-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 ci-dessous 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 ☐	Hospitalisé ☐						
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
Recupel								
Total								

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: .....

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 : .....

A remplir par le patient
Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s)
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.
Date : ...../...../..... Signature : .....

Date de signature du dispensateur de soins]

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE :.....

Reçu la somme de: .....EUR

Date:
Signature