Sevrage tabagique – Document de facturation (AR 31 aout 2009)

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE

COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER UNE VIGNETTE DE L'OA

Nom et prénom du titulaire/patient: .....

.....

Organisme assureur:.....

Numéro d'inscription: ⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋

Adresse du titulaire: .....

.....

DOCUMENT DE FACTURATION 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 H

Nom :

Prénom :

Adresse :

Date: .....

Signature du tabacologue

* Ce document ne peut être utilisé que par les tabacologues n'ayant pas la qualité de dispensateur de soins