

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 □					
Conveen Optima 35 mm 90 pièces	640032	903020000656	392.02	392.02	392.02	0.....	0.....
Poches de jour Conveen 500ml 20 pièces	640076	903040000868	...83.47...	...83.47...	...83.47...	0.....	0.....
Poches de nuit Conveen 2l 20 pièces	640091	903050000578	...37.94...	...37.94...	...37.94...	0.....	0.....
Lingettes Conveen Prep 2 boîtes 2x54pièces	640216	903070000889	19.34...	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