

# Terugbetalingsaanvraag Hospitalia Ambulant - tandzorgen

## Tandheelkundige verstrekkingen - bewijsstuk voor uitgevoerde behandeling(en)



Je kunt dit formulier opladen naar [www.partena-ziekenfonds.be/terugbetaling-tandzorg](http://www.partena-ziekenfonds.be/terugbetaling-tandzorg) of via MijnPartena  
 Bij getuigschriften moet je ons het origineel bezorgen, vergezeld van dit formulier.  
 Postadres: Partena Ziekenfonds, Sluisweg 2 bus 1, 9000 Gent of deponeer het formulier en bewijzen onkosten in de brievenbus van jouw kantoor

Naam verstrekker \_\_\_\_\_  
 RIZIV-nr \_\_\_\_\_  
 KBO-nr. innende instelling \_\_\_\_\_  
 Adres \_\_\_\_\_

Naam en voornaam patiënt \_\_\_\_\_  
 Klantnummer \_\_\_\_\_

**Kleefzegel ziekenfonds aanbrengen**

Ondergetekende verklaart dat de volgende behandelingen - verstrekkingen werden uitgevoerd

### RIZIV terugbetaalbare verstrekkingen (+ de gelinkte maximumtarieven)

Datum	(pseudo)Nomenclatuurcode	Tand nr of Prothese nr	Conventietarief	Bedrag gevraagd aan de patiënt	Bedrag betaald door de patiënt
SUBTOTAAL 1					

### NIET - RIZIV terugbetaalbare verstrekkingen (de verleende behandelingen-verstrekkingen-verzorging dienen hieronder in detail genoteerd te worden)

Datum	Nomenclatuurcode of omschrijving	Tand nr of Prothese nr	Bedrag gevraagd aan de patiënt	Bedrag betaald door de patiënt
<b>1. Preventieve Verzorging</b>				
<b>2. Curatieve verzorging</b>				
<b>3. Parodontologie</b>				
	Eerste parodontaal onderzoek			
	Niet-chirurgische behandeling van tanden en implantaten			
	Mondhygiëne-controle			
	Herbeoordeling met parodontiumstatus			
	Parodontale chirurgie			
	Parodontale nazorg			
	Mondhygiëne-advies en preventie			
	DPSI			



\*GT03711D0000000560246000\*

Datum	Nomenclatuurcode of omschrijving	Tand nr of Prothese nr	Bedrag gevraagd aan de patiënt	Bedrag betaald door de patiënt
<b>4. Radiologie</b>				
<b>5. Tandprothesen en Tandimplantaten</b>				
Uitneembare prothesen				
	Kunstharsprothese			
	Frameprothese			
	Overkappingsprothese			
	Verankering/abutment/attachment			
	Herstelling			
	Vervangen van de basis			
	Bijplaatsing			
Vaste prothese				
	Kroon/Stiftkroon			
	Kroon op implantaat			
	Brug			
	Inlay/onlay			
	Abutment			
	Facet			
	Voorlopige kroon			
	Implantaat			
<b>6. Orthodontie</b>				
Datum van plaatsing eerste apparaat binnen behandelingsplan: ..... / ..... / 20.....				
	Advies			
	Onderzoek en diagnose			
	Planbespreking			
	Basisapparatuur			
	Bijkomende apparatuur			
	Retentie apparatuur			
	Controle actief			
	Controle retentie			
	Andere			
<b>7. Andere</b>				
	SUBTOTAAL 2			

	Bedrag gevraagd aan de patiënt	Bedrag betaald door de patiënt
Totaal RIZIV-terugbetaalbare prestaties (subtotaal 1)		
Totaal Niet-RIZIV-terugbetaalbare prestaties (subtotaal 2)		
Totaal gevraagd voor alle prestaties		////////////////////////////////////
Reeds betaald voorschot	////////////////////////////////////	
Totaal betaald voor alle prestaties <sup>1</sup>	////////////////////////////////////	

<sup>1</sup> Het bedrag dat betaald is bij de aflevering van dit bewijsstuk

Datum: ..... / ..... / .....

Handtekening van de zorgverlener (indien van toepassing)