

Tableau du Parcours d'Attribution VHP

Mode de prise en charge	Catégories	RDV1	RDV1 + (Fiche Préco / Besoins)	Essai Distributeur (7j ou 48h)	Certificat d'Aptitude à la Conduite	RDV2 (Ordonnance Définitive)	Demande d'Accord Préalable (DAP)
ACHAT / LCD	FMP	✓		<i>non-obligatoire</i>			
ACHAT / LCD	FMPR	✓		<i>non-obligatoire</i>			
ACHAT / LCD	FRM		✓	✓		✓	
ACHAT	FRMC		✓	✓		✓	✓
ACHAT	FRMA		✓	✓		✓	✓
ACHAT	FRMS		✓	✓		✓	✓
ACHAT / LLD	FRMP		✓	✓		✓	✓
ACHAT / LLD	FRMV		✓	✓		✓	✓
ACHAT / LCD	FRE A/B/C		✓	✓	✓	✓	✓
ACHAT / LLD	FREP A/B/C		✓	✓	✓	✓	✓
ACHAT / LLD	FREV		✓	✓	✓	✓	✓
ACHAT	POU_S	✓		✓			
ACHAT / LLD	POU_MRE		✓	✓		✓	
ACHAT	BASE	✓		✓			
ACHAT	CYC		✓	✓		✓	
ACHAT	SCO		✓	✓	✓	✓	✓

- **Gestion des Essais** : Il est impératif de respecter un délai de **7 jours** (ou **48h** avec accord écrit du patient) avant l'envoi des documents à la caisse d'assurance maladie.
- **Dossier de Remboursement** : Devis, Fiches précoc et besoins, DAP, Certificat d'aptitude (si nécessaire) et l'accord écrit du patient pour les essais courts.
- **Facturation Indissociable** : forfaits **MAD (Mise À Disposition)** et de livraison sont indissociables de la facturation du VHP lui-même.
- **Obligations envers le Patient** : Une fiche des règles d'utilisation (incluant les mentions sur l'assurance, la vitesse et l'entretien) doit être **co-signée** avec un exemplaire remis au patient.
- **Renouvellement** : Le parcours est identique à la première attribution. Pour un renouvellement **à l'identique** (même modèle, configuration et catégorie), une prescription du médecin ou de l'ergothérapeute suffit, quelle que soit la catégorie.

PROCÉDURE VPH 2025 – ACHAT

1 IDENTIFICATION DE LA CLASSE (OBLIGATOIRE)

- Classe identifiée : _____
- Parcours déterminé :
 - Parcours simplifié (FMP / FMPR / BASE / POU_S)
 - Parcours complet (autres classes)

2 PARCOURS SIMPLIFIÉ : FMP – FMPR – BASE – POU_S

2.1 Prescription

- | <input checked="" type="checkbox"/> | Action | Date réalisée |
|-------------------------------------|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Prescription rédigée en présentiel | / / |
| <input type="checkbox"/> | Catégorie clairement mentionnée | |
| <input type="checkbox"/> | Modèle précisé (si possible) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Pas de fiche besoins ni préconisation obligatoire | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Pas d'essai 7 jours obligatoire | |

2.2 Devis

- | <input checked="" type="checkbox"/> | Action | Date réalisée |
|-------------------------------------|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Devis établi | / / |
| <input type="checkbox"/> | Conforme à la prescription | |
| <input type="checkbox"/> | Signé par le patient | / / |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Le devis doit être postérieur à la prescription. | |

2.4 Livraison

- | <input checked="" type="checkbox"/> | Action | Date réalisée |
|-------------------------------------|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Livraison effectuée | / / |
| <input type="checkbox"/> | Réglages adaptés | |
| <input type="checkbox"/> | Formation réalisée | |
| <input type="checkbox"/> | Fiche règles utilisation signée | / / |
| <input type="checkbox"/> | Lettre engagement réemploi signée | / / |
| <input type="checkbox"/> | Copie bon de livraison remis et signé par le patient | |

2.5 Facturation

- | <input checked="" type="checkbox"/> | Action | Date réalisée |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Facturation réalisée | / / |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Toujours après livraison | |

3 PARCOURS COMPLET

3.1 Évaluation des besoins (OBLIGATOIRE) Base règlementaire de la prise en charge

<input checked="" type="checkbox"/>	Action	Date réalisée	
<input type="checkbox"/>	RDV évaluation réalisé	..... / ..... / .....	point départ
<input type="checkbox"/>	Fiche évaluation complétée	..... / ..... / .....	≥ RDV

3.2 Fiche de préconisation Justifie la catégorie et les options

<input checked="" type="checkbox"/>	Action	Date réalisée	
<input type="checkbox"/>	Fiche préconisation rédigée	..... / ..... / .....	≥ fiche besoins
<input type="checkbox"/>	Cohérence avec évaluation		

3.3 Essai comparatif Permet un choix éclairé

<input checked="" type="checkbox"/>	Action	Date réalisée	
<input type="checkbox"/>	4 modèles proposés	..... / ..... / .....	≥ fiche préconisation
<input type="checkbox"/>	2 modèles essayés / /	
<input type="checkbox"/>	Réglages adaptés		pendant essais
<input type="checkbox"/>	Explication fournie au patient		pendant essais

3.4 Essai en conditions réelles (7 jours ou 48h si écrit)

Applicable pour :


FRM – FRMC – FRMA – FRMS – FRMP – FRMV – FRE – FREP – FREV – POU_MRE – CYC – SCO

<input checked="" type="checkbox"/>	Action	Date réalisée	
<input type="checkbox"/>	Début essai	..... / ..... / .....	≥ essai comparatif
<input type="checkbox"/>	Fin essai	..... / ..... / .....	≥ +7 jours (ou ≥ 48h si accord écrit)
<input type="checkbox"/>	Minimum 7 jours respectés		
<input type="checkbox"/>	Certificat validation signé	..... / ..... / .....	après fin essai

 Prescription définitive interdite avant fin essai.  Facturation interdite avant fin essai.


3.5 Prescription définitive

<input checked="" type="checkbox"/>	Action	Date réalisée	
<input type="checkbox"/>	Prescription rédigée	..... / ..... / .....	≥ certificat essai
<input type="checkbox"/>	Taille mentionnée		
<input type="checkbox"/>	Poids mentionné		
<input type="checkbox"/>	Catégorie VPH + Classe si électrique		
<input type="checkbox"/>	Modèle précis		
<input type="checkbox"/>	Forfait MAD1ou MAD2 mentionné		
<input type="checkbox"/>	Livraison mentionnée si facturée		
<input type="checkbox"/>	Adjonctions mentionnées		

 Taille/poids absents = rejet automatique.

