

Annexe 37

Sevrage tabagique – Document de facturation (AR 31 août 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 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 :
Adresse :

Date:

Signature du tabacologue

* Ce document doit être utilisé par tous les tabacologues. Ceux qui ont la qualité de prestataires de soins au sens de l'AR n°78, peuvent, en outre établir une attestation de soins qui sera envoyée dans le circuit de l'AO.

Annexe 38