

ANNEXE 4

Nom et prénom du titulaire/patient : _____

Organisme assureur : EPAM - lawberce

Numéro d'inscription : 1

Adresse du titulaire :

A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient :

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

Consultation – Visite (2)

Date: 01.08.04 N° de nomenclature: 102535

Frais de déplacement :

Autres prestations (2)

[illegible]

Prescrit par :

Numéro d'identification I.N.A.M.I.

du prescripteur :

Laboratoire ou appareillage ou service

agréé sous le n°

Date de la réception : / /
de la prescription

Le patient est hospitalisé / ambulant (1) :

N° de l'établissement :

Service :

(1) Biffer les mentions inutiles.
(2) Barrer les cases non utilisées.

Identification du dispensateur:

A.R. 15.07.2002

2079 EUR

Docteur MAHY N
MEDECINE NUCLEAIRE
CENTRE DE SANTÉ DES FAGNES
1 58376-25-970

Docteur MAHY N.
MEDECINE NUCLEAIRE
CENTRE DE SANTÉ DES FAGNES
03 27 32 07 30

Date : 07/08/07

Signature du dispensateur

Identification de l'institution perceptrice :

0201.704.471

07*0531/02

CENTRE DE SANTE DES FAGNES

BOULEVARD LOUISE 18

6460 CHIMAY