Annexe au Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

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 DÉLIVRANCE AMBULATOIRE DE MATÉRIEL 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)

Dénomination	Quantité	Code du produit sur la liste	Prix réclamé
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
Total			(2)

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 …… ☐ La prescription est annexée.
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) ☐ OUI ☐ NON
- Je certifie avoir été clairement informé par le dispensateur de soins du fait que je dois payer un montant (supplément) de …….EUR qui est entièrement à ma charge. ☐ OUI ☐ NON

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