

# TIERS PAYANT / ACTION DIRECTE

Relevé des notes d'honoraires  
et frais de formulaires préimprimés

Réservé à l'UCM
N° du relevé
Date d'entrée à l'UCM

du médecin,  
du médecin-dentiste \_\_\_\_\_

demeurant à \_\_\_\_\_

Compte N°  
(format IBAN) \_\_\_\_\_

Code médecin

--

du chef de la fourniture de soins de santé aux ayants droit de l'assurance maladie,

pendant la période du  au

Nombre de mémoires d'honoraires présentés

Montant total des honoraires

Montant de la facture pour formulaires préimprimés

Certifié sincère, véritable mais non encore acquitté \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
(lieu) (date)

Signature: \_\_\_\_\_

N° d'ordre	Note N°	Nom et Prénom	Montant	Réservé à l'UCM
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				

à reporter

N° d'ordre	Note N°	Nom et Prénom	Montant	Réservé à l'UCM
		REPORT		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
0				

à reporter