

REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX AMBULATOIRES

(FORMULAIRE S150/F)

À COMPLETER S.V.P.

<input type="checkbox"/> Police Individuelle		<input type="checkbox"/> Police Groupe N°	
		↳ Inscription N°	
Compte du bénéficiaire			

RUBRIQUE RESERVÉE AU DISPENSATEUR DES SOINS

Nom et prénom du patient :

Date de la prestation	Code(s) INAMI de(s) prestation(s)	Honoraires payés	Intervention Mut.

Diagnostic :

Signature, nom et cachet du dispensateur des soins :

Cachet de la mutuelle :

RUBRIQUE RESERVÉE AU PHARMACIEN

Nom et prénom du patient :

Produits allopathiques prescrits par le docteur :

Nom du produit	Prix officiel	Montant payé
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Produits homéopathiques prescrits par le docteur :

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Produits délivrés sans prescription :

1.		
2.		
3.		
4.		
TOTAL :		

Signature et cachet du pharmacien :

Date :