

Annexe 37

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

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE

COMPLETER CI-DESSOUS OU APPOSER 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