spécial du fauteuil roulant est rendu nécessaire en raison des handicaps suivants :**

Poids supérieur à 120 kg <b>Poids :</b> ..... kg	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Taille supérieur à 1,85 m ou inférieure à 1,50 m <b>Taille :</b> ..... m	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Position assise autonome impossible (p.ex. absence de contrôle du tronc)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hémiplégie ou tétraplégie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Amputation ou contractures	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• L'assuré(e) présente un risque d'escarres majeur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• Un coussin anti-escarres est-il nécessaire ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

8. **Remarques**

Date

Cachet et signature du médecin

# Note pour le rapport médical

Les rapports sont remboursés selon le tarif médical **TarMed**.

La facture doit être présentée sur le formulaire officiel selon l'accord entre les assureurs CTMAA/AM/AI et la FMH.

Pour la facturation à la main les formulaires peuvent être chargés sous le site internet [www.zmt.ch](http://www.zmt.ch).

L'attestation médicale en vue de l'octroi d'un forfait AVS pour l'acquisition d'un fauteuil roulant peut être facturée selon le tableau suivant.

**Le TarMed et son règlement actuel doivent être pris en considération.**

N° Form.	Contenu	Chiffre du tarif
5402 f	Rapport médical pour apprécier le droit aux prestations chez les adultes (AVS/AI)	00.2230 00.2240

Les consultations et les examens qui ont été indispensables pour établir le rapport demandé peuvent être facturés selon le tarif.

***La présente feuille d'information reste chez le médecin. Vous êtes prié de ne pas l'envoyer avec la facture !***

## **A observer :**

Pour que les factures concernant des mesures d'instruction ou de réadaptation puissent être transmises, pour paiement, par l'office AI à la Centrale de compensation, elles doivent impérativement contenir les indications suivantes :

- Date de facture
- Numéro de sécurité sociale de l'assuré(e) (appelé : NSS) à 13 chiffres
- Nom, prénoms de l'assuré(e)
- Adresse du domicile de l'assuré(e)
- Nom et adresse du destinataire : Office AI
- Nom, prénom (raison sociale) et adresse du créancier/de la créancière
- Le (NIF ) numéro d'identification, si déjà attribué par la Centrale de compensation, 1211 Genève 28
- Numéro de compte postal du créancier
- Numéro EAN
- Si le paiement doit être effectué auprès d'un tiers : Nom et adresse du tiers (banques etc.)
- Numéro de CCP du tiers
- Numéro du compte ouvert auprès du tiers
- Date(s) des prestations ou examens
- Détail des prestations : genre, nombre, durée, respectivement dates du traitement, positions tarifaires, points médicaux, points techniques, montants
- Montant total