

A compléter par le titulaire

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

Nom et prénom du titulaire/patient :

Organisme assureur :

Numéro d'inscription : □□□□□□□□□□□□

Adresse du titulaire :

.....

ATTESTATION DE FOURNITURES**A remplir par le dispensateur**

Nom et prénom du patient :

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant ⁽¹⁾Date de naissance du patient ⁽²⁾ :

Dénomination et quantité	N° de la nomenclature	Prix réclamé	Prix nomen- clature	Interv. bénéficiaire Montant A.R.15-7-2002.	O.A. Interv.	Case réservée à l'O.A.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Prescrit par
en date du/...../.....La prescription est annexée ou a été autorisée par le
médecin-conseil le/...../.....

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

Si le patient est hospitalisé :

N° de l'établissement : □- □□ - □□□ - □□

Service : □□

Nom et prénom du dispensateur :

N° d'identification : □ - □□□□□ □□ □□□

Nom de l'entreprise :

Rue et n° :

Commune et code postal :

Registre de Commerce :

Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) sus-mentionnée(s) : n°

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

(1) Biffer la mention inutile.

(2) Uniquement en cas de verres de lunettes pour enfants
âgés de moins de 12 ans ou de plus de 65 ans.La présente est payable par l'organisme assureur ⁽¹⁾ au C.C.P.

n° □□□ - □□□□□□□ - □□

Cadre réservé à l'organisme assureur :

Date et signature du dispensateur

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2003 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des
prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET

D. SAUER.

A compléter par le titulaire

Apposer une vignette de l'O.A.

Nom et prénom du bénéficiaire :

Mutualité :

N° d'inscription :

Adresse du titulaire :

ATTESTATION DE FOURNITURES

A remplir par le fournisseur d'implants

Nom et prénom du bénéficiaire :

Dénomination et quantité	N° de la nomenclature	Code d'identification du produit sur la liste	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. bénéficiaire Montant A.R. 15-7-2002.	Interv. O.A.	Case réservée à l'O.A.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Prescrit par
en date du/...../.....

La prescription ou 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 fournisseur d'implants :

N° d'identification I.N.A.M.I. : -

Nom de l'entreprise :

Rue et n° :

Code postal et commune :

Registre de Commerce :

Je certifie avoir reçu la (les) prestation(s) sus-mentionnée(s) : n°.....

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

Le présente est payable par la mutuelle au compte n° - -

Cadre réservé à la mutuelle :

Date et signature du fournisseur d'implants :

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2003 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET

D. SAUER.

A compléter par le titulaire

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

Nom et prénom du bénéficiaire :

Mutualité :

Numéro d'inscription :

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, art. 28, § 8)	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. bénéficiaire Montant A.R. 15-7-2002	O.A. Interv.	Case réservée à l'O.A.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Prescrit par
en date du/...../.....

La prescription ou 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 : -

Nom de l'entreprise :

Rue et n° :

Commune et code postal :

Registre de Commerce :

Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) sus-mentionnée(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

Vu pour être annexé au règlement du 7 avril 2003 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET

D. SAUER.

