

Terugbetalingsaanvraag Dentalia Plus

Tandheelkundige verstrekkingen - bewijsstuk voor uitgevoerde behandeling(en)



Je kunt dit formulier opladen naar www.partena-ziekenfonds.be/terugbetaling-tandzorg

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
1. Preventieve Verzorging				
2. Curatieve verzorging				
3. Parodontologie				
	Eerste parodontaal onderzoek			
	Niet-chirurgische behandeling van tanden en implantaten			
	Mondhygiëne-controle			
	Herbeoordeling met parodontiumstatus			
	Parodontale chirurgie			
	Parodontale nazorg			
	Mondhygiëne-advies en preventie			
	DPSI			



GT03511D0000000520023700

