Terugbetalingsaanvraag Dentalia Plus

Tandheelkundige verstrekkingen - bewijsstuk voor uitgevoerde behandeling(en)

PARTENA onafhankelijk ziekenfonds — Dentalia PLUS

Je kunt dit formulier opladen naar 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
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			

GT03511D0000000560214600

Datum	Nomenclatuurcode of omschrijving	Tand nr of Prothese nr	Bedrag gevraagd aan de patiënt	Bedrag betaald door de patiënt
4. Radiologie				
5. Tandprothesen en Tandimplantaten				
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			
6. Orthodontie				
Datum van plaatsing eerste apparaat binnen behandelingsplan: ..... / ..... / 20……				
	Advies			
	Onderzoek en diagnose			
	Planbespreking			
	Basisapparatuur			
	Bijkomende apparatuur			
	Retentie apparatuur			
	Controle actief			
	Controle retentie			
	Andere			
7. Andere				
	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[1]	//////////////////////////////////////	

[1] Het bedrag dat betaald is bij de aflevering van dit bewijsstuk

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

Handtekening van de zorgverlener (indien van toepassing)

Conform de Europese Verordening van 27 april 2016 over de Bescherming van Gegevens (GDPR) worden uw gegevens verwerkt door de VMOB MLOZ Insurance, die optreedt als verwerkingsverantwoordelijke en door je ziekenfonds, als haar agent en verwerker, voor het beheer van uw verzekeringscontracten. Ons beleid inzake de persoonlijke levenssfeer is beschikbaar via de volgende link: https://www.mloz.be/nl/content/privacy-mloz-insurance of op aanvraag per brief.
MLOZ Insurance is de verzekeringsmaatschappij van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (OZ - Partenamut - Freie Krankenkasse - Partena Ziekenfonds). Erkend onder het CDZ-codenummer 750/01 voor de takken 2 en 18, bij de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen. Hoofdzetel: Lenniksebaan 788A, 1070 Brussel - België (RPR Brussel) - www.mloz.be - Ondernemingsnummer: 422.189.629