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 (art. 27)	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. bénéficiaire Montant A.R. 15.7.2002	O.A. Interv.	Case réservée à l'O.A.
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Recupel							

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

Prescrit par .....

La prescription ou 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 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 : .....

Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s) : n° .....

.....

Date : ...../...../..... Signature : .....

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

☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐ - ☐☐

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