

DÉCLARATION SUR BASE DE LA CIRCULAIRE INAMI O.A. 87/150

Je soussigné, M. prie le
mon médecin/dentiste d'appliquer le tiers-payant en raison de difficultés financières
visées par la circulaire O.A. 87/150.

Signature : _____

DÉCLARATION SUR BASE DE LA CIRCULAIRE INAMI O.A. 87/150

Je soussigné, M. prie le
mon médecin/dentiste d'appliquer le tiers-payant en raison de difficultés financières
visées par la circulaire O.A. 87/150.

Signature : _____

DÉCLARATION SUR BASE DE LA CIRCULAIRE INAMI O.A. 87/150

Je soussigné, M. prie le
mon médecin/dentiste d'appliquer le tiers-payant en raison de difficultés financières
visées par la circulaire O.A. 87/150.

Signature : _____

DÉCLARATION SUR BASE DE LA CIRCULAIRE INAMI O.A. 87/150

Je soussigné, M. prie le
mon médecin/dentiste d'appliquer le tiers-payant en raison de difficultés financières
visées par la circulaire O.A. 87/150.

Signature : _____