

**Déclaration de créance pour la restitution  
de frais pour formules préimprimées**

Il est dû au soussigné

- Médecin   
  Médecin-dentiste   
  Association médicale  
 Mandataire dont dénomination

.....

.....

.....

Code médecin ou  
Code association : .....

**Reservé à la CNS**

N° du relevé

**Date d'entrée à la CNS**

du chef de la restitution par la Caisse nationale de santé, sur base de la convention médicale, des formules préimprimées utilisées dans le cadre de l'assurance maladie-maternité / assurance accidents, dont facture originale en annexe.

Le montant est de ..... euros

Déclaration certifiée sincère, véritable et non encore acquittée

Signature :

..... le .....  
(lieu) (date)

.....

**DÉTAIL**

Formules	Nombre de blocs	Montant	Réservé à la CNS
			Code fourniture
Ordonnance pour aides visuelles			Fi01
Devis pour prothèses dentaires			Fi02
Devis pour traitement d'orthodontie			Fi03
Relevé tiers payant / action directe			Fi05
Ordonnance médicale			Fi06
Transport en série			Fi07
Transfert à l'étranger			Fi08
Certificats d'incapacité de travail			Fi09
Mémoires d'honoraires 10 lignes			Fi10
Mémoires d'honoraires 20 lignes			Fi11
Déclaration de créance (formulaires)			Fi12

**Montant dû pour formules (TVA comprise) suivant facture jointe**

.....

La présente déclaration ne s'applique qu'aux formules fournies par une imprimerie. Les frais pour formules éditées sur l'ordinateur privé du médecin font l'objet d'une restitution annuelle automatique par la Caisse nationale de santé.