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 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: ……..

**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]

**REÇU**

Perçu pour le compte du N° BCE :……

Reçu la somme de: ……EUR

Date:
Signature