**Annexe 13ter**

**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 ORTHOPEDIQUES**

**POUR la délivrance AMBULATOIRE de matériel de stomie (à l’exception des prestations d’irrigation)**

**A compléter par le technologue orthopédique**

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 € NONDate : ……/……./……. Signature : ………………………. |

Nom et prénom du technologue orthopédique:

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 technologue orthopédique |
| **REÇU** |
| Perçu pour le compte du N° BCE :………………………………………… |
| Date:Reçu la somme de: ………………………………EUR Signature  |
|  |
|  |