F-DEN	Trimestriële kostennota Erelonen tandartspraktijk	TRIM	JAAR			
			2	0	1	

Zone voorbehouden aan BFA – M

SECTIE	OA	PA	ART	CAT	A2-Code		ALIAS	
16	50			142				

Vul uw praktijkgegevens in (IN DRUKLETTERS)	Naam en Voornaam of naam praktijk			
	Straat en Nr (**)			
	Postcode en Gemeente (**)			
	Ondernemings - nummer			
Waar kunnen we u bereiken?	Telefoon		Fax	
	E-mail			
Vul uw bankgegevens in	IBAN	B E		
	BIC			

Consultaties of technische verstrekkingen

Naam patiënt (*)	Nationaal nummer	Datum consultatie of technische verstrekking	RIZIV codenummer(*)	Remgeld

(*) 1 lijn per prestatie

(**) Bij rechtspersonen: adresgegevens van de maatschappelijke zetel van de vennootschap of collectief

Consultaties of technische verstrekkingen (vervolg)				
Naam patiënt (*)	**Nationaal nummer**	**Datum consultatie of technische verstrekking**	**RIZIV - codenummer**(*)	**Remgeld**

(*) 1 lijn per prestatie

Consultaties of technische verstrekkingen (vervolg)

Naam patiënt (*)	Nationaal nummer	Datum consultatie of technische verstrekking	RIZIV - codenummer(*)	Remgeld

	Totaal bedrag remgeld	

Oprecht en echt verklaard voor de som van (1)
……
……

Te ……

De | | | | | 2 | 0 | 1 | |

Handtekening tandarts, zaakvoerder, directie of gemachtigd bestuurder (***)

(1) In cijfers + voluit geschreven in letters

Datum | | | | | 2 | 0 | 1 | |

Gezien voor uitvoering van de prestaties

(Handtekening BFA-M/AG)

Het formulier **F-DEN**

→ Maakt u in : **02** exemplaren
(1 origineel en 1 kopie)

→ stuurt u samen met de duplicaten en/of kopijen van de corresponderende "(verzamel)getuigschriften van verstrekte zorg"(**) naar het hiernaast vermelde adres

BFA – M
Kwartier Koningin Elisabeth
Eversestraat,1
1140 BRUSSEL

(In de maand die volgt op het desbetreffend trimester)

(*) 1 lijn per prestatie

(**) De nominatieve gegevens van de patiënt dienen hierop duidelijk leesbaar te zijn

(***) De gemachtigde ondertekenaar zal nominatief vermeld worden in het contract dat de overeenkomst met de zorgverstrekkende partij bekrachtigt.