

## ANNEXE

Identification du patient :
-----------------------------

### ATTESTATION DE PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES DANS LE CADRE D'UNE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

N° INAMI du médecin: .....

Nom du médecin prescripteur : .....
--

#### PRODUITS DELIVRES

Code national ou N° prép. magistr	N	Nom produit	Prix public EUR	Prix payé EUR *

**Totaux**

**Total \***


Date de délivrance
Identification
N° d'officine
Signature du pharmacien

- Cette attestation a été délivrée à la demande expresse du patient.
- Attestation à transmettre à l'institution chargée de l'intervention relative aux prestations pharmaceutiques, éventuellement accompagnée du document officiel propre à l'organisme assureur.
- Les informations reprises dans cette attestation sont utilisées en vue de la gestion d'une assurance complémentaire. La loi sur la protection de la vie privée (loi du 6 décembre 1992) vous donne le droit de connaître les informations contenues dans notre fichier de données vous concernant. Vous pouvez également demander que l'on corrige ou supprime des données erronées. Si vous désirez des informations au sujet du traitement de ces données, adressez-vous à la Commission de la protection de la Vie privée.