

Centre de santé des Fagnes
H.S.H.S.N
Levard Louise 18
CHIMAY
INAMI : 71024982000

12374101

N° du document: 5641
Réf. Etablissement: 0716977
Envoi n° (B.M.):
N° Compte financier: 000-00000
N° Téléphone: 060/21.88

COMPLÉTER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE

Nom et prénom du titulaire/patient:
garantisme assureur:
d'inscription:
Presse du titulaire:

Nom et prénom du bénéficiaire:
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1):
Le patient est hospitalisé/Ambulant (1):
N° d'identification du patient:
N° de l'établissement hospitalier:

Service:

ATTESTATION GLOBALE DE SOINS DONNES					Honoraires				
Date d'inscription	Numéro nomencl. prestation	N (2)	C/D L/A/S (3)	N° INAMI et nom du dispensateur	N° INAMI et nom du prescripteur	Date (4) (réception) prescription	A charge O.A.	A charge patient	Total
0607	102550			ATTESTATION A PRESENTER A VOTRE MUTUELLE / POUR LES PATIENTS FRANCAIS A VOTRE CPAM 15634420580 HANDAN O.				31,80	31,80

Document envoyé par courrier à l'assuré avec la facture.

Il ne s'agit pas d'une feuille de soins, car elle ne permet pas d'être remboursée.

Annexe 10

Document envoyé par courrier à l'assureur avec la facture.
Il ne plait pas d'une feuille de soins, car on ne peut pas également la mutuelle complémentaire.

Annexe 10

Apposer ici la vignette sur laquelle figure la déclaration du patient relative aux frais de déplacement du kinésithérapeute.

ification L/A/S en (3)
oratoire ou L/A/S = 1 :
appareillage ou service L/A/S = 2 :
sé sous le n° L/A/S = 3 :

Imprimer la qualité qui convient
(2) Code norme: N = Nuit; W = Week-end; F = Jour férié; 1 = Aide opératoire 10 %
2 = Aide opératoire 5 %; 5 = Remboursement à 50 %.
(3) C.D. = Code de la dent traitée.
L/A/S = Référence au laboratoire ou appareillage ou service agréé.
(4) Date de la prescription ou date de la réception de la demande au laboratoire uniquement pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la médecine nucléaire in vitro.

Total en euro

31,80

31,80

Je certifie disposer de documents démontrant que les prestations ont été effectuées dont le nom figure en regard de chacune d'elles.
Date, nom, qualité et numéro d'identification INAMI du signataire.

15300660340
MEDECIN CHEF
DEWILLE LEON 31