

# Tegemoetkomingsaanvraag Dentalia Plus



Stuur het ingevulde formulier op naar:  
 Partena Onafhankelijk Ziekenfonds, Sluisweg 2 bus 1, 9000 Gent  
 of deponeer het in een **Partena-brievenbus** in je buurt  
 (voor locaties: [www.partena-kantoren.be](http://www.partena-kantoren.be)).

Mee te nemen bij elk tandartsbezoek! Tandverstrekking verstrekt in België, Groothertogdom Luxemburg, Duitsland, Frankrijk en Nederland. Voeg steeds het getuigenschrift voor verstrekte hulp toe of een ereloonnota als de verzorging niet terugbetaald wordt door het ziekenfonds (ZIV).

IN TE VULLEN DOOR DE ZORGVERSTREKKER	
Naam patiënt: ..... Voornaam patiënt: ..... Geboortedatum patiënt: .....	
Kleefbriefje	

Soort verzorging	Soort verstrekking	Tandnr. of kwadrant	Datum verstrekking			RIZIV-code (enkel voor België)	Bedrag per verstrekking
			dd	mm	jjjj		
<b>Preventieve verzorging - 8981011</b> mondonderzoek, DPSI-index, tandsteenverwijdering, profylactisch reinigen, verzegeling, raadpleging (301011, 301033, 301055, 301070, 301114, 371011, 371033, 371055, 371070, 371114, 102012 en 102535 (door stomatoloog), 101054)							
						<b>Subtotaal:</b>	
<b>Curatieve zorgen - 8981022</b> tandextractie, conserverende tandverzorging, mond radiologie, kleine mondchirurgie (art. 14L codes gevolgd door *), supplementen voor dringende technische verstrekkingen							
						<b>Subtotaal:</b>	
<b>Parodontologie - 8981033</b> behalve DPSI-index							
						<b>Subtotaal:</b>	
<b>Tandprothesen en -implantaten - 8981044</b> herstellingen en aanpassingen prothese inbegrepen (+ RIZIV-code van de prothese)	Vaste prothesen						
	Uitneembare prothesen						
						<b>Subtotaal:</b>	
<b>Orthodontie - 8981055</b> Indien gespreide betaling van het orthodontische apparaat, datum van plaatsing van het apparaat: ...../...../20..... (zie punt 5 op de achterkant)							
						<b>Subtotaal:</b>	
						<b>TOTAAL:</b>	

Naar waarheid opgemaakt op <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Handtekening verstrekker: .....	Stempel verstrekker
---	---------------------------------	---------------------

IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERDE
Naam en voornaam: ..... In geval van ongeval: datum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> type ongeval: <input type="checkbox"/> privé <input type="checkbox"/> arbeid <input type="checkbox"/> sport Ontvangt u een tegemoetkoming van een andere verzekering? <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja - Welke: <input type="checkbox"/> verzekering arbeidsongevallen <input type="checkbox"/> privé- of collectieve verzekering (Voeg als bijlage de gedetailleerde afrekening toe) (andere dan Hospitalia) Ik sta toe dat de tegemoetkoming wordt gestort op een ander rekeningnummer dan het nummer dat in mijn dossier gekend is: Financiële rek IBAN: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BIC: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Op naam van: .....

Om mijn terugbetaling te vergemakkelijken, geef ik hierbij de VMOB "MLOZ Insurance" de toestemming om aan mijn ziekenfonds de gedetailleerde factuur te vragen die terugbetaald werd in de wettelijke ziekteverzekering.

Opgemaakt te ..... op       Handtekening: .....



\*GT03511D0000000170747800\*

## Instructies voor de verzekerden Dentalia Plus

- Neem een tegemoetkomingsaanvraag Dentalia Plus mee naar elke raadpleging bij uw tandarts.
- Vraag aan uw tandarts om het formulier in te vullen wanneer u een getuigschrift voor verstrekte hulp of ereloonnota ontvangt.
- Vul zelf het deel 'In te vullen door de verzekerde' in en onderteken het formulier. Vergeet uw kleefbriefje niet!

**Voeg altijd het getuigschrift voor verstrekte hulp of de eventuele ereloonnota toe aan deze tegemoetkomingsaanvraag.**

## Instructies voor de zorgverstrekker

1. Vul een tegemoetkomingsaanvraag Dentalia Plus in telkens u een getuigschrift voor verstrekte hulp opstelt of wanneer u erelonen int bij afgeronde behandelingen.
2. De terugbetalingen van Dentalia Plus verschillen naar gelang de soort verstrekking. Daarom dient u uw erelonen te **verdelen over de 5 subtotalen**. Enkel zo kan de terugbetaling behandeld worden.
3. In het geval van geattesteerde verzorging hoeft u de soort verstrekking niet in detail te beschrijven, de RIZIV-code is dan voldoende duidelijk. Vermeld wel "zie GVH nr. xxxx van xx/xx/20xx" en vergeet niet om op dit formulier het **totaal van de behandeling op te splitsen in subtotalen per categorie**.
4. Bij prestaties die niet door het RIZIV gedekt worden, moet de verleende verzorging in detail beschreven worden. Dit kan ofwel op de tegemoetkomingsaanvraag, ofwel op uw bijgevoegde ereloonnota.
5. Als u een gespreide betaling van een orthodontisch apparaat hanteert, vermeld dan ook de datum van de plaatsing ervan en vergeet niet de bedragen te **verdelen over het forfait voor het apparaat en de andere orthodontieverstrekingen**.

## Ter herinnering:

- Puur esthetische verzorging zoals bleaching van de tanden of meervoudige facetten worden niet ten laste genomen door Dentalia Plus.
- Verder komt enkel tandheelkundige verzorging (= verzorging die verleend mag worden door tandheelkundigen) in aanmerking. Zie Algemene voorwaarden op **[www.partena-ziekenfonds.be](http://www.partena-ziekenfonds.be)**.