

Annexe 13

Compléter ci-dessous ou apposer une vignette de l'O.A.

Nom et prénom du patient : Keith Richards

Mutualité: CM-106

NISS: 56020727360

Adresse du patient : Archimedesstraat 11, 1000 Brussel

ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES ET ORTHOPEDISTES

A compléter par le dispensateur de soins

Nom et prénom du patient: Keith Richards

Date de naissance du patient: 07/02/1956

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					
ALTERNA SET IRRIGATION COLO 1 PIECE 12830	656073	904016000063	134,38	134,38	134,38	NON	
ALTERNA MANCHON IRRIGATION 2P 60MM 30 12836	640710	904017000022	56,77	56,77	56,77	NON	
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
Recupel							
Total			191,15	191,15	191,15		

Date de la fourniture: 07/11/2022

Prescrit par Dr Janssens Koen

☒ La prescription est annexée

☐ L'autorisation par le médecin-conseil en date du/...../.....est annexée

en date du 07/11/2022

N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur: 10337246006

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 0,00 EUR qui est entièrement à ma charge.

☒ OUI

☐ NON

Date : 07/11/2022

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 de signature du dispensateur de soins]

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE :

Reçu la somme de:EUR

Date:
Signature