Annexe 76

Page A.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT D'UNE VOITURETTE D'INVALIDE, D'UN TRICYCLE OU D'UN CADRE DE MARCHE

(Document à établir en trois exemplaires)

Première fourniture - Renouvellement (1)

Nom du bénéficiaire : .....

Mutualité : ..... Numéro d'inscription : .....

Nom du bénéficiaire (patient) : ..... Date de naissance : .....

ou

Numéro d'inscription : .....

Résidence principale du bénéficiaire (patient) : .....

.....

.....

Nom du médecin prescripteur : ..... Numéro d'identification : .....
(prescription en annexe)

Nom du dispensateur agréé : .....

Numéro d'agrément à l'I.N.A.M.I. : .....

Nom de l'entreprise : .....

Adresse de l'entreprise : .....

Registre du commerce : .....

Opte pour l'application du système du tiers payant : Oui/Non

A remplir par la mutualité en cas d'application du système du tiers payant :

CADRE RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR.			
Mutualité ou office régional		Numéro d'inscription	
Code titulaire 1	2	Tous risques Droit aux gros risques	100 %
		Petits risques	75 %

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur s'engage à rembourser les montants relatifs à l'exécution de la ou des prestations suivantes .....

.....

.....

suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Cet engagement n'est valable que jusqu'au .....

Cachet

Date : .....

Pour la mutualité,
La personne responsable.

.....
(Signature - Nom)

---

(1) Biffer les mentions inutiles.

Nom du patient : ..... Numéro d'inscription : .....

A remplir par le dispensateur :

Libellé de la nomenclature (1)	Numéro de Nomenclature.	Code du produit sur la liste	Y	Prix
			Total :	
Accessoires et suppléments non remboursables demandés par le bénéficiaire et ne figurant pas dans la nomenclature :				
			Total :	

A ma connaissance, la fourniture (est/n'est pas) consécutive à un accident (2).

A ma connaissance, le bénéficiaire (réside/ne réside pas) à domicile ,dans un établissement hospitalier, dans une maison de repos ou de soins, dans une maison de repos pour personnes âgées, dans une maison de soins psychiatriques, dans un établissement pour handicapés (2).

A ma connaissance, le bénéficiaire (suit/ne suit pas) l'enseignement spécial (2).

(1) Voir motivation de l'appareil demandé ci-après en fonction du handicap.

(2) Biffer les mentions inutiles.

Nom du patient : ..... Numéro d'inscription : .....

A remplir par le dispensateur :

MOTIVATION DE L'APPAREIL DEMANDE ET DES ACCESSOIRES EN FONCTION DU HANDICAP

Date : ..... Signature du dispensateur .....

Décision du médecin-conseil : .....
.....
.....
.....

Date : .....
Signature du médecin-conseil

Le présent document ne vaut comme engagement de paiement de la mutualité que s'il a été opté pour le régime du tiers payant.

Vu pour être annexé au Règlement du 8 juin 1998 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.