

F-099	Note de frais trimestrielle Honoraires des médecins agréés	TRIM	ANNEE		

Cadre réservé à DGR/DRP/SMD

Bu..... -OA90 - PA22 Art 12.01 Nr Cat 142.00 HONORAIRES	Nr O*F <input type="checkbox"/>	904
--	---------------------------------	-----

Remplissez vos données d'identité (EN MAJUSCULES). <input type="checkbox"/> Où pouvons-nous vous joindre? Remplissez votre numéro de compte.	NOM et Prénom	
	Rue et numéro	
	Code postal et commune	
	Numéro de INAMI	
	Zone	
	Téléphone	
		<input type="text"/>

CODE CONSULTATIONS AVEC DOSSIER MEDICAL		TIERS PAYANT	
CODE CONSULTATIONS SANS DOSSIER MEDICAL		TIERS PAYANT	

Nom du patient	Numéro d'identification	dates des consultations	Nbr de consultations	
			AVEC dossier médical	SANS dossier médical
Nombre total des fournitures		Montant total		

Visites à domicile

Nom du patient	N° d'identification	Date	N° de code	Tiers payant
Montant total				

Fournitures techniques

Nom du patient	N° d'identification	Date	N° de code	Tiers payant
Montant total				

Déclaré sincère et authentique pour la somme de (1)

.....

A.....

le 20

Signature du médecin

(1) écrit en toutes lettres

Date:

Vu pour exécution de la prestation.

(Signature Médecin Conseil)

Date:

904/ BON A PAYER
pour la somme de

.....

(signature)

Le formulaire F-099...

vous le complétez en **2** exemplaires (1 original et 1 copie)

vous le transmettez au

DGR/DRP/SMD
Avenue de la Couronne 145A, 1050, Bruxelles

(dans le mois qui suit le trimestre concerné)