ANNEXE 30

PAIEMENT AU COMPTANT (1)
DES PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES

Vignette O.A.

Prescrit par: .....
N° d'identification INAMI: .....
À ..... *en date du*.....

NOM, NUMERO D'IDENDIFICATION INAMI **ET NUMERO BCE** DE LA PHARMACIE

Tarification par récipé	Code CNK et dénomination du produit/formule de la préparation magistrale
	Reçu le montant total de ..... Date de la copie: ..... Date d'exécution de l'ordonnance : ..... Pour copie conforme. (signature du pharmacien)

(1) Paiement au comptant pour un des motifs énumérés ci–dessous (à indiquer par une croix dans la case ad hoc):

- □ Le récipé n'est pas établi sur l'ordonnance de médicaments officielle.
- □ La condition pour le tiers payant n'est pas indiquée par le prescripteur.
- □ Produit(s) devant être délivré(s) au comptant.
- □ Réseau MyCareNet indisponible
- □ Autorisation non présentée/manque

Remarque importante:
Le présent document doit être établi par ordonnance de médicaments. /mod/Annexe 30