



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

Nom et prénom du patient : VARSALONA GIOVANNI
 Mutualité : M317 SOL MUT SOC DU CHARLEROI ET SOIGNIE
 NISS : 700303 083 57 /
 Adresse du patient : 700303 083 57 RUE DE LA STATION_82
 7160 CHAPELLE-LEZ-HERLAIMONT

ATTESTATION DE FOURNITURES DESTINEE AUX BANDAGISTES ET ORTHOPEDISTES

A compléter par le dispensateur de soins

Nom et prénom du patient : VARSALONA GIOVANNI
 Date de naissance du patient : 03/03/1970

Dénomination et quantité	N° de la Nomenclature (cocher)		Code du produit sur la liste (le cas échéant)	Prix réclamé	Prix nomenclature	Intervention O.A.	Quote-part personnelle patient A.R. 15.7.2002	Supplément pour le patient
	Ambulant <input checked="" type="checkbox"/>	Hospitalisé <input type="checkbox"/>						
1 x Droite : Gant avec 2 à 5 doigts - textile	642891			457,14	457,14	457,14		
2 x Bas complet pour la jambe (sans pie	643650			564,24	564,24	564,24		
2 x Chaussette cheville et pied - texti	644630			353,20	353,20	353,20		
Accord / Refus provisoire 24 FEV. 2022 Département Santé							- Non -	
Recupel								
TOTAL				1.374,58	1.374,58	1.374,58		

Date accident: 11/5/21
 Date fourniture: 18/11/20

Date de la fourniture : 18/11/2021

Prescrit par : HANS Nadine La prescription est annexée
 en date du : 01/10/2021 L'autorisation par le médecin-conseil en date du ___/___/___ est annexée
 Numéro d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur : 1-67648-65-480

Si le patient est hospitalisé : N° de l'établissement :
 Service :

A remplir par le patient

Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) sus-mentionnée(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 : 18/11/2021

Signature :

Nom et prénom du dispensateur de soins : MARCHAND Pierre
 Numéro d'identification I.N.A.M.I.: 1/6-28223-46-241 61075752115
 Nom de l'entreprise : PROTOS-MEDICA
 Rue et n° : Rue Du Village 100
 Commune et code postal : 7850 MARCQ
 N° BCE : 0463.328.616

En cas de tiers payant, la présente est payable par la mutualité au compte n° 370-4059471-27
 IBAN : BE48 3701 0594 7127 BIC : -BBR1 BE 88

18/11/2021

Date et signature du dispensateur de soins

RECU

Perçu pour le compte du N° BCE : 0463.328.616

Reçu la somme de EUR

Date :

Signature :