Annexe 13

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

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

ATTESTATION DE DELIVRANCE DESTINEE AUX TECHNOLOGUES ORTHOPÉDIQUES

A compléter par le dispensateur de soins

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

Dénomination, quantité et latéralité (G/D)	N° de la Nomenclature (cocher)		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 ☐						
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……	……..
……	……	……	……	……	……	……	……	
……	……	……	……	……	……	……	……	
……	……	……	……	……	……	……	……	
……	……	……	……	……	……	……	……	
……	……	……	……	……	……	……	……	
Recupel								
Total								

Date de la fourniture: …../…../…..

Prescrit par

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

en date du ……/……./…….
N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur: ……..

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 …….EUR qui est entièrement à ma charge. ☐ OUI ☐ NON

Date : ……/……./…… Signature : ……

Nom et prénom du dispensateur de soins:.....
N° d'identification I.N.A.M.I.: …….
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 : …….

Date et signature du dispensateur de soins

REÇU

Perçu pour le compte du N° BCE :……

Reçu la somme de: ……EUR

Date:
Signature