3.6 Devis final (3 exemplaires patient/prescripteur/distributeur)

<input checked="" type="checkbox"/>	Action	Date réalisée	
<input type="checkbox"/>	Devis établi	..... / ..... / .....	≥ prescription définitive
<input type="checkbox"/>	Cohérence devis ↔ prescription ↔ préconisation		
<input type="checkbox"/>	Signature patient / /	

 Doit être postérieur à la prescription définitive

3.7 Dossier transmis à la CPAM Contrôle de cohérence entre tous les documents

- Fiche évaluation
- Fiche préconisation
- Certificat validation essai
- Prescription définitive
- Devis
- Certificat aptitude conduite si VPH électrique
- DAP si besoin


Étape	Date minimale réglementaire	Date conseillée sécurisée
Fiche d'évaluation	J0	J0
Fiche de préconisation	J0 possible	J+1
Essai comparatif	J0 possible	J+2
Début essai réel	J0 possible	J+3
Fin essai réel	J+7 minimum après début essai	≥ J+10 si début J+3
Certificat validation essai	Après fin essai	Même jour que fin essai
Prescription définitive	Après fin essai	J+1 après fin essai
Devis final	Après prescription	J+1 après prescription

3.8 DAP

Obligatoire pour : FRMC – FRMA – FRMS – FRMP – FRMV – FRE – FREP – FREV – SCO

Pas de DAP : FRM – POU_MRE – CYC

<input checked="" type="checkbox"/>	Action	Date réalisée	
<input type="checkbox"/>	Vérification nécessité DAP		
<input type="checkbox"/>	DAP envoyée	..... / ..... / .....	≥ devis final
<input type="checkbox"/>	Réception CPAM notée	..... / ..... / .....	conserver preuve
<input type="checkbox"/>	Délai 15 jours respecté		
<input type="checkbox"/>	Délai 2 mois si applicable (option non inscrite à la LPP)		

 Livraison interdite avant fin délai.

3.9 Livraison définitive

<input checked="" type="checkbox"/>	Action	Date réalisée
<input type="checkbox"/>	Livraison définitive / /
<input type="checkbox"/>	Réglages adaptés	
<input type="checkbox"/>	Formation patient	
<input type="checkbox"/>	Fiche utilisation signée / /
<input type="checkbox"/>	Lettre engagement signée / /
<input type="checkbox"/>	Documents remis au patient :	<i>fiche utilisation + lettre engagement + copie devis</i>

3.10 Facturation Toujours après livraison et après fin délais réglementaires

<input checked="" type="checkbox"/>	Action	Date réalisée
<input type="checkbox"/>	Facturation réalisée / /

Modalités de prise en charge à compter du 1^{er} décembre 2025

À partir du 1^{er} décembre 2025, les fauteuils roulants - aussi appelés véhicules pour les personnes en situation de handicap (VPH) - inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP) sont pris en charge intégralement.

Afin de simplifier et d'améliorer la prise en charge des fauteuils roulants, **l'assurance maladie obligatoire devient le financeur et guichet unique**, garantissant une prise en charge intégrale des fauteuils roulants.

Les nouvelles catégories prises en charge sont décrites dans le tableau ci-après, les spécifications techniques de chacune pouvant être retrouvées dans les textes réglementaires d'application.

Les nouvelles catégories de VPH prises en charge

Grandes classes	Dénominations des catégories	Libellé long	Acronyme
VPH non modulaire			
Fauteuil roulant à propulsion manuelle ou à pousser	Standard	Fauteuil non modulaire à propulsion manuelle ou à pousser	FMP
	À assise rigide	Fauteuil non modulaire, assise rigide, à propulsion manuelle ou à pousser	FMPR
VPH modulaire			
Fauteuil roulant à propulsion manuelle ou à pousser	Standard	Fauteuil modulaire à propulsion manuelle ou à pousser	FRM
	Configurable	Fauteuil modulaire à propulsion manuelle multiconfigurable	FRMC
	Actif	Fauteuil modulaire à propulsion manuelle actif	FRMA
	Sportif	Fauteuil modulaire à propulsion manuelle de sport	FRMS
	Multiposition	Fauteuil modulaire à propulsion manuelle ou à pousser multiposition	FRMP
	De verticalisation	Fauteuil modulaire à propulsion manuelle de verticalisation	FRMV
Fauteuil roulant à propulsion électrique	Standard	Fauteuil modulaire à propulsion par moteur électrique	FRE
	Multiposition	Fauteuil modulaire à propulsion par moteur électrique multiposition	FREP
	De verticalisation	Fauteuil modulaire à propulsion par moteur électrique de verticalisation	FREV
Poussette	Standard	Poussette standard	POU_S
	Multiréglable et évolutive	Poussette modulaire multiréglable et évolutive	POU_MRE
Base roulante modulaire		Base roulante modulaire	BASE
Cycle à roues multiple		Cycles modulaires à roues multiples	CYC
Scoter modulaire		Scoter	SCO

Ces nouvelles catégories de véhicules deviennent accessibles selon différentes modalités.

Location de courte durée (LCD) pour les FMP, FMPR, FRM et FRE

La location de courte durée est possible uniquement pour le fauteuil non modulaire à propulsion manuelle ou à pousser (FMP) ; le fauteuil non modulaire, assise rigide, à propulsion manuelle ou à pousser (FMPR) ; le fauteuil modulaire à propulsion manuelle ou à pousser (FRM) et le fauteuil modulaire à propulsion par moteur électrique (FRE).

La prescription est possible pour une durée de 3 mois maximum, renouvelable une fois. Au bout de 6 mois de prise en charge, si le prescripteur estime que le besoin de l'utilisateur persiste, il pourra prescrire une option d'achat ; si la résolution du besoin est anticipée dans les 3 mois suivants, une dérogation de 3 mois de location supplémentaire est possible après demande d'accord préalable (DAP) auprès du service médical de l'Assurance Maladie. L'option d'achat ne peut alors être déclenchée.

Location de longue durée (LLD) pour les FRMP, FRMV, FREP, FREV et POU_MRE

La location de longue durée est possible pour le fauteuil non modulaire, assise rigide, à propulsion manuelle ou à pousser (FRMP) ; le fauteuil modulaire à propulsion manuelle de verticalisation (FRMV) ; le fauteuil modulaire à propulsion par moteur électrique multiposition (FREP) ; le fauteuil modulaire à propulsion par moteur électrique de verticalisation (FREV) et la poussette modulaire multiréglable et évolutive (POU_MRE).

Il s'agit d'une prise en charge forfaitaire pour un type de fauteuil donné, sur une période de 5 ans renouvelable. La prise en charge d'un VPH en LLD (hors option d'achat après location courte durée) est possible au minimum un an après le dernier forfait de location de courte durée facturé.

Cette forfaitisation trimestrielle comprend la prise en charge :

- du VPH adapté au besoin de l'utilisateur tout au long de la durée de prise en charge ;
- de la maintenance du VPH ;
- des réparations éventuelles comprenant le changement de pièces lorsque la garantie ne permet plus de couvrir la réparation ;
- du changement éventuel de fauteuil au sein de la même catégorie dans le cas d'une évolution du besoin de l'utilisateur nécessitant ce changement et objectivé par une prescription.

