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 nomenclature	Code d'identification du produit sur la liste ou code de notification	Prix réclamé	Prix nomenclature	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
en date du : …../…../…..
La prescription ou l'autorisation par le médecin-conseil …../…../….. est annexée.
N° d'identification I.N.A.M.I. du prescripteur: ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐

Si le bénéficiaire est hospitalisé
N° de l'établissement : ☐ - ☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐
Service: ☐☐

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: