Annexe 37

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 bénéficiaire : .....

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

Date	Numéro de nomenclature de la prestation	N° de la dent ou de la prothèse sur laquelle la prestation a été effectuée
(2)	(2)	(2)

Réservé à l'O.A. : _____

A remplir si le bénéficiaire est hospitalisé :
N° de l'établissement :
Service :

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

A.R. 15.07.2002

.....EUR

IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR:

F

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.