

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

Nom et prénom du patient : Mick Jagger
Mutualité: CM-121
NISS: 50042939903
Adresse du patient : Verhavertstraat 98, 1500 Halle

ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES
POUR LA DÉLIVRANCE AMBULATOIRE DE MATÉRIEL DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrigation)

A compléter par le bandagiste agréé

Nom et prénom du patient: Mick Jagger
Date de naissance du patient: 29/04/1950

Période d'intervention de l'assurance du 01/10/ 2021 au 31/12/2021
N° de nomenclature de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compte : 655373
Budget disponible avant la délivrance (cf. carnet du patient) : 564,51 Euro (1)

[illegible]

Intervention OA (3) : 17,28 Euro (est égal au prix réclamé (2) limité au budget disponible (1))

Supplément pour le patient : 0 Euro (est égal au prix réclamé (2) – l'intervention OA (3))

Date de la fourniture: 20/10/2021

Prescrit par ☐ La prescription est annexée.
 en date du/...../.....
 N° d'identification INAMI du médecin prescripteur:

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 (supplément) de 0,00 EUR EUR qui est entièrement à ma charge. ☒ OUI ☐ NON

Date : 20/10/2021 Signature :

Nom et prénom du bandagiste agréé:

N° d'identification INAMI:

Nom de l'entreprise:

Rue et n°:

Commune et code postal:

N° BCE:

Vu le régime du tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte
IBAN :
BIC :

Date et signature du bandagiste agréé

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE :

Reçu la somme de:EUR

Date: _____
Signature _____