La location longue durée est soumise à demande d'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

Achat

L'achat est possible pour toutes les catégories de véhicules décrites.

Des règles de prescription et d'accord préalable spécifiques à chaque catégorie de fauteuils sont précisées dans la réglementation et notamment les règles de cumuls publiées sur le site du ministère en charge des personnes handicapées.

Au 1^{er} décembre 2025, seul l'achat de véhicule neuf sera pris en charge. L'achat de véhicules remis en bon état d'usage (RBEU) deviendra possible lorsque les derniers textes réglementaires nécessaires à cette prise en charge seront publiés.

Demande d'accord préalable

À compter du 1^{er} décembre 2025, l'assurance maladie obligatoire centralise également les demandes d'accord préalable (DAP) pour de nombreuses catégories de VPH et les pièces nécessaires à la prise en charge.

Type de VPH	DAP	Fiches d'évaluation des besoins et fiches de préconisation nécessaires	Délais réglementaire
FMP	LCD > 6 mois	Non	15 jours
FMPR	LCD > 6mois	Non	15 jours
FRM	LCD > 6mois	Oui	15 jours
FRMC	Achat	Oui	15 jours
FRMA	Achat	Oui	15 jours
FRMS	Achat	Oui	15 jours
FRMP	Achat / LLD	Oui	15 jours
FRMV	Achat / LLD	Oui	15 jours
FRE	Achat / LCD	Oui	15 jours
FREP	Achat / LLD	Oui	15 jours
FREV	Achat / LLD	Oui	15 jours
POU-S	Non	Non	Sans objet
POU-MRE	Non	Oui	Sans objet
BASE	Non	Non	Sans objet
CYC	Non	Oui	Sans objet
SCO	Achat	Oui	15 jours
Adjonctions spécifiques sur devis	Oui	Oui	2 mois
Supplément sur devis pour FRMS	Oui	Oui	2 mois

Les DAP nécessitent la transmission des documents suivants **par voie dématérialisée** :

- fiche d'évaluation des besoins établie par le prescripteur compétent ;
- fiche de préconisation établie par le prescripteur compétent ;
- certificat de validation de l'essai dans les situations requises ;
- non de commande/devis du distributeur au détail ;
- prescription définitive.

Les distributeurs sont invités à se rapprocher de la caisse d'assurance maladie de l'assuré pour connaître les modalités de transmission sécurisée de ces documents. Cette page ameli sera mise à jour prochainement avec une liste de plateformes de dépôts disponibles.

Points importants au moment de la facturation

La transmission des documents ci-dessous doit être faite via SCOR :

- fiche d'évaluation des besoins établie par le prescripteur compétent (sans la page 3 contenant des éléments médicaux) ;
- fiche de préconisation établie par le prescripteur compétent ;
- certificat de validation de l'essai dans les situations requises ;
- bon de commande/devis du distributeur au détail ;
- prescription définitive.

L'utilisation de la carte Vitale – carte physique ou appli carte Vitale – est à privilégier pour sécuriser la facturation.

En application du II de l'article L. 165-1-8 et du R. 165-105 du CSS, l'assuré doit signer un engagement à participer au processus de réutilisation du dispositif médical lorsqu'il n'en aurait plus l'usage ou qu'il ne correspondrait plus à son besoin médical. Cette lettre d'engagement doit être conservée par l'assuré et le distributeur.

Période transitoire

Afin de prendre en compte le délai de mise en conformité avec le nouveau cadre de prise en charge, un cadre dérogatoire est prévu pour l'achat :

- avant le 1er décembre 2025, en cas de prescription, devis et facture établis selon la nomenclature antérieure au 6 février 2025, la prise en charge s'effectue selon l'ancienne nomenclature ;
- entre le 1er décembre 2025 et le 30 novembre 2026, la prise en charge peut se faire soit selon l'ancienne nomenclature (sur la base d'une prescription antérieure au 1er décembre 2025), soit selon la nouvelle nomenclature à condition que la prescription, le devis et la facture soient conformes au même cadre de prise en charge. L'objectif est de permettre de régler au mieux vos dossiers en cours ;
- à partir du 1er décembre 2026, seul le nouveau cadre de prise en charge sera applicable.

À noter : pour les prescriptions réalisées avant le 1er décembre 2025 et conformes aux nouvelles règles, l'utilisateur peut solliciter l'application des nouvelles conditions de prise en charge.

Synthèse



Étapes de la prescription à l'achat ou pour une location longue durée

- Prescripteur : après évaluation des besoins, préconisation d'un fauteuil (plusieurs peuvent être testés).
- Période d'essai de 7 jours (au minimum 48 heures) à compter de la livraison du fauteuil.
- Prescription définitive après cette phase d'essai.
- Envoi du dossier à l'Assurance maladie : délai de réponse de 15 jours pour un fauteuil modulaire et jusqu'à 2 mois pour les fauteuils plus complexes.

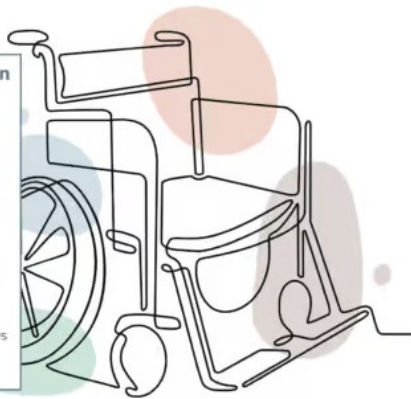
Période transitoire : 3 cas pratiques



Tarifs et forfaits

Tarifs
→ Location courte durée : forfait hebdomadaire, tarif dégressif à partir de la 14 ^e semaine. → Achat : prix d'achat réglementé. → Location longue durée : forfait trimestriel. À NOTER : la vente en ligne ne permet pas le remboursement.
Forfait de livraison chez le patient
Code 1215240 : pour la location et pour l'achat, tous les 5 ans (3 ans si < 16 ans) pour le même modèle de fauteuil.

Forfaits de mise à disposition
À l'achat et à la location longue durée. Ne s'applique pas aux FMP et FMPR*. MAD1 - forfait de première mise à disposition : 1 tous les 5 ans (3 ans si < 16 ans), lors de la facturation initiale du fauteuil roulant (essais, préparation, réception, contrôle, assemblage, réglage, etc.). MAD2 - forfait de mise à disposition : 1 tous les 5 ans (3 ans si < 16 ans), lors du renouvellement à l'identique du fauteuil roulant (préparation du fauteuil et réglage). → Facturation MAD uniquement si le pharmacien est agréé prestataire de services et distributeur de matériel (PSDM), sinon c'est le prestataire qui perçoit le forfait.



