

**FACTURATION DU MATERIEL REMBOURSABLE AUX ORGANISMES ASSUREURS**  
**Annexe – partie I – Titre 1 – chapitre III à l'AR du 23.11.2021**

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 (Cochez la ou les prestation(s) concernée(s) et remplissez pour chaque(s) prestation(s) cochée(s) les données demandées)**

Description	(Pseudo-) Code CNK <sup>1</sup>	Pseudocode	Montant à rembourser <sup>2</sup>	Supplément à charge du bénéficiaire	Date de la prescription	Date de délivrance du matériel
<b>A. Prestations pour les bénéficiaires qui ont conclu un contrat trajets de soins</b>						
<input type="checkbox"/> 150 tiges de contrôle de la glycémie + 100 lancettes (coût du matériel)	7110810	757514	€.....	-	...../...../.....	...../...../.....
<input type="checkbox"/> 150 tiges de contrôle de la glycémie + 100 lancettes (honoraire)	7109176	757514	€.....	-	-	-
<input type="checkbox"/> Glucomètre + porte lancette (coût du matériel)	7110828	757536	€.....	-	...../...../.....	...../...../.....
<input type="checkbox"/> Glucomètre + porte lancette (honoraire)	7109184	757536	€.....	-	-	-
<input type="checkbox"/> Tensiomètre (coût du matériel)	.....	757492	€.....	€.....	...../...../.....	...../...../.....
<input type="checkbox"/> Tensiomètre (honoraire)	7108863	757492	€.....	-	-	-
<b>B. Prestations pour les bénéficiaires qui n'ont pas conclu un contrat trajets de soins (programme de contrôle restreint de la glycémie)</b>						
<input type="checkbox"/> 150 tiges de contrôle de la glycémie + 100 lancettes (coût du matériel)	7110836	757551	€.....	-	...../...../.....	...../...../.....
<input type="checkbox"/> 150 tiges de contrôle de la glycémie + 100 lancettes (honoraire)	7109192	757551	€.....	-	-	-
<input type="checkbox"/> Glucomètre + porte lancette (coût du matériel)	7110844	757573	€.....	-	...../...../.....	...../...../.....
<input type="checkbox"/> Glucomètre + porte lancette (honoraire)	7109200	757573	€.....	-	-	-

Montant total à rembourser:  
 €.....



<sup>1</sup> Pour le tensiomètre : les codes CNK à mentionner doivent provenir de la liste du matériel agréé par l'INAMI (voir site web).

<sup>2</sup> Le montant à mentionner est le montant tel qu'il est d'application en vertu de l'AR du 23.11.2021.

**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: