**Via ce formulaire, vous nous fournissez toutes les informations nécessaires à l’inscription de votre facture. Téléchargez ce document sur [www.mc.be/etat-recap](http://www.mc.be/etat-recap)**

**Note**: Les champs avec une **\*** doivent être remplis. Dans le cas contraire, votre facturation risque de vous être renvoyée.

*Expéditeur Destinataire***\*Nom et prénom du prestataire de soins MC – Service tiers payant****ou de la pratique de groupe:       Rue du Douaire 40****Adresse :       6150 ANDERLUES****\*N°BCE et / ou N°Inami :****Contact (téléphone et/ou e-mail) :**         
**Ma référence pour cet état récapitulatif :**

**\***Nombre d’attestations :

Je joins des attestations de soins donnés portant sur des prestations de soins de santé pour un montant de       euros ( = il s’agit de la somme totale de l’intervention de l’AO).

B E

**\***Numéro de compte bancaire (IBAN)  :

Cachet **\***Date:       **\***Signature :

*En vertu de l’A.R. du 18 septembre 2015 portant exécution de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au tiers payant, l’organisme assureur est tenu de payer le dispensateur de soins dans un délai de 30 jours. Plus d’infos sur* [*www.mc.be/delai-paiement*](http://www.mc.be/delai-paiement)*.*