

						N° du document : Réf. Etablissement : Envoi n° (B.M.) : N° Compte financier : N° Téléphone :				
COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'O.A. Nom et prénom du titulaire/patient : Organisme assureur : N° d'inscription : Adresse du titulaire :						Nom et prénom du bénéficiaire : Titulaire – Conjoint - Enfant – Ascendant (1) : Le patient est hospitalisé/ambulant N° d'identification du patient : N° de l'établissement hospitalier : Service :				
ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES						Honoraires				
Date prestations	Numéro nomencl. prestations	N (2)	CD L/A/S (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4) (réception) prescription	A charge O.A.	A charge patient	Total	Réservé O.A.
Apposer ici la vignette sur laquelle figure la déclaration du patient relative aux frais de déplacement du kinésithérapeute.						(1) Imprimer la qualité qui convient (2) Code norme : N- Nuit : W-Week-end : F-Jour férié : 1 – Aide opératoire 10 % : 2 – Aide opératoire 5 % : 5 – Remboursement à 50 % (3) CD – Code de la dent traitée L/A/S – Référence au laboratoire ou appareillage ou service agréé (4) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.	Total en euro			
Codification L/A/S en (3) Laboratoire ou L/A/D – 1 : Appareillage ou service, L/A/D – 2 : Agréé sous le n° L/A/D – 3 :							Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées par le praticien dont le nom figure en regard de chacune d'elles.  Date, nom, qualité et numéro d'identification INAMI ou du signataire.			

Vu pour être annexé au Règlement du 3 décembre 2001.

Le fonctionnaire dirigeant,

F. Praet.

Le président,

D. Sauer.