**Modèle d’état récapitulatif, pour les orthopédistes,
dans le cadre du système du tiers-payant**

Prénom, Nom

Orthopédiste

INAMI : n° d'agrément

Adresse complète à

Numéro BCE

N° de téléphone

Réf. : …./…./….

**Etat récapitulatif** (système du tiers payant) pour le mois

au cours duquel les prestations ont été délivrées.

N° de compte IBAN : ⎣B⎦ ⎣E⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ - ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ - ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ - ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Titulaire ou bénéficiaire | NISS | Intervention | Remarque |
|               |               |               |               |
| TOTAL  |  | euros |

Avec mes meilleures salutations.