Cas Pratiques

Un jeune patient adulte se casse une jambe suite à un accident de ski. Que puis-je lui proposer ?

La location de courte durée – deux fois treize semaines – est typiquement prévue pour ce genre de situation, car le patient peut se remettre sur pied après quelques mois de rééducation. Si le rétablissement prend plus de temps que prévu, la location peut être prolongée de trois mois. Pour ce faire, le patient devra se munir d'une nouvelle ordonnance et adresser une demande d'accord préalable à sa caisse d'Assurance maladie.

Mon patient loue un fauteuil roulant pour une durée d'un mois. Huit mois plus tard, il a à nouveau besoin d'un fauteuil suite à un accident. Peut-il le louer ?

Oui, car c'est pour une raison médicale différente. Cela nécessite que la raison médicale soit explicitée par le prescripteur dans chacune des ordonnances.

Mon patient voit son état de santé se dégrader durant la période de location du fauteuil roulant. Quelle prise en charge dans ce cas ?

Le prescripteur peut basculer dans ce cas vers une option d'achat. L'aggravation de l'état du patient justifie l'achat d'une autre catégorie de fauteuil, de gamme supérieure. L'achat doit se faire à six mois et n'est plus possible si la location est prolongée de trois mois supplémentaires.

Un patient disposant d'un fauteuil roulant à domicile peut-il bénéficier d'une location de courte durée pour les vacances ?

La nouvelle nomenclature ne prévoit pas que l'on puisse louer un autre fauteuil de la même catégorie si on en possède déjà un. Sauf si le patient a acheté son fauteuil et perçu un remboursement avant l'entrée en vigueur de la réforme au premier décembre.

Quelle solution proposer à un enfant qui a besoin d'un fauteuil sur le long cours ?

Dans cette situation, un achat est préférable à une location. Il convient de proposer un fauteuil modulaire, de manière à l'adapter progressivement aux besoins de l'enfant. Le renouvellement du fauteuil se fait désormais tous les trois ans et non plus tous les cinq ans.

Quelle prise en charge pour un patient en affection longue durée (ALD) n'ayant pas de mutuelle ?

Si la maladie chronique du patient requiert l'usage d'un fauteuil roulant, ce dernier est totalement pris en charge par l'Assurance maladie. Si c'est pour une autre indication, le patient devra s'acquitter de la part mutuelle.

Toutes les mutuelles vont-elles rembourser la location des fauteuils roulants ?

Oui, cela fait partie des obligations du contrat responsable signé par les mutuelles et encadré par l'Assurance maladie dans le cadre du décret du 18 novembre 2014.

Un patient âgé se présente avec une ordonnance de location de fauteuil roulant. Il a peu de chances de retrouver sa mobilité dans les mois ou années à venir. Quelle solution lui proposer ?

Ce patient aura durablement besoin d'un fauteuil roulant et devra être orienté vers l'achat d'un fauteuil, modulaire si la pathologie est évolutive. Il est préférable de rappeler le prescripteur afin qu'il modifie l'ordonnance dans ce sens, car si la location est enclenchée, le patient ne pourra plus acheter un fauteuil neuf.

Une ordonnance de location d'une durée d'un an datée du 15 novembre reste-t-elle valable jusqu'au 15 novembre 2020 ?

Non. Elle n'est valable que pour une période de 13 semaines en vertu de **la nouvelle législation**. Au bout de cette période, une nouvelle prescription est nécessaire pour obtenir 13 semaines de location supplémentaires.

Bibliographie

Prise en charge des fauteuils roulants ou véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH)

<https://www.ameli.fr/maine-et-loire/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/regles-delivrance-prise-charge/prise-en-charge-des-fauteuils-roulants-ou-vehicules-pour-personnes-en-situation-de-handicap-vph>

FAQ : réforme de la prise en charge intégrale des fauteuils roulants

<https://handicap.gouv.fr/faq-reforme-de-la-prise-en-charge-integrale-des-fauteuils-roulants>

Nomenclature VHP

<https://www.nomenclature-fauteuil-roulant.fr>



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**ÉTAPE 1.
FICHE D'ÉVALUATION DES
BESOINS – VPH**

VPH concernés par une fiche d'évaluation des besoins : FRM, FRMC, FRMA, FRMS, FRMP, FRMV, FRE, FREP, FREV, POU_MRE, CYC ou SCO

X VPH non concernés par une fiche de préconisation : FMP, FMPR, BASE, POU_S

Pour rappel, l'évaluation des besoins et de la situation est requise pour les seules catégories suivantes :

- les FRMS, FRMV, FRE, FREP, FREV, POU_MRE, SCO ou CYC par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin spécialiste compétent en médecine physique et en réadaptation (MPR) ou d'un médecin titulaire d'un DU Appareillage, et d'un ergothérapeute ou d'un masseur-kinésithérapeute ayant une pratique dans le domaine des VPH ;
- les FRMC, FRMA, FRMP par le(s) prescripteur(s) compétent(s) (médecin spécialiste compétent en médecine physique et en réadaptation (MPR) ou médecin titulaire d'un DU Appareillage ou d'une formation à la compensation du handicap ou d'un ergothérapeute). Ces prescripteurs peuvent se mettre en relation avec une équipe pluridisciplinaire s'ils l'estiment nécessaire ;
- les FRM, par le(s) prescripteur(s) compétent(s) (médecin ou ergothérapeute). Ces prescripteurs peuvent se mettre en relation avec une équipe pluridisciplinaire s'ils l'estiment nécessaire.

Cette fiche d'évaluation a pour objectif d'attester la pertinence du VPH prescrit et de s'assurer de l'adéquation entre la prescription, les besoins identifiés et les éléments figurant sur le devis (adjonctions et options).

La fiche d'évaluation des besoins est l'étape préalable à la fiche de préconisation.

Ces étapes s'appliquent également aux adjonctions prescrites de façon non concomitante lorsqu'elles sont associées aux VPH concernés : **FRM, FRMC, FRMA, FRMS, FRMP, FRMV, FRE, FREP, FREV, POU_MRE, CYC ou SCO**

4 - Situation de santé (Pathologie, anamnèse, caractère évolutif, comorbidité(s) éventuelles, problématique respiratoire...)

Synthèse de la demande

Catégorie de VPH envisagée :

FRM

Indiqué pour des personnes présentant une incapacité de marche partielle ou totale permanente.

FRMS, FRMV, FRE, FREP, FREV, POU_MRE, CYC ou SCO

La prescription de ce type de fauteuil doit tenir compte de l'environnement de vie du patient, les capacités cognitives et physiques du patient, et de ses habitudes de vie.

Indiqué pour des personnes présentant une incapacité de marche partielle ou totale permanente. Ces types de VPH présentent des possibilités de configuration et/ou de réglages supérieurs au fauteuil roulant modulaire à propulsion manuelle ou à pousser (FRM).

