

Annexe 13

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

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

ATTESTATION DE DELIVRANCE DESTINEE AUX TECHNOLOGUES ORTHOPÉDIQUES

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 ☐					
<i>Conveen Optima 25 mm 90 pièces</i>	640032	903020000656	392.02	392.02	392.02	0.....	0.....
<i>Poches de jour Conveen 500ml 20 pièces</i>	640076	903040000868	...83.47	...83.47...	...83.47...	0.....	0.....
<i>Poches de nuit Conveen 2l 20 pièces</i>	640091	903050000578	...37.94	...37.94...	...37.94...	0.....	0.....
<i>Lingettes Conveen Prep 2 boîtes 2x54pièces</i>	640216	903070000889	19.43...	19.34...	19.34...	0.....	0.....
Recupel							
Total			532.78	532.78	532.78		

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) deEUR 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