Annexe 39

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)

Consultation - Visite (2)

Date: ...../...../..... N° de nomenclature: .....

Frais de déplacement: .....

Autres prestations (2)

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

Prescrit par: .....

(Nom et prénom)

En date du: ...../...../.....

Numéro d'identification I.N.A.M.I.

du prescripteur: □/□□□□□ □□ □□□

Laboratoire ou appareillage ou service

agréé sous le n°: □/□□□□□ □□ □□□

Date de la réception

de la prescription: ...../...../.....

Le patient est hospitalisé/ambulant (1):

N° de l'établissement: □/□□/□□□/□□

Service: □□

(1) Biffer les mentions inutiles

(2) Barrer les cases non utilisées

A.R. 15.07.2002

.....EUR

Identification du dispensateur:

A

Date: . . . . . .

Signature du dispensateur

REÇU

Date: . . . . . .

Signature du dispensateur

Reçu la somme de: . . . . . EUR

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.