

FACTURATION DU MATERIEL REMBOURSABLE AUX ORGANISMES ASSUREURS

Important: Cette facture est à compléter et à signer par **le fournisseur de matériel agréé** qui délivre du matériel et est à transmettre à la mutualité du bénéficiaire - à qui le matériel a été délivré - par le fournisseur de matériel si le tiers payant est appliqué ou par le bénéficiaire si le tiers payant n'est pas appliqué et qu'il se fait rembourser.

RUBRIQUE 1: Données d'identification du fournisseur de matériel agréé

Prénom:	Nom:
Association:	
Rue:	Nr.:
Code postal:	Ville:
Numéro de téléphone:	
Numéro INAMI:	

RUBRIQUE 2: Données d'identification du bénéficiaire ou vignette de l'organisme assureur

Prénom:	Nom:
Rue:	Nr.:
Code postal:	Ville:
Numéro NISS:	
Code CT1/CT2:	

RUBRIQUE 3: Données d'identification du médecin prescripteur

Prénom:	Nom:
Numéro INAMI:	

RUBRIQUE 4: Prestations délivrées (Cocher la ou les prestation(s) concernée(s) et remplissez pour chaque(s) prestation(s) cochée(s) les données demandées)

Description	Code CNK ¹	Pseudocode	Montant à rembourser ²	Supplément à charge du bénéficiaire	Date de la prescription	Date de délivrance du matériel
A. Prestations pour les bénéficiaires qui ont conclu un contrat trajets de soins						
<input type="checkbox"/> 150 tiges de contrôle de la glycémie + 100 lancettes	794113	€.....	!/...../...../...../.....
<input type="checkbox"/> Glucomètre + porte lancette (1 ^{ère} prescription)	794135	€.....	!/...../...../...../.....
<input type="checkbox"/> Glucomètre + porte lancette (renouvellement)	794150	€.....	!/...../...../...../.....
<input type="checkbox"/> Tensiomètre (coût du matériel)	757492	€.....	€...../...../...../...../.....
<input type="checkbox"/> Tensiomètre (honoraire)	7108863	757492	€.....	!/...../...../...../.....
B. Prestations pour les bénéficiaires qui n'ont pas conclu un contrat trajets de soins (programme de contrôle restreint de la glycémie)						
<input type="checkbox"/> 100 strookjes voor de glycemiecontrole + 100 lancetten	794194	€.....	!/...../...../...../.....
<input type="checkbox"/> Glucometer + lancethouder (1 ^{ste} voorschrift)	794216	€.....	!/...../...../...../.....
<input type="checkbox"/> Glucometer + lancethouder (hernieuwing)	794231	€.....	!/...../...../...../.....

Montant total à rembourser:
€.....



¹ Les codes CNK à mentionner doivent provenir de la liste du matériel agréé par l'INAMI dont une version actualisée se trouve sur le site Internet : www.trajetdesoins.be

² Le montant à mentionner est le montant tel qu'il est d'application en vertu de la nomenclature des prestations de rééducation ou de l'AR du 24.10.2002 en ce qui concerne les tensiromètres.

RUBRIQUE 5: Remboursement (Cochez une des deux possibilités et remplissez les données demandées relatives au numéro de compte concerné).

<input type="checkbox"/>	Le tiers payant est appliqué	→ IBAN/BIC compte bancaire du fournisseur de matériel agréé:
<input type="checkbox"/>	Le tiers payant n'est pas appliqué (= le bénéficiaire se fait rembourser)	→ IBAN/BIC compte bancaire du bénéficiaire:

Tout le matériel prévu par les prestations concernées a été délivré.

Date: / / Lieu :.....

Signature du fournisseur de matériel agréé: