



TEGEMOETKOMING DENTAPLAN/ AANVULLEND VOORDEEL TANDZORGEN(1)

A GEGEVENS IN TE VULLEN DOOR DE VERSTREKKER

Identiteit van de patiënt:

Roze klever patiënt.

Type AV	Type verzorging	Soort verstrekking	Datum verstrekking	Riziv-code	Bedrag per verstrekking
A	Preventief P10	mondonderzoek, DPSI-index, tandsteenverwijde ring, profylactisch reinigen, verzegelen, raadpleging andere:			
SUBTOTAAL					
B	Parodontologie D10				
SUBTOTAAL					
C	Curatief C10	raadpleging, tandextractie, kleine mondchirurgie, radiografie, conserverende verzorging andere: _____			
SUBTOTAAL					
D	Orthodontie O10				
SUBTOTAAL					
E	Tandprothesen Tandimplantaten	Vaste prothesen <input type="checkbox"/> brug T11 <input type="checkbox"/> kroon T12 <input type="checkbox"/> implantaat T13 <input type="checkbox"/> schildjes T14 Uitneembare prothesen <input type="checkbox"/> volledig T21 <input type="checkbox"/> onvolledig T22 <input type="checkbox"/> skeletprotheses T23 <input type="checkbox"/> wegneembare protheses op implantaten T24 <input type="checkbox"/> andere:			
AV285 SUBTOTAAL					
TOTAAL					

Datum en handtekening verstrekker

Stempel van de verstrekker

(1) voor aanvraag van enkel het aanvullend voordeel (15% niet vergoedbare tandzorgen met max. €200 per 2 jaar, 30% met max. € 200 per 2 jaar voor personen met voorkeurtarief) is het invullen van deze zijde voldoende

B GEGEVENS IN TE VULLEN DOOR DE VERZEKERDE

Gegevens van de verzekerde of breng een roze klever aan:

Lidnummer ziekenfonds: _____

Naam + Voornaam: _____

Straat + Nummer: _____

Postcode + Gemeente: _____

Telefoon: _____

E-mail: _____

In geval van ongeval, vermeld de aard en datum van het ongeval:

Privé ongeval Werkongeval Sportongeval

Datum ongeval: ____ / ____ / _____

**Handtekening verzekerde of
van de wettelijke vertegenwoordiger:**

De tegemoetkoming zal gestort worden op het rekeningnummer dat gekend is bij het ziekenfonds.

C VERKLARINGEN

Ik geef toelating aan de VMOB SOHO om:

- De gegevens van de terugbetalingen die gebeurden in het kader van de verplichte en aanvullende verzekering aan mijn ziekenfonds op te vragen, met het oog op een correcte en snelle afhandeling van dit schadegeval.
- Ingeval van een ongeval alle uitgaven terug te vorderen van de verantwoordelijke derde of diens verzekeraar (subrogatie voor alle rechten).
- De details van de facturatie op te vragen aan de zorgverleners en om in mijn naam de bedragen terug te vorderen die ten onrechte werden aangerekend.

D RICHTLIJNEN VOOR DE VERZEKERDE

- Neem bij iedere raadpleging bij uw tandarts een 'Tegemoetkoming DentaPlan' mee.
- Laat het formulier, deel A, invullen door uw tandarts, tandarts-specialist, stomatoloog wanneer u een getuigschrift voor verstrekte hulp of ereloonnota ontvangt.
- Vul zelf het deel B in en onderteken het formulier.
- **Voeg het getuigschrift voor verstrekte hulp of ereloonnota toe aan deze tegemoetkoming.**

E RICHTLIJNEN VOOR DE VERSTREKKER

- Vul een tegemoetkoming DentaPlan in telkens u een getuigschrift voor verstrekte hulp opstelt of wanneer u erelonen int bij afgeronde behandelingen.
- De tegemoetkomingen van DentaPlan verschillen naargelang het type van verstrekking. Gelieve de erelonen te verdelen over de 5 verschillende categorieën.
- Vermeld wel altijd het bedrag/subtotalen van de verstrekkingen op het formulier.
- Bij verzorging buiten het RIZIV dient de verleende verzorging in detail beschreven te worden. Dit kan ofwel op dit formulier, ofwel op uw ereloonnota.
- Bij een orthodontische behandeling waarvoor de betaling gespreid gebeurt, vermeldt u bij elke afspraak de datum waarop het apparaat is geplaatst.