Annexe 13ter

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

Nom et prénom du patient : Bonamie Karel
Mutualité: CM-106
NISS: 56100135610
Adresse du patient : Kapellestraat 14-9880 Aalter

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: Bonamie Karel
Date de naissance du patient: 01/10/1956

Période d'intervention de l'assurance du 01/04/2021 au 30/06/2021
N° de nomenclature de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compte : 655476
Budget disponible avant la délivrance (cf. carnet du patient) : 247,21 Euro (1)

Dénomination	Quantité	Code du produit sur la liste	Prix réclamé
Hollister Conform 2 CeraPlus with tape Flat 14500	20	904020000572	150,84 €
Hollister Conform 2Uro midi 24790	30	904021000443	118,47 €
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
Total			269,31 € (2)

Intervention OA (3) **:** 247,21 Euro (est égal au prix réclamé (2) limité au budget disponible (1))

Si le budget disponible (1) est inférieur au prix réclamé (2) :
Supplément pour le patient : 22,10 Euro (est égal au prix réclamé (2) – l'intervention OA (3))

Date de la fourniture: 27/05/2021

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 22,10 EUR qui est entièrement à ma charge. ☒ OUI ☐ NON

Date : 27/05/2021 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