

Formulaire de consultation



À renvoyer à: BELTA-TBnet, Rue Haute, entrée 290,807a 1000 Bruxelles
Tel: 02-518 18 19 - E-mail: info@belta.be

Nom patient		
Numéro d'identification ¹ patient		
Date consultation		
Type consultation (cochez)	<input type="checkbox"/> Consultation de suivi mensuel <input type="checkbox"/> Ophthalmologie <input type="checkbox"/> Oto-rhino-laryngologie <input type="checkbox"/> Autre (Specifiez: _____)	
Code ² INAMI consultation		
Type de patient	<input type="checkbox"/> Patient sans mutuelle	Montant du ticket modérateur à payer par BELTA-TBnet: , €
	<input type="checkbox"/> Patient avec mutuelle	

Identification médecin	nom	
	Téléphone	
Numéro de compte bancaire ³ médecin		

Remplissez un formulaire séparé par consultation.

Date _____

Cachet et signature du médecin

¹Il s'agit du numéro à 11 chiffres communiqué par la Coordination BELTA-TBnet

²Exemples : 102631 = pneumologue accrédité; 102550 = interniste accrédité ;
101076 = médecin généraliste agréé accrédité; etc.

³Numéro du compte sur lequel le versement sera effectué.