Harmonisatiedocument: Derdebetalersregeling

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

Uniform document goedgekeurd door NCTZ op 29/08/2024

*Uniek volgnummer*

(indien van toepassing)

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

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

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

|  |
| --- |
| **RIZIV terugbetaalbare verstrekkingen + gelinkte maximumtarieven** |
| **Datum** | **(pseudo)Nomenclatuurcode** | **Tand nr of Prothese nr** | **Conventie-****Tarief****(1)** | **Bedrag gevraagd aan de patiënt (2)** | **Bedrag betaald door de patiënt (3)** | **Bedrag****aangerekend****aan het ziekenfonds****(4)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Subtotaal 1\*\*** |  |  |  |  |
| **Totaal aan VI gefactureerd** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **NIET – RIZIV terugbetaalbare verstrekkingen\*\*\*****(de verleende behandelingen-verstrekkingen-verzorging dienen hieronder in detail genoteerd te worden)**  |
| **Datum** | **Generieke pseudocode** | **Pseudocode of nomencla-tuurcode** | **Omschrijving** | **Tand nr of****Prothese nr**  | **Bedrag gevraagd aan de patiënt** | **Bedrag betaald door de patiënt** |
| 1. **Raadpleging**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Preventieve zorgen**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Extracties**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Parodontologie**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Conserverende zorgen**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Orthodontie**
 |
| Datum van plaatsing eerste apparaat binnen behandelingsplan: ……../………./ 20…… |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Prothesen**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Orale implantaten**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Radiologie**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Stomatologie**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Honorarium voor dringende technische behandelingen**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Kroon- en brugwerk**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Trauma**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Diverse**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Behandeling kauwstelsel**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **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** (incl. voorschot) |  |  |
| **Reeds betaald voorschot** |  |  |
| **Totaal betaald voor alle prestaties\*\*\*\*** |  |  |

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