

**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 <input type="checkbox"/>						
<i>Conveen Optima 35 mm 90 pièces</i>	640032		903020000656	401.59	401.59	401.59	0	0
<i>Poches de jour Conveen 500ml 20 pièces</i>	640076		903040000868	85.51	85.51	85.51	0	0
<i>Poches de nuit Conveen 2l 20 pièces</i>	640091		903050000578	38.87	38.87	38.87	0	0
<i>Lingettes Conveen Prep 2 boîtes 2x54pièces</i>	640216		903070000889	19.80	19.80	19.80	0	0
Recupel								
Total				545.77	545.77	545.77		

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]

<b>REÇU</b>	
Perçu pour le compte du N° BCE : .....	Date: .....
Reçu la somme de: .....EUR	Signature .....