

FORMULAIRE DE DISPENSATION ET DE FACTURATION DIFFEREE

XXXXXX (numéro de suite de la prescription)		XX XX XXXX (date de rédaction du formulaire)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (nom du bénéficiaire)	XXXXX (prénom du bénéficiaire)	XXXXXX (numéro d'identification de la pharmacie, voir aussi cachet)
R/		
VALABLE CHEZ:		
<u>PRESCRIPTEUR</u>	<u>CACHET DE LA PHARMACIE</u>	
Nom	Nom Adresse Téléphone	
Numéro INAMI	Numéro INAMI	
DELIVRANCE DIFFEREE		
VALABLE JUSQU'AU		(date)

Vu pour être annexé au Règlement du 14 janvier 2002 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
F. PRAET

Le Président,
D. SAUER