

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL
(Loi du 30 Juillet 2018)

F-MED	Note de frais trimestriels Honoraires des médecins praticiens					TRIMESTRE	ANNÉE		
							2	0	
Zone réservée à la Section Tarification Médicale (DGBudFin/BFA-M)									
SECTION	OA	PA	ART	CAT	Code A2		ALIAS		
16	50			142					
Complétez les données de votre cabinet de médecine générale (EN LETTRES CAPITALES)	Nom et Prénom ou nom du cabinet								
	Rue et N°(*)								
	Code postal et localité(*)								
	N° d'entreprise								
Où pouvons-nous vous contacter ?	Téléphone				Fax				
	E-mail								
Complétez vos renseignements bancaires	IBAN	B	E						
	BIC								
Consultations ou actes techniques									
Nom du patient(**)	Numéro national	Date de la consultation ou de l'acte technique			Code INAMI(**)	Ticket modérateur			

* Pour les personnes juridiques, adresse du siège social de la société ou du collectif

** 1 ligne par prestation, les données nominatives du patient doivent être clairement lisibles

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL
(Loi du 30 Juillet 2018)

Consultations ou actes techniques (suite)

Nom du patient ^(*)	Numéro national	Date de la consultation ou de l'acte technique	Code INAMI ^(*)	Ticket modérateur

* 1 ligne par prestation, les données nominatives du patient doivent être clairement lisibles

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL
(Loi du 30 Juillet 2018)

Consultations ou actes techniques (suite)

Nom du patient ^(*)	Numéro national	Date de la consultation ou de l'acte technique	Code INAMI ^(*)	Ticket modérateur
			Montant total des tickets modérateurs	
Déclaré sincère et conforme pour la somme de ^(**)		Date		
.....				
.....				
.....				
À.....				
Le				
Signature du médecin, dirigeant, direction ou administrateur délégué ^(***)		Vu pour l'exécution des prestations		
X		X		
		(Signature BFA-M/AG-MA)		
Le formulaire F-MED		Direction Générale Budget et Finances Division Exécution Budgétaire et Financière Section Tarification Médicale Quartier Reine Elisabeth Rue d'Evere 1 – Boîte 36 1140 EVERE		
<ul style="list-style-type: none"> • Fait en 02 exemplaires (1 original et 1 copie) <ul style="list-style-type: none"> ○ Envoyez celui-ci accompagné des duplicatas et/ou des copies des "attestations (globales) de soins donnés" à l'adresse indiquée ci-contre. 				
		(Dans le mois qui suit le trimestre concerné)		

* 1 ligne par prestation, les données nominatives du patient doivent être clairement lisibles

** en chiffres + libellé en lettres

*** Personne compétente qui est reprise nominativement dans le contrat qui conclut la convention avec la partie prestataire