

Annexe 37

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

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE

COMPLETER CI-DESSOUS OU APOSER 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 ne peut être utilisé que pour les tabacologues n'ayant pas la qualité de dispensateur de soins