

**Annexe 5 (page 1 – recto)**

Attestation de délivrance destinée 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*

#### Identitification 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 délivrées**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aides à la mobilité  (version de base)**  (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 nomencla-ture | 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 nomenclaturées :**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |