Harmonisatiedocument: Rechtstreekse betaling

Tandheelkundige Verstrekkingen – **Bewijsstuk\* voor Uitgevoerde Behandeling(en)**

Uniform formulier goedgekeurd door NCTZ op 03/09/2020

*Uniek volgnummer*

(indien van toepassing)

|  |  |
| --- | --- |
| Naam verstrekker: |  |
| RIZIV-nr: |  |
| KBO-nr. innende instelling |  |
| Straat + nr.: |  |
| Postcode + Plaats |  |

*Antwoordnummer / barcode e-Attest*

(indien van toepassing)

|  |  |
| --- | --- |
| Naam + Voornaam patiënt: |  |
| INSZ-nr. of Geboortedatum |  |

**Ondergetekende verklaart dat de volgende behandelingen – verstrekkingen werden uitgevoerd:**

|  |
| --- |
| **RIZIV terugbetaalbare verstrekkingen (+ de gelinkte maximumtarieven)** |
| **Datum** | **(Pseudo)nomenclatuurcode** | **Tand nr of****Prothese nr** | **Conventietarief (1)** | **Bedrag gevraagd aan de patiënt (2)**  | **Bedrag betaald door de patiënt (3)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **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 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Substotaal 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\*\*\*** |  |  |

**Datum Handtekening van de zorgverlener (indien van toepassing)**