[M – Règl. 4-10-10 – M.B. 14-10 – art. 1; **R** – Règl. 2-5-11 – M.B. 30-4-12 – éd. 1 – art. 1 – Erratum M.B. 9-8; Règl. 16-6-14 – M.B. 2-7 – art. 1**]** (°)

[Annexe 14

A compléter par le titulaire
Apposer une vignette de l'O.A.

Nom et prénom du bénéficiaire: ……
Mutualité: ……..
Numéro d'inscription : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Adresse du titulaire: ……..
……

ATTESTATION DE FOURNITURES

A remplir par le fournisseur d'implants
Nom et prénom du bénéficiaire: ……

Dénomination et quantité	N° de la prestation	Code d'identification du produit sur la liste nominative ou code de notification	Prix réclamé	Base de remboursement	Interv. bénéficiaire Montant A.R. 15.7.2002	O.A. Interv.	Case réservée à l'O.A.
……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……
……	……	……	……	……	……	……	……

Date de la fourniture : ……../……../……

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

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

Nom et prénom du fournisseur d'implants: ……...
N° d'identification I.N.A.M.I.: ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐
Nom de l'entreprise: ……..
Rue et n°: ……...
Commune et code postal: ☐☐☐☐
Registre de Commerce: …….....

La présente est payable par la mutuelle au compte
IBAN : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

BIC: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

Je certifie avoir reçu la(les) prestation(s) susmentionnée(s): n° ……..
……..
Date : ……../……../…….. Signature: ……

Cadre réservé à la mutuelle: | Date et signature du fournisseur d'implants:**]**

(°) d'application à partir du 1-7-2014