

ANNEXE 30

PAIEMENT AU COMPTANT (1) DES PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES REMBOURSABLES	
<i>Vignette O.A.</i>	
<i>Prescrit par:</i> <i>N° d'identification INAMI:</i> <i>À</i> <i>en date du</i>	
NOM, NUMERO D'IDENTIFICATION INAMI ET NUMERO BCE DE LA PHARMACIE	
Tarification par récépé	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): <input type="checkbox"/> Le récépé n'est pas établi sur l'ordonnance de médicaments officielle. <input type="checkbox"/> La condition pour le tiers payant n'est pas indiquée par le prescripteur. <input type="checkbox"/> Produit(s) devant être délivré(s) au comptant. <input type="checkbox"/> Réseau MyCareNet indisponible <input type="checkbox"/> Autorisation non présentée/manque	
Remarque importante: Le présent document doit être établi par ordonnance de médicaments.	