Annexe 68

ETAT RECAPITULATIF DES COUTS SUPPORTES EN MATIERE D'ALIMENTATION A DOMICILE PAR SONDE OU PAR STOMIE

A.

Nom et prénom du bénéficiaire:

Adresse:

Date de naissance:

N° d'inscription O.A.:

B.

N° d'attestation ou de facture, qui figure en annexe	Nom du dispensateur de soins ou fournisseur	Date de délivrance	Prix payé
MONTANT TOTAL PAYE			

C. A compléter par le patient ou son représentant.

Je soussigné..... confirme avoir consommé les produits précité du .....
au .....
Date..... / .....

Signature

Compte numéro:
IBAN : ⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔⊔ ⊔⊔⊔⊔⊔⊔
BIC : ⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔⊔

D. Réservé à l'organisme assureur:

Numéro d'ordre attestation:

Période attestée:

Montant pris en considération pour le MAF (après retrait des interventions réglementaires applicables):
..... EUR

La rubrique A est à compléter par le patient ou son représentant ou apposer une vignette
La rubrique B est à compléter par le patient ou son représentant.