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

Liberté
Égalité
Fraternité

CERTIFICAT DE VALIDATION D'ESSAI
pour tout type de VPH à l'exception des FMP et FMPR

L'assuré(e) NOM, PRENOM : _____
(suivi, s'il y a lieu du nom de d'épouse)

N° d'immatriculation : |__|__ __|__ __|__ __|__ __ __|__ __ __| |__ __|

Date de naissance : |__ __| __ __ |__ __ __ __|

Adresse :

_____

_____

Le bénéficiaire (s'il n'est pas l'assuré) NOM, PRENOM :

_____

Date de naissance : |__ __| __ __ |__ __ __ __|

La prescription définitive est effectuée au cours d'une consultation post évaluation qui intervient après une phase d'essai. Sa durée est de 7 jours à compter de la livraison du fauteuil pré-choisi par le bénéficiaire lors de l'essai préalable. A la demande expresse de l'usager, la durée de l'essai peut être réduite mais doit cependant être d'au moins 48 heures dans les conditions réelles d'utilisation.

Catégorie (FMPR, FRE, etc.) et modèle du fauteuil essayé : _____

Date de livraison du fauteuil : _____

Durée de l'essai : _____

Si durée de l'essai inférieure à 7 jours : Demande expresse et motif de l'assuré à réduire la durée de l'essai (minimum 48 h) :

_____

_____

Signature de l'assuré

L'essai est réalisé avec un réglage adapté à l'usager : OUI ☐ NON ☐

L'essai est réalisé dans les conditions réelles d'utilisation de l'usager : OUI ☐ NON ☐

L'assuré atteste que l'essai du fauteuil pré choisi est concluant : OUI ☐ NON ☐

Date et Cachet avec identification du distributeur *Signature de l'assuré*