# Sevrage tabagique - Document de facturation n°75 (A.R. du 31/08/2009)

|  |
| --- |
| **A COMPLETER PAR LE TITULAIRE** |
| **COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'OA**Nom et Prénom du titulaire / patient : ……………………………………………………………………………………………Organismes assureur bruxellois : …………………………………………………………………………………………… N° d'inscription : …………………………………………………………………………………………… Adresse du titulaire : ……………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………  |
| **DOCUMENT RELATIF A L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE***AR 31/08/2009 art. 5* |

|  |
| --- |
| **A REMPLIR PAR LE TABACOLOGUE\*** |
| Nom et Prénom du patient : ……………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date de la prestation | Pseudo-Code | Réservé à l'O.A. |
| *……/……/…………* | *………………………………………………* | *………………………………………………* |
| *……/……/…………* | *………………………………………………* | *………………………………………………* |
| *……/……/…………* | *………………………………………………* | *………………………………………………* |

Identification du tabacologueNom : ………………………………………………………………………………………………………………………………………Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………… Adresses : ………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………… Date : ……/……/………… Signature du tabacologue\* **Ce document doit être utilisé**  **uniquement par les tabacologues sans n° INAMI** |