

# Terugbetalingsaanvraag tandzorgen

Tandheelkundige verstrekkingen - bewijsstuk voor uitgevoerde behandeling(en)



Onafhankelijk ziekenfonds

## Hoe vraag je deze terugbetaling aan?

**Via Mijn Helan, jouw online ziekenfonds of de Helan app:** neem een foto of scan van het ingevulde formulier en vraag je terugbetaling digitaal aan.

Opgelet: bij papieren doktersbriefjes moet je ons het origineel bezorgen, vergezeld van dit formulier.

**Per post** naar Helan Onafhankelijk ziekenfonds, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk of deponeer het in een Helan brievenbus.

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
<b>1. Preventieve Verzorging</b>				
<b>2. Curatieve verzorging</b>				
<b>3. Paradontologie</b>				
	Eerste parodontaal onderzoek			
	Niet-chirurgische behandeling van tanden en implantaten			
	Mondhygiëne-controle			
	Herbeoordeling met parodontiumstatus			
	Parodontale chirurgie			
	Parodontale nazorg			
	Mondhygiëne-advies en preventie			
	DPSI			



Datum	Nomenclatuurcode of omschrijving	Tand nr of Prothese nr	Bedrag gevraagd aan de patiënt	Bedrag betaald door de patiënt
<b>4. Radiologie</b>				
<b>5. Tandprothesen en Tandimplantaten</b>				
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			
<b>6. Orthodontie</b>				
Datum van plaatsing eerste apparaat binnen behandelingsplan: ..... / ..... / 20.....				
	Advies			
	Onderzoek en diagnose			
	Planbespreking			
	Basisapparatuur			
	Bijkomende apparatuur			
	Retentie apparatuur			
	Controle actief			
	Controle retentie			
	Andere			
<b>7. Andere</b>				
SUBTOTAAL 2				
		<b>Bedrag gevraagd aan de patiënt</b>	<b>Bedrag betaald door de patiënt</b>	
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 <sup>1</sup>		////////////////////////////////////		

<sup>1</sup> Het bedrag dat betaald is bij de aflevering van dit bewijsstuk

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

Handtekening van de zorgverlener (indien van toepassing)