

NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	N° DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE	NUMÉRO DE LA DEMANDE DE PAIEMENT
NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE	NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		DATE DU SERVICE ANNÉE MOIS JOUR

DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE - CONSIDÉRATION SPÉCIALE

**JOINDRE UNE COPIE DU FORMULAIRE À LA DEMANDE PRINCIPALE
 ET CONSERVER L'ORIGINAL PENDANT CINQ ANS.**