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

Cadre réservé à DGS/DSDM

Bu..... -OA90 - PA22 Art 12.01 Nr Cat 142.00 HONORAIRES	Nr O*F ➔	904

Remplissez vos données d'identité (EN MAJUSCULES).	**NOM et Prénom**	
	Rue et numéro	
	Code postal et commune	
	Numéro de INAMI	
	Zone	
Où pouvons-nous vous joindre?	**Téléphone**	
Remplissez votre numéro de compte.		

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 exéctution de la prestation. (signature)	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 **DGS/DSDM Rue Fritz Toussaint 8; 1050 Bruxelles**

(dans le mois qui suit le trimestre concerné)