

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

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE

COMPLETER CI-DESSOUS OU APOSER 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