

Annexe 13ter

Compléter ou apposer une vignette de l'O.A.

Nom et prénom du patient :
Mutualité:
NISS:
Adresse du patient :

ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES
POUR LA DELIVRANCE AMBULATOIRE DE MATERIEL DE STOMIE (à l'exception du matériel d'irrigation)

A compléter par le bandagiste agréé

Nom et prénom du patient:
Date de naissance du patient:

Période d'intervention de l'assurance du .../.../... au .../.../...
N° de nomenclature de l'intervention maximale de l'assurance pour laquelle le patient entre en ligne de compte :
Budget disponible avant la délivrance (cf. carnet du patient) : (1)

Table with 4 columns: Dénomination, Quantité, Code du produit sur la liste, Prix réclamé. Includes a Total row at the bottom with a (2) in a box.

Intervention OA (3) : (est égal au prix réclamé (2) limité au budget disponible (1))

Si le budget disponible (1) est inférieur au prix réclamé (2) :

Supplément pour le patient : (est égal au prix réclamé (2) - l'intervention OA (3))

Date de la fourniture: .../.../...

Prescrit par
en date du
N° d'identification INAMI du médecin prescripteur:

A remplir par le patient (cocher ce qui convient)

- Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s)
- Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de ...EUR
Date :
Signature :

Nom et prénom du bandagiste agréé:
N° d'identification INAMI:
Nom de l'entreprise:
Rue et n°:
Commune et code postal:
N° BCE:

Vu le régime du tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte
IBAN :
BIC :

Date et signature du bandagiste agréé

REÇU
Perçu pour le compte du N° BCE :
Reçu la somme de : ...EUR
Date:
Signature