Harmonisatiedocument: Rechtstreekse betaling

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

Uniform document goedgekeurd door NCTZ op 29/08/024

*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 en verstrekkingen werden uitgevoerd:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RIZIV terugbetaalbare verstrekkingen (+ de gelinkte maximumtarieven)** | | | | | |
| **Datum** | **(Pseudo)nomenclatuurcode** | **Tand nr of**  **Prothese nr** | **Bedrag gevraagd aan de patiënt** | | **Bedrag betaald door de patiënt** |
| **Conventie-tarief** | **Supplement** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Subtotaal 1** | | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)**