

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES

(Document à établir en trois exemplaires)

Nom du bénéficiaire : ..... Date de naissance : .....

Nom du titulaire : ..... Adresse du titulaire : .....

.....

Organisme assureur : ..... Numéro d'inscription : .....

Réside temporairement dans l'établissement de soins ..... jusqu'au : .....

Identification du médecin prescripteur : .....  
(prescription en annexe)

Nom du dispensateur agréé : ..... Numéro d'agrément : .....

Nom de l'entreprise : .....

Adresse de l'entreprise : .....

A ma connaissance cette fourniture est consécutive (oui/non) (1) à un accident

Opte pour l'application du système du tiers payant : OUI - NON (1)

A remplir par l'organisme assureur en cas d'application du système du tiers payant : OUI - NON (1)

CADRE RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR			
Organisme assureur ou office régional		Numéro d'inscription	
Code titulaire		Tous risques	100 %
1	2	Droit aux gros risques	
		Petits risques	75 %
ENGAGEMENT DE PAIEMENT			
L'organisme assureurs s'engage à rembourser les montants relatifs à l'exécution de(s) prestation(s) suivante(s)			
.....			
.....			
suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité			
Cet engagement n'est valable que jusqu'au .....			
Cachet		Date : .....	
		Pour la mutualité, La personne responsable.	
		.....	
		(Signature - nom)	

(1) Biffer les mentions inutiles

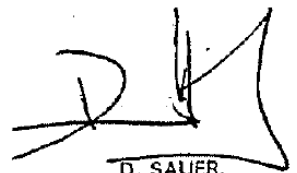
Vu pour être annexé au règlement du 21 décembre 1992.

Le Fonctionnaire Dirigeant,



Dr J. RIGA.

Le Président,



D. SAUER.

Première demande (1)

Changement de poste (1)

Renouvellement (1)

Si possible, date de la fourniture précédente : .....

N° des affections dont question au § 7 bis :

Description précise des prestations demandées :

G :		D :	
Codes n°	T	Prix demandé	
G : .....			
.....			
D : .....			
.....			

G :

D :

Description du cas et justification des solutions proposées.

Date .....

Signature du dispensateur,

Décision du médecin-conseil en cas de première demande ou de changement de poste (1)

Date .....

Signature du médecin-conseil,

Décision du médecin-conseil en cas de renouvellement ou de contrôle a posteriori de la fourniture à la prescription (1)

Date .....

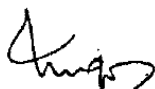
Signature du médecin-conseil,

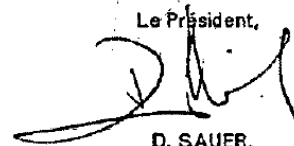
(1) Biffer les mentions inutiles.

Le présent document ne tient lieu d'engagement de paiement de la part de l'organisme assureur que s'il a été opté pour le système du tiers payant.

Vu pour être annexé au règlement du 21 décembre 1992.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

  
Dr J. RIGA.

Le Président,  
  
D. SAUER.