umcs Union des Mutuelles de Corse Santé Mutuelles de France MUTUALITÉ FRANÇAISE	**DEMANDE D'EVALUATION** EqLAAT Equipe Locale d'Accompagnement aux Aides Techniques	**N° d'identification :** **N° de page : 1 sur 1** **Version : 3** **Date d'application :** 02/10/2025

A ENVOYER par Mail à : eqlaat@umcs.fr

Ou par courrier : CICAT/EqLAAT – Immeuble Le Norma, Bld Louis Campi, 20090 Ajaccio

Demande d'info complémentaires avant orientation : 06.26.40.22.06

Date de l'orientation : ……. / …….. / ……

Orienteur (+coordonnées) : ……

A joindre à la demande : Ordonnance du médecin traitant pour « Prise en charge en ergothérapie »*

**Cette ordonnance permet aux ergothérapeutes de prescrire le matériel pour obtenir les remboursements sécurité social – arrêté du 12/06/2023*

Nom – Prénom : …… Nom de jeune fille : ……

Date de naissance : ….. / ….. / ……..

Situation familiale : ◯ Seul(e) ◯ En couple ◯ Avec un tiers

Statut familial : ◯ Non renseigné ◯ Marié(e) ◯ Pacsé(é) ◯ Célibataire ◯ Veuf/Veuve ◯ Divorcé(e)

Libellé et n° de la voie : ……

Code postale : …… Ville : ……

Téléphone : …….. Téléphone aidant : ……

N° secu : …… Nom Mutuelle : ……..

◯ APA ◯ PCH ◯ Autre : …… ◯ ALD : Intitulé : ……

Type de déficience : ☐ Motrice ☐ Psychique ☐ Cognitif ☐ Auditif ☐ Visuel

Médecin traitant (+ coordonnées) : ……

Suivi par un ergothérapeute (libéral ou en structure) : ◯ Oui ◯ Non ; si oui précisez : ……

Contexte de vie (seul, accompagné, professionnels intervenant à domicile, etc.) : ……

……

……

……

……

Besoin repéré / difficultés à compenser par des Aides Techniques : ……

……

……

……

……

……

Demande reçue le ……. / …….. / ……