

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE VETEMENTS COMPRESSIFS ET MASQUES POUR GRANDS BRULES :
VETEMENTS SUR MESURE, VETEMENTS PREFABRIQUES, MATIERE THERMOPLASTIQUE TRANSPARENTE
ET APPLICATIONS EN SILICONE**

(Document à envoyer en double exemplaire à l'organisme assureur).

Nom et prénom du titulaire :
 Organisme assureur : Numéro d'inscription :
 Nom et prénom du patient : Date de naissance :
 ou
 Titulaire - conjoint - Enfant - Ascendant (1). Numéro d'inscription :
 Adresse du patient :

Nom du médecin prescripteur :
 N° d'identification :

Nom et prénom du prestataire :
 Numéro d'agrément auprès de l'I.N.A.M.I. :
 Nom de l'entreprise :
 Adresse de l'entreprise :
 Registre du commerce :

VETEMENTS PREFABRIQUES

Première fourniture - Renouvellement (1)

Proposition motivée (2) (description du matériel en fonction du handicap)	Marque et référence ou code du fabricant	N° du pseudocode de nomenclature	Prix
			Total :

VETEMENTS SUR MESURE, MATIERE THERMOPLASTIQUE TRANSPARENTE, APPLICATIONS EN SILICONE

Première fourniture - Renouvellement (1)

Le prestataire attire l'attention du Collège des médecins-directeurs sur le fait que le patient a - n'a pas - (1) reçu de(s) vêtements préfabriqués.

Proposition motivée (2) (description du matériel en fonction du handicap)	Marque et référence ou code du fabricant	N° du pseudocode de nomenclature	Prix
			Total :

Date :

Signature du dispensateur :

Décision du Collège des médecins-directeurs :

Date :

Signature :

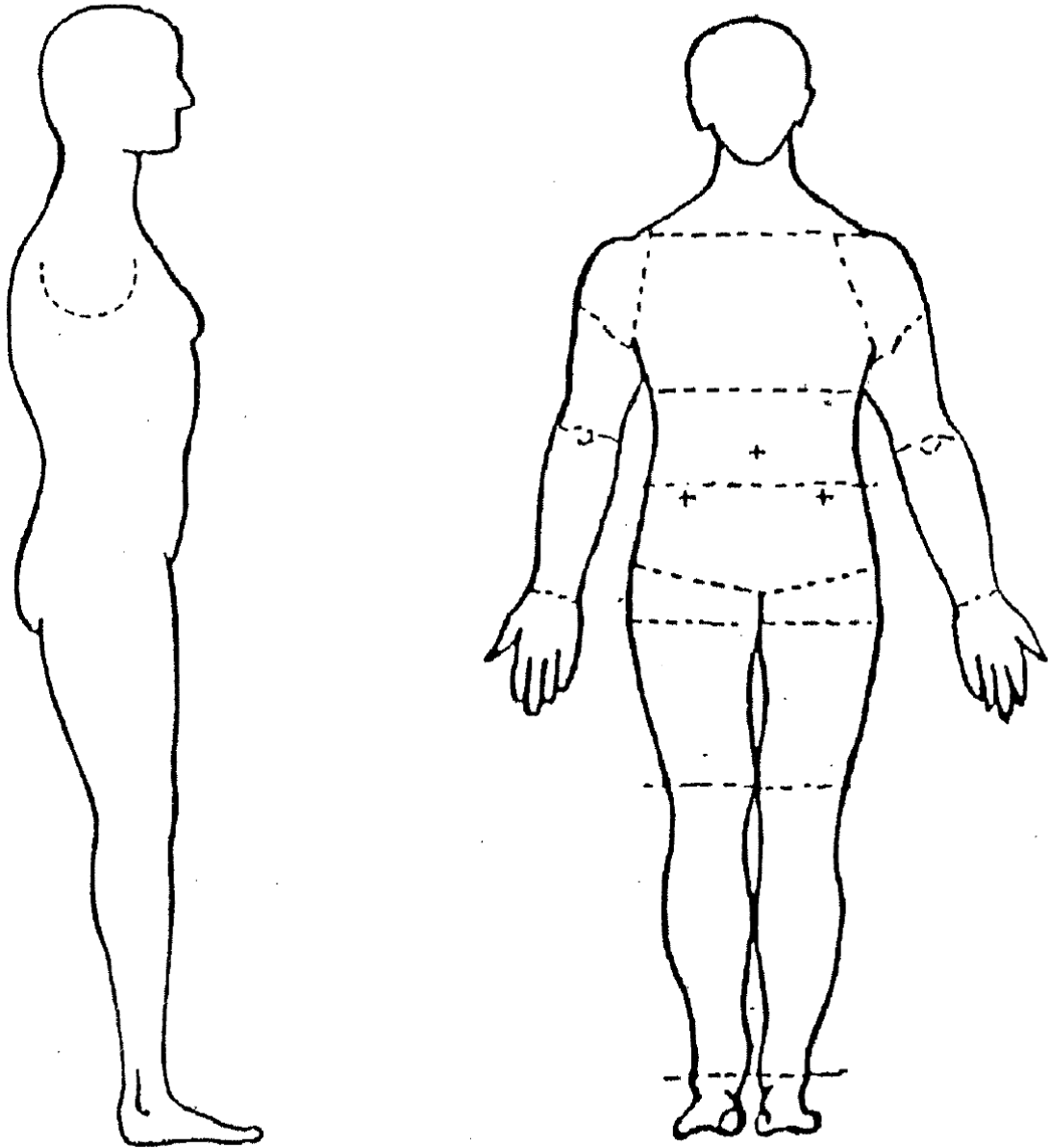
(1) Biffer ce qui ne convient pas.

(2) Hachurer, au verso, la limite de l'application sur la représentation schématique.

Vu pour être annexé au règlement du 14 septembre 1992

Le fonctionnaire dirigeant,
Dr J. Riga.

Le président,
D. Sauer.



Vu pour être annexé au règlement du 14 septembre 1992..

Le fonctionnaire dirigeant,
Dr J. Riga.

Le président,
D. Sauer.