

Annexe 16 (recto)

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES

(Document à établir en trois exemplaires)

Nom du bénéficiaire: Date de naissance:

Nom du titulaire: Adresse du titulaire:

Organisme assureur: Numéro d'inscription:

Réside temporairement dans l'établissement de soins:

..... jusqu'au:

Identification du médecin prescripteur:
(prescription en annexe)

Nom du dispensateur agréé: Numéro d'agrément:

Nom de l'entreprise:

Adresse de l'entreprise:

A ma connaissance cette fourniture est consécutive (oui / non) (1) à un accident

Opte pour l'application du système du tiers payant: OUI - NON (1)

A remplir par l'organisme assureur en cas d'application du système du tiers payant: OUI - NON (1)

CADRE RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR			
Organisme assureur ou office régional		Numéro d'inscription	
1	Code titulaire	2	Tous risques
			Droit aux gros risques
			Petits risques
			100 p.c.
			75 p.c.
ENGAGEMENT DE PAIEMENT			
L'organisme assureur s'engage à rembourser les montants relatifs à l'exécution de(s) prestation(s) suivante(s)			
.....			
.....			
suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité			
Cet engagement n'est valable que jusqu'au			
Cachet		Date:	
		Pour la mutualité,	
		La personne responsable	
		
		(Signature - Nom)	

(1) Biffer les mentions inutiles.

Annexe 16 (verso)

Première demande (1)

Changement de poste (1)

Renouvellement (1)

Si possible, date de la fourniture précédente:

N° des affections dont question au § 7bis

Description précise des prestations demandées:

	G:		D:
	Codes n°	T	Prix demandé
G:		
		
		
D:		
		
		

G:

D:

Description du cas et justification des solutions proposées.

Date Signature du dispensateur,

Décision du médecin-conseil en cas de première demande ou de changement de poste (1)

Date Signature du médecin-conseil,

Décision du médecin-conseil en cas de renouvellement ou de contrôle a posteriori de la fourniture de la prescription (1)

Date Signature du médecin-conseil,

(1) Biffer les mentions inutiles.

Le présent document ne tient lieu d'engagement de paiement de la part de l'organisme assureur que s'il a été agréé pour le système du tiers payant.