

Evaluation pour l'attribution d'un  
fauteuil roulant électrique, d'un scooter  
électrique ou d'une assistance  
électrique à la mobilité

A red arrow graphic pointing to the right, located on the left side of the slide.

4<sup>ème</sup> journée inter-ergo, au CEP-CICAT le 02 Avril 2019

# Procédure : demande de pièces

## DEMANDE DE FAUTEUIL ROULANT ELECTRIQUE

A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

**Joindre impérativement la prescription médicale**

### IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Adresse : .....

N° de tél. : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

### PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE

.....  
.....  
.....

Précisez, le cas échéant, les coordonnées de l'ergothérapeute qui vous suit :

### TOPOGRAPHIE DE L'ATTEINTE

Membre supérieur D  G

Membre inférieur D  G

Tronc Oui  Non

### LESIONS ASSOCIEES

Troubles cognitifs non - si oui, lesquels : .....

Troubles visuels non - si oui, lesquels : .....

Troubles du langage non - si oui, lesquels : .....

Assistance respiratoire non  oui

### AUTONOMIE :

Marche : seul  avec aide de marche

Autonomie mixte

Ne se déplace qu'en fauteuil roulant manuel

Possède déjà un Fauteuil Roulant électrique

Signature et cachet : .....

## DEMANDE POUR UN SCOOTER ELECTRIQUE COLIBRI Outdoor ou LEO ou ORION PRO ou COMET ULTRA ou ERIS

A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

**Joindre impérativement à ce document la prescription médicale**

*(cette prescription devra faire apparaître la mention « bon pour un scooter électrique modulaire Invacare Colibri Outdoor 3 roues » ou « Invacare Leo 4 roues » ou « Invacare Orion Pro » ou « Invacare Comet Ultra » ou « Vermeiren Eris »)*

### IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Adresse : .....

N° de tél. : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

### PATHOLOGIE MOTIVANT LA DEMANDE

.....  
.....  
.....

Taille: ..... Poids actuel: .....

Précisez, le cas échéant, les coordonnées de l'ergothérapeute qui vous suit :

### TOPOGRAPHIE DE L'ATTEINTE

Membre supérieur D  G

Membre inférieur D  G

Tronc Oui  Non

### LESIONS ASSOCIEES

Troubles cognitifs non - si oui, lesquels : .....

Troubles visuels non - si oui, lesquels : .....

Troubles du langage non - si oui, lesquels : .....

Assistance respiratoire non  oui

### AUTONOMIE :

Marche : seul  avec aide de marche

Autonomie mixte

Ne se déplace qu'en fauteuil roulant manuel

Possède déjà un scooter

Signature et cachet : .....

# Procédure : demande de pièces



## Notice explicative concernant l'évaluation pour l'acquisition d'un fauteuil roulant électrique

**Document à conserver**

- 1) Prendre contact avec le CEP pour obtenir le **formulaire de demande** pour l'attribution d'un fauteuil roulant électrique
- 2) Demander à votre **médecin traitant** de :
  - a) renseigner le formulaire de demande
  - b) rédiger une prescription médicale (bon pour un fauteuil roulant électrique).

3) Renvoyer le **formulaire de demande** et l'**originale de la prescription médicale** au CEP à l'adresse suivante :

CEP CICAT  
2, rue Evariste Galois  
67201 ECKBOLSHEIM

- 4) Le CEP prend contact avec-vous par téléphone pour **convenir d'un rendez-vous** (3 semaines avant la date de rendez-vous).
- 5) Réception d'un courrier du CEP vous confirmant la date, l'heure et le lieu de rendez-vous.
- 6) **Rendez-vous au CEP** en présence du médecin de médecine physique et de réadaptation et d'un ergothérapeute. (Apporter des éléments médicaux en votre possession pour le médecin : certificats médicaux, radiographies, compte rendu médicaux...)

Cette évaluation se fait en présence d'un médecin de médecine physique et de réadaptation ainsi que d'un ergothérapeute pour :

- Appréhender la capacité de la personne à utiliser un fauteuil roulant électrique sans danger pour elle ou autrui,
- Vérifier l'éligibilité de la personne selon les critères d'attribution énoncés par les textes de remboursement de la sécurité sociale,
- Evaluer si l'environnement de la personne permet l'utilisation et le rangement du fauteuil roulant électrique.

Lors de cette évaluation, la catégorie de fauteuil et ses options seront définies et précisées lors des essais au CEP.

**Cette évaluation est obligatoire pour pouvoir bénéficier d'un remboursement de votre caisse de référence.**

- 7) A la suite du rendez-vous, vous devrez faire des **essais prolongés** au domicile avec votre prestataire et faire parvenir au CEP le **devis** du fauteuil roulant électrique définitif.
- 8) Le CEP envoie la prescription médicale, le devis et l'attestation d'essai préalable au médecin de conseil de la caisse de remboursement à laquelle vous êtes affilié.
- 9) Le revendeur de matériel est informé par votre caisse de référence de sa décision suite à l'évaluation.
- 10) Acquisition du fauteuil roulant électrique (si accord de votre caisse de référence). Il faudra vous rapprocher de votre assurance pour envisager la couverture la plus large possible.



## Notice explicative concernant l'évaluation pour l'acquisition d'un scooter électrique

**Document à conserver**

- 1) Prendre contact avec le CEP pour obtenir le **formulaire de demande** pour l'attribution d'un scooter électrique
- 2) Demander à votre **médecin traitant** de :
  - a) renseigner le formulaire de demande
  - b) rédiger une prescription médicale (bon pour un scooter électrique).

