

**ATTESTATION DE DELIVRANCE DESTINEE AUX TECHNOLOGUES
ORTHOPEDIQUES EN AIDES A LA MOBILITE**

IDENTIFICATION DU PATIENT

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

Nom et prénom du patient	
Date de naissance	
Adresse (domicile)	
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

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 (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 :						

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

ADAPTATIONS POUR LESQUELLES UNE INTERVENTION D' IRISCARE N'EST PAS PREVUE ET QUI SONT DEMANDEES PAR LE PATIENT

Description circonstanciée des adaptations non-remboursables demandées par le patient	Prix (TVA incl.)
Total	

Date de la délivrance :/...../.....

Prescrit par.....

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

La prescription ou l'autorisation du médecin-conseil 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