

GETUIGSCHRIFT VOOR VERSTREKTE HULP

ATTESTATION DE SOINS DONNES

MODEL G MODELE

INSZ Patiënt (barcode)
NISS Patient (code-barre)

Verstrekking Nr
Prestation N°

Datum
Date

Aantal opeenvolgende GVVH
Nombre d'ASD de suite

Betrekkelijke verstrekking
Prestation relative

Genormaliseerde referentie boekhouding
Référéncie comptable normalisée

Verstrekker RRNR
Dispensateur NN

Voorschrijver RRNR
Prescripteur NN

Ondergetekende patiënt verklaart het volgende* :

Le patient soussigné certifie ce qui suit :*

a. Code en datum verstrekking zijn correct.
Le code et la date de prestation sont exacts.

b. Ik heb contant het volgend bedrag betaald : , €
J'ai payé en espèces la somme de :

c. Ik heb de som van , € gestort op rekening BE
J'ai viré la somme de , € *sur le compte*

d. Mijn huidige hoedanigheid : RVV-OMNIO chronisch ziek financiële noodsituatie drager van uitzonderingsmaatregel Nr

Je suis actuellement : BIM-OMNIO malade chronique en détresse financière titulaire de la dérogation N°

* Schrappen wat niet past - *Biffer ce qui ne convient pas*

Handtekening van de patiënt – *Signature du patient*

CONTANT
COMPTANT

UITGESTELD CONTANT
COMPTANT DIFFERE

DERDE BETALERSREGELING
TIERS PAYANT

BUITEN RIZIV
HORS INAMI

Visum van de Verzekeringsinstelling
Visa de l'Organisme assureur

Nr getuigschrift
N° de l'attestation