

**COMMISSION DE PROFILS DES PRESTATIONS
DES PRATICIENS DE L'ART DENTAIRE**

Questionnaire concernant la pratique du praticien de l'art dentaire en 2007

DOCUMENT CONFIDENTIEL

DOSSIER N° /2007

Veillez renvoyer le présent questionnaire à :

INAMI
Commission de profils des praticiens de l'art dentaire
A l'attention de M. G. FRANCIS
Local T658
avenue de Tervueren, 211
1150 Bruxelles

1. Données personnelles

Nom, prénom :

Rue, numéro :

Code postal, commune :

Numéro d'identification INAMI :

Université et année de diplôme :

Date de naissance :

Numéro du registre national :
(facultatif)

2. Lieu de traitement

Mentionnez dans le tableau ci-après, pour chacun de vos lieux de traitement, la dénomination, l'adresse et le nombre moyen d'heures que vous y avez prestées en 2007.

Si ces données ont changé dans le courant de l'année, prière de le spécifier et de mentionner les périodes.
(EN CARACTERES D'IMPRIMERIE SVP).

| Nom et adresse (Code postal, commune, rue) | Nombre moyen d'heures/semaine en 2007 | Nombre de patients traités par semaine en 2007 | Nombre de semaines d'activités en 2007 |
|---|---|---|---|
| A. En cabinet privé : 1. <i>Nom :</i> <i>Adresse :</i> 2. <i>Nom :</i> <i>Adresse :</i> | | | |
| B. Dans le cadre d'un établissement hospitalier : 1. <i>Nom :</i> <i>Adresse :</i> 2. <i>Nom :</i> <i>Adresse :</i> 3. <i>Nom :</i> <i>Adresse :</i> | | | |
| C. Dans le cadre d'une polyclinique : 1. <i>Nom :</i> <i>Adresse :</i> 2. <i>Nom :</i> <i>Adresse :</i> 3. <i>Nom :</i> <i>Adresse :</i> | | | |

3. Mode de perception des honoraires en 2007

Précisez le mode de perception des honoraires en 2007 en référence avec le lieu de traitement concerné relevé au point 2.

| LIEU DE TRAITEMENT (Mentionné au point 2) | MODE DE PAIEMENT | | | | PERCEPTION DU TICKET MODÉRATEUR (*) | | | | APPLICATION DE L'ÉTAT DE DÉTRESSE FINANCIÈRE | |
|--|-------------------|------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----|-----|--|--|
| | Paiement comptant | Paiement différé | Régime tiers payant | Perception complète | Ticket modérateur réduit | Pas de ticket modérateur | OUI | NON | | |
| A1 | % | % | % | % | % | % | % | % | | |
| A2 | % | % | % | % | % | % | % | % | | |
| B1 | % | % | % | % | % | % | % | % | | |
| B2 | % | % | % | % | % | % | % | % | | |
| B3 | % | % | % | % | % | % | % | % | | |
| C1 | % | % | % | % | % | % | % | % | | |
| C2 | % | % | % | % | % | % | % | % | | |
| C3 | % | % | % | % | % | % | % | % | | |

(*) Veuillez spécifier en cas d'application

- Ticket modérateur réduit :
- Quelles prestations :
- Quelles catégories de patients :
- Pas de ticket modérateur :
- Quelles prestations :
- Quelles catégories de patients :

INAMI – RIZIV Service des soins de santé – Dienst geneeskundige verzorging

L:\GV-SS\Dir3\OOK-RDQ\Commissions de Profils-Profielcommissies\TANDISELECTION 2007 - DENT GEN\Questionnaire 2007.doc

4. Radiographies :

De quel type de matériel de prise de radiographies êtes-vous équipé ?

- radiographies argentiques OUI – NON ⁽¹⁾
- radiographies numériques OUI – NON ⁽¹⁾
- plaques phosphorescentes OUI – NON ⁽¹⁾
- plaques CCD OUI – NON ⁽¹⁾
- Autre (Veuillez préciser)

Des radiographies de type panoramique ont-elles été attestées en votre nom en 2007 ?

OUI – NON ⁽¹⁾

Dans l'affirmative, l'appareil que vous utilisiez se trouvait :

- dans votre cabinet

OUI – NON ⁽¹⁾

- dans une polyclinique ou un établissement hospitalier au sein duquel vous travailliez habituellement :

OUI – NON ⁽¹⁾

- ailleurs, veuillez préciser :

5. Activités en collaboration avec d'autres praticiens de l'art dentaire

En 2007, avez-vous exercé une activité complète ou partielle en collaboration avec des assistants ou d'autres prestataires ?

OUI – NON ⁽¹⁾

Dans l'affirmative, mentionnez dans le tableau ci-après le nom et le numéro d'identification de ces praticiens de l'art dentaire, ainsi que le nombre moyen d'heures d'activités par semaine et le nombre de semaines.

| Nom et prénom de ces praticiens de l'art dentaire | Numéro d'identification INAMI x/xxxxx/xx/xxx | Localisation (cf.p. 2) | Nombre moyen d'heures/semaine en 2007 | Nombre de semaines en 2007 | Spécialisation éventuelle |
|---|---|------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

⁽¹⁾ biffer mentions inutiles.

Combien d'installations dentaires avez-vous pour votre pratique ?

6. Autres éléments

Vous pouvez noter ici toutes les données concernant votre pratique qu'il vous semble utile de communiquer à la Commission de profils.

DATE ET SIGNATURE