



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

Date de Naissance complète

Lieu d'origine

Etat civil Célibataire Marié(e) Veuf (ve) Séparé(e) Divorcé(e)

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 :

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)

N° de sécurité sociale (NSS) :

Nom et adresse de la caisse AVS qui verse une rente

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 :

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

Date

Annexes

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

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 Poids : kg	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Taille supérieur à 1,85 m ou inférieure à 1,50 m Taille : 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 Non
- Un coussin anti-escarres est-il nécessaire ? Oui Non

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.

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