

Annexe 5 (page 1 – recto)

ATTESTATION DE DELIVRANCE DESTINEE AUX BANDAGISTES

(Annexe 1 de l'Arrêté du Gouvernement Wallon du 11 avril 2019 établissant la nomenclature des prestations et interventions visée à l'article 43/7, 1°, du Code de l'Action sociale et de la Santé et à l'article 10/8 du Code réglementaire Wallon de l'Action Sociale et de la Santé)

IDENTIFICATION DU PATIENT

A compléter par le patient ou apposer une vignette de la mutualité

Nom et prénom du patient	
Date de naissance	
Adresse	
Mutualité	
NISS :	
Le patient séjourne à l'adresse suivante (remplir si différente du domicile)	

A compléter par le dispensateur de soins

IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS AGRÉÉ POUR LA DÉLIVRANCE D'AIDES À LA MOBILITÉ

La présente demande est introduite par :

Nom du dispensateur agréé	
Numéro d'agrément auprès de l'INAMI	
Nom de l'entreprise	
Adresse de l'entreprise	
N° BCE	

PRESTATIONS DELIVREES

<u>Aides à la mobilité</u> <u>(version de base)</u> (Marque/Type)	Numéro NPS	Code d'identification du produit sur la liste	Prix public	Prix nomencla- ture	Interv. OA	Suppl. patient
Numéro de série :						

Annexe 5 (page 1 - verso)

Adaptations (Marque/Type)	Numéro NPS	Code d'identification du produit sur la liste	Prix public	Prix nomenclature	Interv. OA	Suppl. patient
Membres inférieurs						
Membres supérieurs						
Positionnement (siège-dossier)						
Sécurité						
Conduite/propulsion						
Adaptations spécifiques						
RECUPEL						

SUPPLEMENTS DE PRIX POUR DES AIDES ET/OU ADAPTATIONS NOMENCLATUREES :

Description circonstanciée du supplément de prix pour l'aide à la mobilité et/ou des adaptations prévues dans la nomenclature	Prix (EUR) (TVA incl.)
Total	

SUPPLEMENTS DE PRIX POUR LESQUELS L'ASSURANCE PROTECTION SOCIALE WALLONNE N'INTERVIENT PAS :

Description circonstanciée et motivation des adaptations NON-prévues dans la nomenclature, demandées par le bénéficiaire	Prix (EUR) (TVA incl.)
Total	

Annexe 5 (page 2)

Date de la délivrance :/...../.....

Prescrit par.....

En date du...../...../.....

La prescription ou l'autorisation du membre désigné en vertu de l'article 10/1 §3 du Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé en date du/...../..... est annexée

N° d'identification INAMI du prescripteur : : -:.....:.....:

Si le patient est hospitalisé :

N° établissement : : -:.....:.....:

Service :::

En cas de tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte n°

:::-:.....:-::

Date...../...../.....

Signature du dispensateur de soins.....

Cadre à remplir par le patient

Je certifie avoir reçu la (les) prestation(s) susmentionnées n° :.....
.....
.....

Date...../...../.....

Signature :.....

REÇU (*)

Perçu pour le compte du N° BCE :.....

Date:

Reçu la somme de:EUR

Signature

(*) à compléter ou à biffer