Annexe 36

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE

COMPLETER 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 SOINS DONNES

A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient: .....

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

Déclaration du dispensateur (1)

J'atteste avoir donné mes soins au domicile du bénéficiaire qui m'a déclaré ne pouvoir se déplacer par suite de son état de santé.

Déclaration du patient (1)

Bien que je sois en état de me déplacer, j'ai demandé au kinésithérapeute de me donner ses soins à mon domicile. Je sais que, dans ces conditions, je devrai prendre à ma charge le montant de ses frais de déplacement, sans intervention de l'assurance soins de santé.
Signature:

Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.	Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.
					(2)

Prescrit par: .....
en date du: ..../..../.....
(Noms et prénoms)

Numéro d'identification I.N.A.M.I. □/□□□□□ □□ □□□

du/des prescripteur(s): □/□□□□□ □□ □□□

Prescription annexée:
- à la présente (1)
- l'attestation du ..../..../..... (1)

Le patient est hospitalisé/ambulant (1):

N° de l'établissement: □/□□/□□□/□□

Service: □□

(1) Biffer les mentions inutiles
(2) Barrer les cases non utilisées.

A.R. 15.7.2002

EUR

Identification du dispensateur:

H

Date: . . . . . .
Signature du dispensateur

Identification de l'institution perceptrice:

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,

F. PRAET

Le Président,

D. SAUER.