- FRMP, indiqué pour besoins spécifiques d'installation et de changement de positions ;**
- FRMV, nécessitant une verticalisation régulière et dont les capacités fonctionnelles ne leur permettent pas de se verticaliser eux-mêmes**
- FRMS à la pratique d'une activité sportive**

FRE, FREP, FREV,

Indiquée pour les personnes présentant une incapacité de marche partielle ou totale, et qui sont dans l'impossibilité de propulser elles-mêmes un VPH à propulsion manuelle ou podale soit en raison de leur déficience, soit en raison de leur situation environnementale, et qui ont des capacités cognitives et physiques leur permettant d'assurer la maîtrise du fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique.

A titre exceptionnel, lorsque la personne n'a pas les capacités physiques et cognitives pour utiliser un fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique et que sa situation et son environnement rendent impossible la propulsion par l'accompagnant, la prise en charge d'un fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique avec commande uniquement pour l'accompagnant peut alors être envisagée. La préconisation, l'essai et la validation du choix du fauteuil roulant modulaire à propulsion par moteur électrique sont alors réalisés en présence de l'accompagnant. La personne doit posséder les capacités physiques, perceptives et cognitives nécessaires pour assurer la maîtrise du FRE

□ SCO

Indiqués chez les personnes ayant une limitation sévère et durable de l'activité de marche, dans l'impossibilité d'atteindre leurs objectifs de participation sociale en utilisant un fauteuil roulant à propulsion manuelle du fait de leur incapacité à propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle en extérieur soit en raison de leur déficience soit en raison de leur situation environnementale. Cette limitation peut être de cause neurologique, rhumatologique, orthopédique, cardio-respiratoire ou métabolique. L'objectif de la prise en charge d'un scooter est de favoriser la participation sociale de la personne en situation de handicap, cet aspect devant être exprimé dans le projet de vie de la personne.

□ POU_MRE

Indiquée chez les enfants de moins de 18 ans présentant une incapacité de marche partielle ou totale, et/ou qui sont dans l'impossibilité d'utiliser elles-mêmes un autre VPH et/ou qui se trouvent dans des situations environnementales ou d'activité empêchant l'utilisation d'un autre VPH. Contrairement aux poussettes simples standards (POU_S), ce type de véhicule s'adresse aux patients ayant un besoin de maintien, de positionnement lié notamment à une perte du tonus musculaire.

FRMC, FRMA, FRMP :

Indiqué pour des personnes présentant une incapacité de marche partielle ou totale permanente.

La prise en charge est assurée pour des personnes présentant une incapacité de marche partielle ou totale permanente.

Ces types de VPH présentent des possibilités de configuration et/ou de réglages supérieurs au fauteuil roulant modulaire à propulsion manuelle ou à pousser (FRM).

La prescription de ce type de fauteuil doit tenir compte de l'environnement de vie du patient, les capacités cognitives et physiques du patient, et de ses habitudes de vie.

- FRMP, indiqué pour besoins spécifiques d'installation et de changement de positions ;
- FRMA, aux besoins spécifiques dynamiques de la personne utilisatrice expérimentée dans la maniabilité autonome, les transferts et les franchissements, pour une utilisation intérieure et extérieure
- FRMC, aux besoins spécifiques de la personne utilisatrice en termes de mobilité et d'efficience de propulsion ;

Attestation et signature

Pour les catégories suivantes : **FRMS, FRMV, FRE, FREP, FREV, POU_MRE, CYC ou SCO**

Attestation du représentant de l'équipe pluridisciplinaire :

Je soussigné(e), (nom et qualité) _____, atteste que cette fiche d'évaluation des besoins a été réalisée par une **équipe pluridisciplinaire répondant à la définition réglementaire**, à savoir :

- composée **au minimum d'un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation (MPR) ou titulaire d'un diplôme universitaire d'appareillage ;**
- et **d'un ergothérapeute ou d'un masseur-kinésithérapeute ayant une pratique dans le domaine des VPH ;**
- **n'exerçant ni en tant que consultant, ni comme salarié d'un fabricant, distributeur ou prestataire.**

Date : _____

Nom et signature du représentant de l'équipe pluridisciplinaire : _____

<input type="checkbox"/> Pour les catégories suivantes : FRMC, FRMA, FRMP
<p><u>Attestation du prescripteur :</u> Je soussigné(e); -----, atteste que cette fiche d'évaluation des besoins a été réalisée par le prescripteur compétent, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● un médecin spécialiste compétent en médecine physique et en réadaptation (MPR) : titulaire d'un diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine physique et de réadaptation, d'un médecin titulaire d'une équivalence par le biais d'un diplôme interuniversitaire (DIU) de médecine de rééducation couplé à une expérience professionnelle dans le domaine de la MPR ; ● ou un médecin titulaire d'un DU Appareillage (des personnes handicapées, des handicapés moteurs...) ou d'une formation à la compensation du handicap ; ● ou un ergothérapeute ; ● n'exerçant ni en tant que consultant, ni comme salarié d'un fabricant, distributeur ou prestataire. <p>Date : _____ Nom et signature du prescripteur : _____</p>

<input type="checkbox"/> Pour les catégories suivantes : FRM
<p><u>Attestation du prescripteur :</u> Je soussigné(e); -----, atteste que cette fiche d'évaluation des besoins a été réalisée par le prescripteur compétent, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● un médecin ; ● un ergothérapeute ; ● n'exerçant ni en tant que consultant, ni comme salarié d'un fabricant, distributeur ou prestataire. <p>Date : _____ Nom et signature du prescripteur : _____</p>

<input type="checkbox"/> Pour les adjonctions sur devis :
<p><u>Attestation du prescripteur :</u> Je certifie que le besoin de compensation du handicap n'est pas couvert par les options ou adjonctions définies dans la présente nomenclature et nécessite la prescription d'une option ou adjonction spécifique sur devis.</p> <p>Je soussigné(e); -----, atteste que cette fiche d'évaluation des besoins a été réalisée par le prescripteur compétent selon la catégorie de VPH associé.</p> <p>Date : _____ Nom et signature du prescripteur : _____</p>



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**ÉTAPE 2.
FICHE DE PRECONISATION**

1. La fiche de préconisation est rédigée sur la base de la fiche d'évaluation des besoins.
2. Cette fiche est transmise au distributeur au détail pour le choix du fauteuil qui fera l'objet d'un essai par le patient.

I. Catégorie du VPH choisi par le prescripteur et/ou l'équipe pluridisciplinaire et le patient :

Pour quels types de VPH ?

