Annexe au règlement du 22 juin 2015 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Annexe 13

Compléter ou apposer une vignette de l'O.A.

Nom et prénom du patient : .....
Mutualité: .....
NISS: ……..
Adresse du patient : .....
.....

ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES ET ORTHOPEDISTES

A compléter par le dispensateur de soins

Nom et prénom du patient: .....
Date de naissance du patient: .....

Dénomination et quantité	N° de la Nomenclature (cocher)		Code du produit sur la liste (le cas échéant)	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. O.A.	Quote-part personnelle patient A.R. 15.7.2002	Supplément pour le patient
	Ambulant x	Hospitalisé ☐						
Conveen Optima 28 mm 90 pièces	*640032*		*903020000656*	*379,80*	*379,80*	*379,80*	……0…….	……...0……
Poches de jour Conveen 500ml 20 pièces	*640076*		*903040000868*	*…80,80…*	*…80,80…*	*…80,80…*	……0…….	……0……
Poches de nuit Conveen 2l 20 pièces	*640091*		*903050000578*	*…36,80…*	*…36,80…*	*…36,80…*	……0…….	……0……
Lingettes Conveen Prep 2 boîtes 2x54pièces	*640216*		*903070000889*	*….18,73…*	*….18,73…*	*….18,73…*	……0…….	……0……
Recupel								
Total				*516,13*	*516,13*	*516,13*		

Date de la fourniture: …../…../…..

Prescrit par

☐ La prescription est annexée
☐ L'autorisation par le médecin-conseil en date du ...../……/……est annexée

en date du ……/……/…….
N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur: ……..

Si le patient est hospitalisé

N° de l'établissement : ……
Service: ……..

A remplir par le patient (cocher ce qui convient)

- Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s) ☐ OUI ☐ NON
- Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (intervention personnelle + supplément) de …….EUR qui est entièrement à ma charge. ☐ OUI ☐ NON

Date : ……/……/…… Signature : …….

Nom et prénom du dispensateur de soins: .....
N° d'identification I.N.A.M.I.: …….
Nom de l'entreprise: .....
Rue et n°: .....
Commune et code postal: .....
N° BCE: .....

En cas de tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte
IBAN : ……
BIC : …….

Date et signature du dispensateur de soins]

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE :……

Reçu la somme de: ……EUR

Date:
Signature