



# Aanvraag tot terugbetaling tandzorg

## CM-diensten en -voordelen en/of CM-MediKo Plan

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

|  |
|--|
| <i>Uniek volgnummer</i><br>(indien van toepassing) |
|--|

|  |
|--|
| <i>Antwoordsnummer/barcode e-Attest</i><br>(indien van toepassing) |
|--|

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Naam + voornaam patiënt:      |  |
| INSZ-nummer of geboortedatum: |  |

Ondergetekende verklaart dat de volgende behandelingen – verstrekkingen werden uitgevoerd:

| RIZIV terugbetaalbare verstrekkingen + gelinkte maximumtarieven |                           |                              |                  |                                |                                |  |
|---|---------------------------|------------------------------|------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| Datum   | (Pseudo) Nomenclatuurcode | Tandnummer of prothesenummer | Conventie-tarief | Bedrag gevraagd aan de patiënt | Bedrag betaald door de patiënt | Bedrag aangerekend aan het ziekenfonds (*) |
|   |                           |                              |                  |                                |                                |  |
|   |                           |                              |                  |                                |                                |  |
|   |                           |                              |                  |                                |                                |  |
|   |                           |                              |                  |                                |                                |  |
|   |                           |                              |                  |                                |                                |  |
|   |                           |                              |                  |                                |                                |  |
| <b>SUBTOTAAL 1</b>  |                           |                              |                  |                                |                                |  |

| NIET – RIZIV terugbetaalbare verstrekkingen<br>(de verleende behandelingen-verstrekkingen-verzorging dienen hieronder in detail genoteerd te worden) |   |                              |                                |                                |
|--|---|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Datum  | Nomenclatuurcode of omschrijving                        | Tandnummer of prothesenummer | Bedrag gevraagd aan de patiënt | Bedrag betaald door de patiënt |
| <b>1 Preventieve verzorging (**)</b>   |   |                              |                                |                                |
|  |   |                              |                                |                                |
|  |   |                              |                                |                                |
|  |   |                              |                                |                                |
|  |   |                              |                                |                                |
|  |   |                              |                                |                                |
| <b>2 Curatieve verzorging (**)</b>   |   |                              |                                |                                |
|  |   |                              |                                |                                |
|  |   |                              |                                |                                |
|  |   |                              |                                |                                |
|  |   |                              |                                |                                |
|  |   |                              |                                |                                |
| <b>3 Parodontologie</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  |                              |                                |                                |
|  |   |                              |                                |                                |
|  |   |                              |                                |                                |
|  |   |                              |                                |                                |

(\*) Deze kolom dient enkel ingevuld te worden in geval van derdebetalersregeling. In geval van rechtstreekse betaling zit het bedrag aangerekend aan het ziekenfonds vervat in het bedrag gevraagd aan de patiënt.

(\*\*) Binnen het CM-MediKo Plan wordt 75% van het wettelijke remgeld vergoed voor ambulante prestaties met RIZIV-tegemoetkoming, mits een franchise van €30 op het remgeld van alle prestaties binnen een kalenderjaar (niet enkel tandzorg).

