

F-MED	Trimestriële kostennota Erelonen artsenpraktijk				TRIM	JAAR		
						2	0	1
Zone voorbehouden aan 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 (**)							
	Ondernemings - nummer							
	Telefoon					Fax		
Waar kunnen we u bereiken?	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	

(*) 1 lijn per prestatie

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

[illegible]

(*) 1 lijn per prestatie

Consultaties of technische verstrekkingen (vervolg)

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

Totaal bedrag remgeld

Oprecht en echt verklaard voor de
som van ⁽¹⁾

.....
.....

Te

De

2 **0** **1**

Handtekening geneesheer, zaakvoerder,
directie of gemachtigd bestuurder (***)

(1) In cijfers + voluit geschreven in letters

Datum

2 **0** **1**

Gezien voor uitvoering van de prestaties

(Handtekening BFA-M/AG)

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

BFA – M
Kwartier Koningin Elisabeth
Eversestraat, 1
1140 BRUSSEL

(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

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