

A compléter par le titulaire**Annexe 13YT**

Compléter ci-dessous ou apposer une vignette de l'O.A.

Nom et prénom du patient:

Mutualité:

Numéro d'identification de la Sécurité sociale (NISS) (AAMMJJ xxx xx):

Adresse du patient:

ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES ET ORTHOPEDISTES**A remplir par le dispensateur de soins**

Nom et prénom du patient:

Date de naissance du patient:

CNK	Dénomination et quantité	N° de la nomenclature (cocher)		Code du produit sur la liste	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. O.A.	Quote-part personnelle bénéficiaire AR 15.7.02	Supplément pour le bénéficiaire
		Ambulant <input type="checkbox"/>	Hospitalisé <input type="checkbox"/>						
Recupel									
Total									

Date de la fourniture: __ / __ / ____

Prescrit par: La prescription est annexéeen date du: __ / __ / ____ L'autorisation par le médecin-conseil en date du/...../..... est annexée.

N° d'identification INAMI du prescripteur: _ - _____

Si le patient est hospitalisé: N° de l'établissement : _____
Service : _____

Nom et prénom du dispensateur de soins:

N° d'identification INAMI: (1) 6 - _____

Nom de l'entreprise:

Rue et n°:

Commune et code postal:

N° BCE:

En cas de tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte

IBAN _____

BIC _____

A remplir par le patient

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 (intervention personnelle + supplément) de EUR qui est entièrement à ma charge.

Date:/...../..... Signature:

Date de signature du dispensateur de soins

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE:

Date:

Signature

Reçu la somme de: EUR