FRM, FRMC, FRMA, FRMS, FRMP, FRMV, FRE, FREP, FREV, POU_MRE, CYC ou SCO

X VPH non concernés par une fiche de préconisation : FMP, FMPR, BASE, POU_S

Cocher la case correspondante au type de VPH adapté au besoin de l'utilisateur

VPH manuel modulaire	VPH électrique modulaire	<input type="checkbox"/> Cycle modulaire	<input type="checkbox"/> Scooter	<input type="checkbox"/> Poussette modulaire multiréglable évolutive
<input type="checkbox"/> FRM - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle ou à pousser <input type="checkbox"/> FRMC - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle configurables <input type="checkbox"/> FRMA - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle actifs <input type="checkbox"/> FRMS - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle sport <input type="checkbox"/> FRMP - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle ou à pousser multi-position	<input type="checkbox"/> FRE- Fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique <input type="checkbox"/> FRE classe A <input type="checkbox"/> FRE classe B <input type="checkbox"/> FRE classe C <input type="checkbox"/> FREP - Fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique multi-position – classe A <input type="checkbox"/> FREP - Fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique multi-position – classe B <input type="checkbox"/> FREP - Fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique multi-position – classe C	<input type="checkbox"/> Cycle modulaire	<input type="checkbox"/> SCO classe A+ <input type="checkbox"/> SCO classe B <input type="checkbox"/> SCO classe C	<input type="checkbox"/> Poussette modulaire multiréglable évolutive

<input type="checkbox"/> FRMV - Fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle de verticalisation	<input type="checkbox"/> FREV - Fauteuils roulants modulaires à propulsion par moteur électrique de verticalisation			
---	--	--	--	--

Caractéristiques du fauteuil du VPH :

<p>Mode de propulsion (Par exemple : podale avec direction manuelle, double main courante en cas de propulsion manuelle bilatérale, ...)</p>	
<p>Châssis (pliant, fixe...)</p>	
<p>Dossier (Inclinable, rigide, souple, réglable...)</p>	
<p>Repose-pied (escamotable, fixe, potence centrale...)</p>	
<p>Accoudoir (escamotable, réglable...)</p>	
<p>Siège (rigide, souple, inclinable...)</p>	
<p>Roues (diamètre, bandage, pneumatique, flasque de protection...)</p>	
<p>Système de conduite (type, protection de main...)</p>	

Mesures anthropométriques du patient :

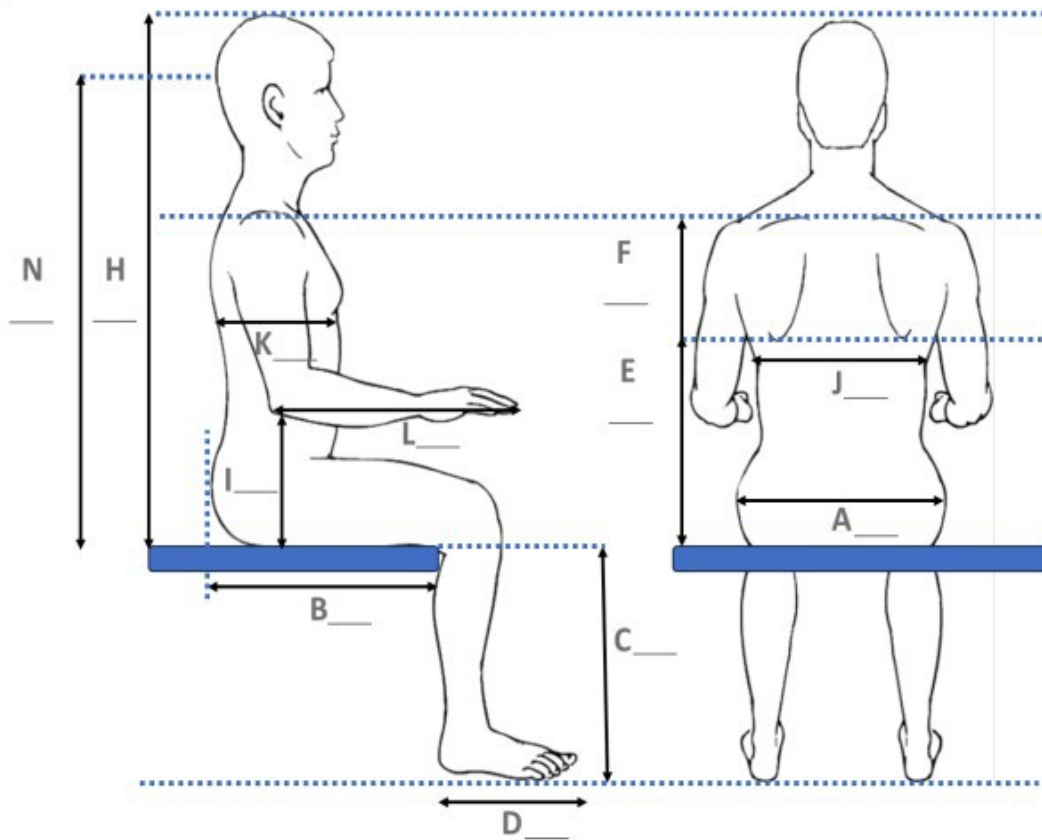
Taille :

Poids :

Latéralité :



A Largeur bassin		H Hauteur tête / siège	
B Longueur cuisses		N Hauteur occiput / siège	
C Longueur creux poplité / pied		I Hauteur coude 90° / siège	
D Longueur pied		J Largeur buste	
E Hauteur omoplate		K Profondeur buste	
F Hauteur épaule		L Longueur bras	



II. **Adjonctions non incluses dans les spécifications techniques du VPH et pouvant être facturées en sus via les lignes génériques dédiées.**

▶ **Produits d'aide à la posture (PAP)**

Produits d'aide à la posture (PAP)		Préciser le type
PAP du dossier (forfait PAP A) Code :	Dispositifs de positionnement cervico-céphaliques	
	Dispositifs de positionnement thoraco-lombaires	
PAP des membres supérieurs (forfait PAP A) Code :	Dispositifs de positionnement de l'épaule	
	Dispositif de positionnement du poignet	
PAP des membres inférieurs (forfait PAP B) Code :	Dispositifs de positionnement du genou	
PAP du siège (forfait PAP B) Code :	Base de positionnement du siège	
	Dispositifs de positionnement du bassin	
	Dispositifs de positionnement des hanches	

Détail des options ou adjonctions nécessaires :

