

VFA-23/0.9853

Annexe au Règlement du 22 juin 2015 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de loi relative à l'assurance
obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Annexe 13

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

Nom et prénom du patient : PETIT PIERRE

Mutualité : M109

NISS : 64111733393

Adresse du patient : 28 RUE DU BEAU SITE 1390 BIEZ

ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES ET ORTHOPEDISTES

A compléter par le dispensateur de soins

Nom et prénom du patient : PETIT PIERRE

Date de naissance du patient : 17/11/64

Dénomination et quantité	N° de la nomenclature		Code du produit sur la liste (le cas échéant)	Prix réclamé	Prix nomenclature	Interv. O.A.	Quote-part personnelle patient A.R. 15.7.2002	Supplément pour le patient
	Ambulant	Hospitalisé						
90 CONVEEN Optima E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90302	357,27	357,27	357,27	0,00	
20 Poch Jamba.50cm rob			90304	76,07	76,07	76,07	0,00	
2 CONVEEN Lingettes			90307	17,64	17,64	17,64	0,00	
Recupel								
Total (en EURO)				450,98	450,98	450,98	0,00	

Date de la fourniture : 06/09/23

Prescrit par : REULIAUX

☐ La prescription est annexée

En date du : 06/09/07

☐ L'autorisation par le médecin-conseil en date du .../.../... est annexée

N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : 19174821004

Si le patient est hospitalisé :

N° de l'établissement :

Service :

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

☒ OUI

☐ NON

Date : 06/09/23

Signature : X

Nom et prénom du dispensateur de soins : Marie-Anne RAVET Phc 1-6-40447-44-201

N° d'identification INAMI : 1-6-40447-44-201

Nom de l'entreprise : ALPHAMEDIS SA - Tél. 04/342.76.18

Rue et N° : Avenue de l'Energie 8

Commune et code postal : 4432 ALLEUR

N° BCE : 0456605328

PIROT Virginie

1-6-46005-15-201

Alphamédix S.A. (04/342.76.18)

8, avenue de l'Energie - 4432 ALLEUR

BCE 0456 605 328

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

IBAN

B	E	1	8	7	3	2	0	0	7	3	0	5	5	6	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

BIC

C	R	E	G	B	E	B	B
---	---	---	---	---	---	---	---

Date et signature du dispensateur de soins :

06/09/23