Annexe 13

A compléter par le titulaire

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

Nom et prénom du bénéficiaire : .....

Mutualité : .....

Numéro d'identification de la Sécurité sociale (NISS) : ☐☐☐☐☐☐-☐☐☐-☐☐

Adresse du titulaire : .....

.....

ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES ET ORTHOPEDISTES

A remplir par le dispensateur de soins

Nom et prénom du patient : .....

Date de naissance du patient : .....

Dénomination et quantité	N° de la nomenclature	Code du produit sur la liste (le cas échéant)	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. O.A.	Quote-part personnelle bénéficiaire A.R. 15.7.2002	Supplément pour le bénéficiaire	Case réservée à l'O.A.
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Recupel								
Total								

Date de la fourniture : ...../...../.....

Prescrit par .....

en date du ...../...../.....

☐ La prescription est annexée

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

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

Si le bénéficiaire est hospitalisé : N° de l'établissement : ☐ - ☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐

Service : ☐☐

Nom et prénom du dispensateur de soins : .....

N° d'identification INAMI : ☐ - ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐

Nom de l'entreprise : Orthopedia.....

Rue et n° : Avenue Blonde 66 .....

Commune et code postal : 4000 Liège.....

Numéro d'entreprise : 0818.139.570.....

En cas de tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte

IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

BIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐

A remplir par le bénéficiaire

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:……..

Cadre réservé à l'organisme assureur :	Date de signature du dispensateur de soins