Annexe 74

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]

Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.	Date de la prestation	N° de nomenclature	Réservé à l'O.A.
					[2]

Prescrit par: .....
(Nom et prénom)

en date du: ..../..../.....
N° d'identification I.N.A.M.I.
du prescripteur: _ / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Accord du médecin conseil à la date du: ..../..../.....
pour la période du ..../..../..... au ..../..../.....
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:

Date:.....
Signature du dispensateur

J

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.