Adjonctions facturables		Code LPP
<input type="checkbox"/>	Adjonction, système de conduite à double main courante pour FRM, FRMC, FRMA, FRMS, FRMP et FRMV	4978547
<input type="checkbox"/>	Adjonction, système de conduite à levier latéral pour FRM, FRMC, FRMA, FRMS, FRMP et FRMV	4928928
<input type="checkbox"/>	Adjonction, achat kit de propulsion électrique à commande par l'utilisateur, neuf pour FRM	4929796
<input type="checkbox"/>	Adjonction, achat produit d'assistance à la propulsion à commande uniquement par l'accompagnant, neuf pour FRM	4925054
<input type="checkbox"/>	Adjonction, supplément appui-tête réglable	4954630
<input type="checkbox"/>	Adjonction, repose-jambe électrique droit et gauche pour FRE, FREP, FREV	4937991
<input type="checkbox"/>	Adjonction, tablette complète	4970497
<input type="checkbox"/>	FRM, supplément pour fauteuil roulant bariatrique	4922720
<input type="checkbox"/>	Supplément pour fauteuil roulant bariatrique pour FRE, FREP, FREV et SCO	4902165
<input type="checkbox"/>	Adjonction, levier de basculement pour FRM, FRMC, FRMA, FRMS, FRMP et FRMV	4938766
<input type="checkbox"/>	Adjonction, boîtier de commande personnalisé pour FRE, FREP et FREV	4965183
<input type="checkbox"/>	Adjonction, Supplément pour élévation « électrique » (lift) pour FRE, FREP et FREV	4941700
<input type="checkbox"/>	Adjonction, harnais 4 points ou plus pour POU_MRE	4936922
<input type="checkbox"/>	Adjonction, support d'oxygénothérapie et/ou d'appareil de ventilation assistée.	4987500

II. Demande de prise en charge d'option(s) ou adjonctions sur devis en l'absence d'adjonctions inscrite(s) à la liste des produits et prestations

« 8.1. Indications de prise en charge : La prise en charge d'options ou adjonctions spécifiques sur devis est indiquée pour les personnes en cas de besoin de compensation du handicap non couvert par les adjonctions définies dans la présente nomenclature, notamment lorsque les spécifications techniques des adjonctions diffèrent de façon notable de celles de la catégorie définie, répondant aux indications de prise en charge des fauteuils précités au 3.1.3.4 et objectivé par le ou les prescripteurs définis au 8.2. »

Description de l'option ou adjonctions sur devis	Justification du besoin pour la compensation du handicap non couverte par les options ou adjonctions prises en charge dans la nomenclature

■ Je certifie que le besoin de compensation du handicap n'est pas couvert par les adjonctions définies dans la présente nomenclature et nécessite la prescription d'une option ou adjonction spécifique sur devis.

La prise en charge du supplément sur devis **pour fauteuils roulants modulaires à propulsion manuelle sport (FRMS)** est indiquée strictement pour les personnes pratiquant une activité sportive spécifique non couverte par la description définie dans la présente nomenclature, dans le cadre d'une pratique confirmée de la discipline (hors professionnelle). »

Description du FRMS sur devis	Justification du besoin pour la compensation du handicap non couverte par la ligne générique de FRMS pris en charge dans la nomenclature

■ Véhicule pour activités physiques et sportives demandé en l'absence d'équivalence inscrite à la liste des produits et prestations

Attestation et signature

Pour les catégories suivantes : **FRMS, FRMV, FRE, FREP, FREV, POU_MRE, CYC ou SCO**

Attestation du représentant de l'équipe pluridisciplinaire :

Je soussigné(e), (nom et qualité) _____, atteste que cette fiche de préconisation a été réalisée par une **équipe pluridisciplinaire répondant à la définition réglementaire**, à savoir :

- composée **au minimum d'un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation (MPR) ou titulaire d'un diplôme universitaire d'appareillage ;**
- **et d'un ergothérapeute ou d'un masseur-kinésithérapeute ayant une pratique dans le domaine des VPH ;**
- **n'exerçant ni en tant que consultant, ni comme salarié d'un fabricant, distributeur ou prestataire.**

Date : _____

Nom et signature du représentant de l'équipe pluridisciplinaire : _____

Pour les catégories suivantes : **FRMC, FRMA, FRMP**

Attestation du prescripteur :

Je soussigné(e), (nom et qualité) _____, atteste que cette fiche de préconisation a été réalisée par le prescripteur compétent, à savoir :

- **un médecin spécialiste compétent en médecine physique et en réadaptation (MPR) :** titulaire d'un diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine physique et de réadaptation, d'un médecin titulaire d'une équivalence par le biais d'un diplôme interuniversitaire (DIU) de médecine de rééducation couplé à une expérience professionnelle dans le domaine de la MPR ;
- **ou un médecin titulaire d'un DU Appareillage** (des personnes handicapées, des handicapés moteurs...) ou d'une **formation à la compensation du handicap ;**
- **ou un ergothérapeute ;**
- **n'exerçant ni en tant que consultant, ni comme salarié d'un fabricant, distributeur ou prestataire.**

Date : _____

Nom et signature du prescripteur : _____

Pour les catégories suivantes : **FRM**

Attestation du prescripteur :

Je soussigné(e), (nom et qualité)-----, atteste que cette
fiche préconisation a été réalisée par le prescripteur compétent, à savoir :

- un médecin ;
- un ergothérapeute ;
- n'exerçant ni en tant que consultant, ni comme salarié d'un fabricant, distributeur ou prestataire.

Date : _____

Nom et signature du prescripteur : _____

Tableau des Adjonctions pour VHP (Prix et Codes)

	Appui-tête	Tablette	Assist. Accomp.	Kit Propulsion	Suppl. Bariatrique	Kit DMC	Levier Pendulaire	Tube Basculeur	Commande Perso.	Lift	Repose Jambe Élec	Harnais/ Ceinture	Support O2	2 Forfaits PAP	Demande spéciale*
Code VHP	4510001	4510003	4520004	4520006	4520005/4530003	4520001	4520002	4520003	4530001	4530002	4510002	4540002/03	4540001	4510004/05	
FRM	160€	132€	3500€	6000€	700€	271,23€	1345€	25€					500€	600€ x2	sur devis
FRMC	160€		3500€	6000€		271,23€	1345€	25€					500€	600€ x2	
FRMA	160€		3500€	6000€		271,23€	1345€	25€					500€	600€ x2	
FRMS	160€	132€	3500€	6000€		271,23€	1345€	25€						600€ x2	
FRMP	160€	132€	3500€	6000€		271,23€	1345€	25€					500€	600€ x2	
FRMV	160€	132€				271,23€	1345€	25€					500€	600€ x2	
FRE A/B/C	160€	132€			700€				1500€	1500€	1250€		500€	600€ x2	
FREP A/B/C	160€	132€			700€				1500€	1500€			500€	600€ x2	
FREV	160€	132€			700€				1500€	1500€	1250€		500€	600€ x2	
POU_S	160€											100€ (Ceint.)	500€	600€ x2	
POU_MRE	160€	132€										230€ (Harn.)	500€	600€ x2	
BASE								25€					500€	600€ x2	
CYC													500€	600€ x2	
SCO	160€				700€									600€ x2	

Prise en charge 1 fois par VHP. À facturer concomitamment ou postérieurement à un VHP.

Uniquement sur prescription émanant du prescripteur du VHP.

