Dr Tél : Fax : Email :	Code prestataire facturier : <réservé CNS>
Matricule : Patient : N° Accident : Date Accident :	

MÉMOIRE D'HONORAIRES N° : du :

	Exécutant	Date du	Code Acte	Numéro de l'appareil	Nbr	Montant	€
01							€
02							€
03							€
04							€
05							€
06							€
07							€
08							€
09							€
10							€

Signature du prestataire

		€
		€
Total :	€0,00	**€**
		€
		€
A PAYER :		**€**

!!! Merci de ne pas envoyer ce document à votre caisse de maladie. Le médecin adresse directement la demande de prise en charge à la caisse compétente. !!!

La CNS traite vos données dans le cadre de la gestion de vos forfaits pour frais d'utilisation d'appareil. Pour plus d'informations sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits (accès, rectification, suppression, etc.), veuillez consulter notre politique de protection des données à l'adresse suivante : https://cns.public.lu/.