


F-099	Trimestriële kostennota Erelonen erkende artsen	TRIM	JAAR			

Kader voorbehouden aan DGS/DSDM
 Bu..... -OA90 - PA22 Art 12.01 Nr Cat 142.00
 ERELONEN

Nr O*F → 904

Vul uw identiteitsgegevens in (IN DRUKLETTERS).  Waar kunnen we u bereiken? Vul uw rekeningnummer in.	NAAM en Voornaam	
	Straat en Nr	
	Postcode en gemeente	
	Rizivnummer	
	Politiezone	
	Telefoon	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

CODE RAADPLEGING MET MEDISCH DOSSIER		Remgeld	
CODE RAADPLEGING ZONDER MEDISCH DOSSIER		Remgeld	

Naam patiënt	Identificatienummer	Data consultaties	Aantal consultaties	
			met medisch dossier	zonder medisch dossier
Totaal aantal verstrekkingen		Totaal bedrag		

Huisbezoeken

Naam patiënt	Identificatienummer	Datum	Codenummer	Remgeld
			Totaal bedrag	

Technische verstrekkingen

Naam patiënt	Identificatienummer	Datum	Codenummer	Remgeld
			Totaal bedrag	

Oprecht en echt verklaard voor de som van (1) Te..... de <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Handtekening geneesheer (1) voluit geschreven	Datum: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Gezien voor uitvoering van de prestatie (handtekening hoofdgeneesheer)	Datum: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 904/ GOED VOOR BETALING voor de som van (handtekening Directeur DSDM)
---	---	--

Het formulier **F-099**...

↪ maakt u in: **2** exemplaren (1 origineel en 1 kopie)

↪ stuurt u naar:
DGS/DSDM
Fritz Toussaintstraat 8 1050 BRUSSEL
 (in de maand die volgt op het desbetreffend trimester)