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 (cocher)		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.
	Ambulant ☐	Hospitalisé ☐							
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
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 : .....
Rue et n° : .....
Commune et code postal : .....
Numéro d'entreprise : .....

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 cetifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (intervention personelle + supplément) de ……..EUR qui est entièrement à ma charge

Date: …../…../….. Signature: …….

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