

Le Dr/LSD

Adresse

Code postal

Localité

N° INAMI

COLLEGE INTERMUTUALISTE NATIONAL

1060 BRUXELLES

Date

Messieurs,

Concerne : Demande d'accès au régime du tiers payant - A.R. du 19.8.92

En application de l'article premier de l'A.R. précité, j'ai l'honneur de vous adresser par la présente ma demande d'accès au régime du tiers payant.

Au moment de la présente demande, je suis **conventionné total - conventionné partiel - déconventionné** (biffer ce qui ne convient pas)

Je souhaite que l'autorisation de pratiquer le tiers-payant qui me sera délivrée prenne effet le (renseigner la première date des prestations qui seront introduites en tiers-payant)

Le numéro de compte bancaire sur lequel mes honoraires peuvent, jusqu'à nouvel ordre, être versés est : ayant pour titulaire :
..... (indiquer le nom de votre société, pool, groupe, etc. si applicable)

Je vous prie d'adresser un duplicata de votre accord à l'Office de Tarification SECURIMED.

Veillez agréer, Messieurs, l'assurance de mes sentiments distingués.

.....

(signature)

Prière de renvoyer ce document à : SECURIMED S.A. - Boulevard du Midi, 25 Bte 1 - 1000 BRUXELLES.