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