

BESCHERMING PERSOONSGEGEVENS

(Wet van 30 Juli 2018)

F-MED	Trimestriële Kostennota Erelonen artsenpraktijk				TRIMESTER	JAAR		
						2	0	
Zone voorbehouden aan de Sectie Medische Tarifiering (DGBudFin/BFA-M)								
SECTIE	OA	PA	ART	CAT	A2 Code	ALIAS		
16	50			142				
Vul uw praktijkgegevens in (IN DRUKLETTERS)	Naam en Voornaam of naam praktijk							
	Straat en Nr^(*)							
	Postcode en gemeente^(*)							
	Ondernemingsnummer							
Waar kunnen we u bereiken ?	Telefoon				Fax			
	E-mail							
Vul uw bankgegevens in	IBAN		B	E				
	BIC							
Consultaties of technische verstrekkingen								
Naam patiënt^(**)	Nationaal nummer	Datum consultatie of technische verstrekking			RIZIV codenummer^{**)}		Remgeld	

* Bij rechtspersonen: adresgegevens van de maatschappelijke zetel van de vennootschap of collectief

** 1 lijn per prestatie, de nominatieve gegevens van de patiënt dienen hierop duidelijk leesbaar te zijn

BESCHERMING PERSOONSGEGEVENS

(Wet van 30 Juli 2018)

Consultaties of technische verstrekkingen (vervolg)				
Naam patiënt^(*)	Nationaal nummer	Datum consultatie of technische verstrekking	RIZIV codenummer^(*)	Remgeld

* 1 lijn per prestatie, de nominatieve gegevens van de patiënt dienen hierop duidelijk leesbaar te zijn

BESCHERMING PERSOONSGEGEVENS

(Wet van 30 Juli 2018)

Consultaties of technische verstrekkingen (vervolg)																	
Naam patiënt ^(*)	Nationaal nummer	Datum consultatie of technische verstrekking	RIZIV codenummer ^(*)	Remgeld													
				Total bedrag remgeld													
Oprecht en echt verklaard voor de som van ^(**) Te De <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 2 0 Handtekening geneesheer, zaakvoeder, directie of gemachtigd bestuurder ^(***) X _____										Datum							
Gezien voor uitvoering van de prestaties <div style="font-size: 2em; font-weight: bold; text-align: center;">X</div> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p align="center">(Handtekening BFA-M/AG-MA)</p>																	
Het formulier F-MED • Maakt u in 02 exemplaren (1 origineel en 1 kopie) ○ Stuurt u samen met de duplicaten en/of kopijen van de corresponderende "(verzamel)getuigschriften van verstrekte zorg" naar het hiernaast vermelde adres		Algemene Directie Budget en Financiën Divisie Financiële en Budgettaire Uitvoering Sectie Medische Tarifiering Kwartier Koningin Elisabeth Everestraat 1 – Bus 36 1140 EVERE															
(In de maand die volgt op het desbetreffend trimester)																	

* 1 lijn per prestatie, de nominatieve gegevens van de patiënt dienen hierop duidelijk leesbaar te zijn

** In cijfers + voluit geschreven in letters

*** De gemachtigde ondertekenaar zal nominatief vermeld worden in het contract dat de overeenkomst met de zorgverstrekkende partij bekrachtigt