Si ces adjonctions sont prévues dans les spécifications techniques minimales à prévoir dans le bon de commande, celles-ci ne peuvent être facturées dans le cadre d'un remboursement des adjonctions

Demandes spéciales : La prise en charge par l'assurance maladie est subordonnée à l'apposition par le prescripteur sur :

- la fiche d'évaluation des besoins de la mention manuscrite « *Je certifie que le besoin de compensation du handicap n'est pas couvert par les options ou adjonctions définies dans la présente nomenclature et nécessite la prescription d'une option ou adjonction spécifique sur devis* ».
- Sur la fiche de préconisation, le prescripteur indique « *Adjonction(s) demandée(s) en l'absence d'équivalence inscrite(s) à la liste des produits et prestations* ».

Tableau de Facturation VHP (PLV TTC)

Mode de prise en charge	Code	1 ^{ère} attribution (PLV TTC)				Renouvellement à l'identique (PLV TTC)				LIVRAISON PLV TTC
		FORFAIT MAD LCD	FORFAIT MAD 1 Niveau 1	FORFAIT MAD 1 Niveau 2	FORFAIT MAD 1 Niveau 3	FORFAIT MAD LCD	FORFAIT MAD 2 Niveau 1	FORFAIT MAD 2 Niveau 2	FORFAIT MAD 2 Niveau 3	
Si achat	FMP									50€
Si achat	FMPR									50€
Si achat ou LCD	FRM	40€		250€		40€		125€		50€
Si achat	FRMC			250€				125€		50€
Si achat	FRMA			250€				125€		50€
Si achat	FRMS			250€				125€		50€
Si achat ou LLD	FRMP				375€				187,50€	50€
Si achat ou LLD	FRMV				375€				187,50€	50€
Si achat ou LCD	FRE A/B/C	40€		250€		40€		125€		50€
Si achat ou LLD	FREP A/B/C				375€				187,50€	50€
Si achat ou LLD	FREV				375€				187,50€	50€
Si achat	POU_S		100€				50€			50€
Si achat ou LLD	POU_MRE		100€				50€			50€
Si achat	BASE		100€				50€			50€
Si achat	CYC		100€				50€			50€
Si achat	SCO		100€				50€			50€

- **Renouvellement** : Les tarifs indiqués pour le renouvellement (MAD 2) s'appliquent pour un VHP à l'identique après **5 ans** (ou **3 ans** pour les moins de 16 ans).
- **Livraison** : Le forfait de livraison de **50€** s'applique sur prescription pour une livraison à domicile, qu'il s'agisse d'un achat, d'une LLD (Location Longue Durée) ou d'une LCD (Location Courte Durée).
- **Indissociabilité** : Cette facturation est indissociable de la facturation du VHP lui-même.



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Engagement de l'assuré prévu
à l'article L. 165-1 du code
de la Sécurité sociale**

Nom commercial du dispositif concerné :

Code LPP concerné (le cas échéant code individuel associé) :

Je soussigné(e) M./Mme _____ m'engage à déposer le dispositif médical ou aide technique susmentionné lorsque je n'en aurais plus l'usage ou qu'il ne correspondrait plus à mon besoin médical en application du II de l'article L. 165-1-8 et du R. 165-105 du code de la sécurité sociale, dans un point de collecte.

En effet, l'amélioration de la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap s'inscrit aussi dans une approche transversale en faveur de la décarbonation du système de santé et du développement de l'économie circulaire. Dans ce cadre, l'utilisateur s'engage à déposer en point de collecte, identifié sur le site du ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, le fauteuil dont il n'a plus l'usage pour permettre sa remise en bon état d'usage et le cas échéant de prévoir sa réutilisation par d'autres usagers.

Fait à :

Le :

Signature de l'assuré

Informations relatives à l'assuré :
<p>NOM :</p> <p>Prénom(s) :</p> <p>Adresse postale :</p> <p>Adresse électronique :</p> <p>Téléphone :</p>
Informations relatives au distributeur au détail :
<p>NOM :</p> <p>N° SIREN :</p> <p>N° AMELI :</p> <p>Adresse postale :</p> <p>Adresse électronique :</p> <p>Téléphone :</p>

CERTIFICAT D'ÉVALUATION / VALIDATION D'ESSAI

Fauteuil roulant non électrique – Nomenclature VPH (01/12/2025)

A noter : *Les essais ne seront considérés comme valables que si ils sont effectués dans l'environnement direct de la personne (Domicile ou substitut de domicile permanent)*

Patient

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Essai

Lieu : service MPR Domicile Autre :

Date(s) de l'essai :

Nombre d'essais

1 essai 2 essais

Délai de 7 jours respecté

Délai de 48 heures avec accord du patient

Accord patient (uniquement si délai 48 h)

Signature patient / représentant légal :

Catégorie du fauteuil (cocher)

- FMP FMPR FRM FRMC
 FRMA FRMS FRMP FRMV

Matériel essayé

Marque :

Modèle :

Validation

- Essai réalisé
 Fauteuil adapté à la situation du patient
 Essai validé selon la nomenclature VPH

Professionnel

Nom :

Fonction :

Structure :

Date :

Signature / cachet :

Forfaits SAV pour VHP (en achat ou option d'achat)

Mode de prise en charge	Code	SAV1 : VHP manuel (260,50€ TTC)	SAV2 : VHP électrique (750,66€ TTC)	SAV3 : Poussette (260,50€ TTC)	SAV4 : Batteries (350€ TTC)	SAV5 : Cycle (260,50€ TTC)
ACHAT / OPTION D'ACHAT	FMP	260,50€				
ACHAT / OPTION D'ACHAT	FMPR	260,50€				
ACHAT / OPTION D'ACHAT	FRM	260,50€				
ACHAT	FRMC	260,50€				
ACHAT	FRMA	260,50€				
ACHAT	FRMS	260,50€				
ACHAT	FRMP	260,50€			350,00€	
ACHAT	FRMV	260,50€			350,00€	
ACHAT / OPTION D'ACHAT	FRE A/B/C		750,96€		350,00€	
ACHAT	FREP A/B/C		750,96€		350,00€	
ACHAT	FREV		750,96€		350,00€	
ACHAT	AAP		à confirmer		350,00€	
ACHAT	POU_S			260,50€		
ACHAT	POU_MRE			260,50€		
ACHAT	BASE					
ACHAT	CYC					260,50€
ACHAT	SCO		750,96€		350,00€	

- **Conditions** : Ces forfaits s'appliquent uniquement pour les VHP neufs ou en option d'achat. Il n'y a **pas de PLV** (Prix Limite de Vente) sur les forfaits SAV.
- **Forfait facturable en plusieurs fois au cours de l'année, en fonction des besoins, dans la limite du montant total, sur une année calendaire, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre**
- **Détails SAV4 (Batteries)** : 1 forfait = 1 batterie lithium/an ou 2 forfaits = 2 batteries plomb (AGM/GEL)/an.
- **Délais de réparation** : VHP non modulaire : **3 jours** VHP modulaire : **10 jours**.
- **Service** : Un prêt de modèle à l'identique est prévu durant l'immobilisation.