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

Cadre réservé à DGR/DRP/SMD

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	
Où pouvons-nous vous joindre?	Zone	
	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 | | | | | 2 | 0 | | |
Signature du médecin

(1) écrit en toutes lettres

Date: | | | | | | | | |
Vu pour exéctution 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**
Rue royale 202A, 1000 Bruxelles

(dans le mois qui suit le trimestre concerné)