

<b>F-DEN</b>	<b>Note de frais trimestriels</b> Honoraires dentaires					<b>TRIMESTRE</b>	<b>ANNÉE</b>			
							<b>2</b>	<b>0</b>		
<b>Zone réservée à la Section Tarification Médicale (DGBudFin/BFA-M)</b>										
<b>SECTION</b>	<b>OA</b>	<b>PA</b>	<b>ART</b>	<b>CAT</b>	<b>Code A2</b>		<b>ALIAS</b>			
16	50			142						
Complétez les données de votre cabinet dentaire (EN LETTRES CAPITALES)*	<b>Nom et Prénom ou nom du cabinet</b>									
	<b>Rue et N°(†)</b>									
	<b>Code postal et localité(†)</b>									
	<b>N° d'entreprise</b>									
Où pouvons-nous vous contacter ?	<b>Téléphone</b>		<b>Fax</b>							
	<b>E-mail</b>									
Complétez vos renseignements bancaires	<b>IBAN</b>	<b>B</b>	<b>E</b>							
	<b>BIC</b>									
<b>Consultations ou actes techniques</b>										
<b>Nom du patient(**)</b>	<b>Numéro national</b>	<b>Date de la consultation ou de l'acte technique</b>			<b>Code INAMI(**)</b>	<b>Ticket modérateur</b>				

\* Informations nécessaires pour le traitement de la demande et en raison d'une obligation légale incombant au responsable du traitement (Défense) et en référence à la déclaration de confidentialité de la Défense et aux déclarations de confidentialité spécifiques de la DG H&WB, de COMOPSMED, de la DGHR et/ou de la DGBudFin selon le cas.

† Pour les personnes juridiques, adresse du siège social de la société ou du collectif.

\*\* 1 ligne par prestation, les données nominatives du patient doivent être clairement lisibles.