3) Renvoyer le **formulaire de demande** et l'**originale de la prescription médicale** au CEP à l'adresse suivante :

CEP CICAT  
2, rue Evariste Galois  
67201 ECKBOLSHEIM

- 4) Le CEP prend contact avec-vous par téléphone pour **convenir d'un rendez-vous** (3 semaines avant la date de rendez-vous).
- 5) Réception d'un courrier du CEP vous confirmant la date, l'heure et le lieu de rendez-vous.
- 6) **Rendez-vous au CEP** en présence du médecin de médecine physique et de réadaptation et d'un ergothérapeute. (Apporter des éléments médicaux en votre possession pour le médecin : certificats médicaux, radiographies, compte rendu médicaux...)

Cette évaluation se fait en présence d'un médecin de médecine physique et de réadaptation ainsi que d'un ergothérapeute pour :

- Appréhender la capacité de la personne à utiliser un scooter électrique sans danger pour elle ou autrui,
- Vérifier l'éligibilité de la personne selon les critères d'attribution énoncés par les textes de remboursement de la sécurité sociale,
- Evaluer si l'environnement de la personne permet l'utilisation et le rangement du scooter électrique.

Lors de cette évaluation, la catégorie de scooter et ses options seront définies et précisées lors des essais au CEP.

**Cette évaluation est obligatoire pour pouvoir bénéficier d'un remboursement de votre caisse de référence.**

- 7) A la suite du rendez-vous, vous devrez faire des **essais prolongés** au domicile avec votre prestataire et faire parvenir au CEP le **devis** du scooter électrique définitif.
- 8) Le CEP envoie la prescription médicale, le devis et l'attestation d'essai préalable au médecin de conseil de la caisse de remboursement à laquelle vous êtes affilié.
- 9) Le revendeur de matériel est informé par votre caisse de référence de sa décision suite à l'évaluation.
- 10) Acquisition du fauteuil scooter électrique (si accord de votre caisse de référence). Il faudra vous rapprocher de votre assurance pour envisager la couverture la plus large possible.

# Procédure : Grille d'Evaluation FRE



## GRILLE D'ATTRIBUTION DE FAUTEUIL ROULANT À PROPULSION PAR MOTEUR ELECTRIQUE

Date de l'évaluation :

### Informations générales sur la Personne :

Nom du bénéficiaire :

Prénom :

Nom de l'assuré (si différent du bénéficiaire) :

Date de Naissance : / /

Adresse :

CP : Ville :

Tél :

N° de SS de l'Assuré: / / / / / / / / / / / / / / / / / /

Organisme d'Affiliation : .....

Complémentaire Santé : oui / non .....

Médecin prescripteur : .....

Coordonnées : .....

.....

.....

Demande(s) et Motivation(s) de la Personne :

### Intervenants présents

Médecin :

Ergothérapeute(s) :

Aidants :

Revendeur :



# Procédure : Transmission sur PETRA

Madame, Monsieur, le fournisseur de Grand Appareillage

N/Réf : [adhesion-ipp.elsm-hautrhn@assurance-maladie.fr](mailto:adhesion-ipp.elsm-hautrhn@assurance-maladie.fr)

Objet : Modalités de dépôt des demandes d'accord préalable Grand Appareillage d'Alsace Moselle en dématérialisation

Madame, Monsieur,

Vous avez opté pour la dématérialisation de vos demandes via le serveur de l'Assurance Maladie « PETRA AMELI » et vous remercions pour votre participation.

### Modalités pratiques

- Vous venez de réceptionner dans votre messagerie un courriel de l'expéditeur « [ipp.petra.elsm-hautrhn@assurance-maladie.fr](mailto:ipp.petra.elsm-hautrhn@assurance-maladie.fr) (Petra Améli Compts) vous invitent à cliquer sur un lien pour ouvrir la page d'envoi de dépôt de fichier, qui dès lors fera apparaître une fenêtre



- En fonction de votre configuration Java si rien ne s'affiche dans traitement des fichiers, merci de cliquer sur le bouton « formulaire classique »

Vous obtiendrez cette fenêtre avec 3 étapes :

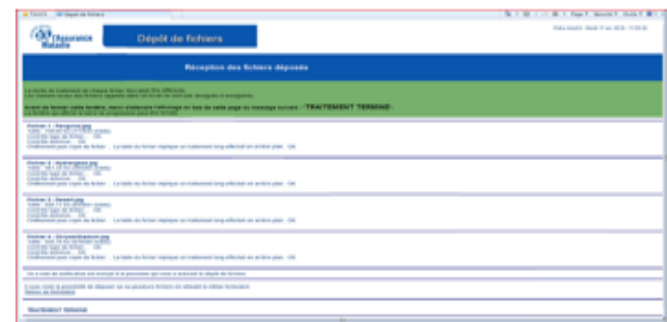
1. Dépôt de fichier vous invitent à parcourir (clic) votre ordinateur pour choisir la demande à sélectionner (maximum 20 à indiquer)



**Important : une demande d'EP par assuré = un document**

2. Clic sur Envoyer
3. Patience, le traitement (copie, antivirus) s'effectue

La page ci-dessous s'affiche avec récapitulatif des fichiers déposés et le traitement appliqué :



- Fermez la fenêtre. Si l'invite Retour se présente cliquer et quitter. Aucune action complémentaire de votre part n'est nécessaire.

Nous comptons sur votre collaboration pour nous transmettre vos demandes au fil de l'eau.



Attention : garder le lien du mail de confirmation d'adhésion PETRA à utiliser pour vos prochaines demandes de dépôt, il est valable pour une durée de 420 jours / 6500 fichiers / 1500 Mo maximum.



Merci de votre écoute

