

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
1. Preventieve Verzorging				
2. Curatieve verzorging				
3. Paradontologie				
	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
4. Radiologie				
5. Tandprothesen en Tandimplantaten				
Uitneembare prothesen				
	Kunstharsprothese			
	Frameprothese			
	Overkappingsprothese			
	Verankeringsprothese			
	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				
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			////////////////////////////////////	
Reeds betaald voorschot		////////////////////////////////////		
Totaal betaald voor alle prestaties ¹		////////////////////////////////////		

¹ Het bedrag dat betaald is bij de aflevering van dit bewijsstuk

Datum: / /

Handtekening van de zorgverlener (indien van toepassing)