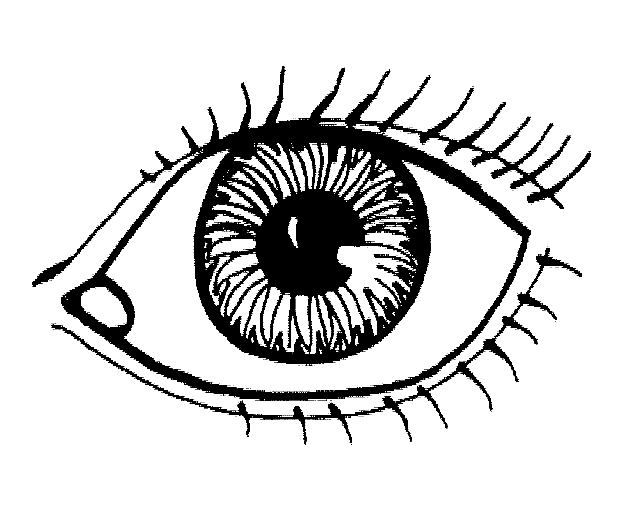
**NOTE D’HONORAIRES**

****

**DATE :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

* Patient - Nom, prénom :

- Date de naissance :

- Adresse :

* Type d’intervention : INJECTION INTRAVITRÉENNE (rayer la mention inutile) : ŒIL GAUCHE / ŒIL DROIT
* Date intervention : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
* Nom du centre extra-mural :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HONORAIRES** | | | | |
|  |  | |  | |
| Description interventions | | Codes nomenclature | | Honoraire |
|  | |  | |  |
| Injection intravitréenne en cas de néovascularisation sous-rétinienne au-delà du nombre limité selon l'AR du 18.09.2008 et 03.02.2019 | | AUCUN | | 85.99€ |
| Hors médication utilisée | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TOTAL honoraires facturés au patient** | **85.99 €** |

Signature de l’ophtalmologue

|  |
| --- |
| LE PRESTATAIRE (numéro d’identification INAMI, nom) : |