Dentalia Plus | Dentalia Up

ANTRAG AUF RÜCKERSTATTUNG

ZAHNMEDIZINISCHE LEISTUNGEN
NACHWEIS* FÜR AUSGEFÜHRTE BEHANDLUNG(EN)

Name des Leistungserbringers	
LIKIV-Nr.	
ZDU-Nr.	
Straße, Nr., Bk.	
PLZ, Ortschaft	

Name des Patienten	
Geburtsdatum	

Nr. des Nationalregisters

oder
kleben Sie hierhin eine Vignette

Der Unterzeichnete erklärt, dass folgende Behandlungen und Leistungen durchgeführt wurden

Erstattbare Leistungen durch das LIKIV + damit verbundene Höchsttarife

Datum	(Pseudo) Nomenklaturnummer	Zahnnummer oder Prothesennummer	beim Patient geforderter Betrag		vom Patienten bezahlter Betrag
			Tarif der Konvention	Zuschlag	
		ZWISCHENSUMME 1			

Nicht erstattbare Leistungen durch das LIKIV**
(Die verschiedenen Behandlungen müssen nachstehend im Detail aufgelistet werden)

Datum	Pseudocode	(Pseudo) Nomenklatur-nummer	Beschreibung	Zahnnr. oder Prothesennr.	beim Patien-ten geforderter Betrag	vom Patien-ten bezahlter Betrag
1. Beratungen						
2. Vorsorgende Zahnpflege						
3. Extraktionen						

* Dieses Dokument ist auch als zusätzliche Information für alle Zusatzversicherungen gültig.
** Die Pseudocodes, die durch die Verordnung vom 11. Dezember 2023 zur Festlegung der Pseudocodes für die von den Zahnärzten an die Versicherungsträger zu übermittelnden Zusatzdaten festgelegt werden, können in der Rubrik der vom LIKIV nicht erstattungsfähigen Leistungen erwähnt werden.

4. Parodontologie						
5. Zahnerhaltende Pflege						
6. Kieferorthopädie						
Datum der Anbringung der ersten Apparatur innerhalb des Behandlungsplans: ...../...../ 20.....						
7. Zahnprothesen						
8. Orale Implantate						
9. Röntgen						
10. Stomatologie						
11. Honorare für dringende technische Leistungen						

12. Kronen und Brücken						
13. Trauma						
14. Andere						
15. Behandlungen des Kauapparats						
				ZWISCHENSUMME 2		

	beim Patienten geforderter Betrag	vom Patienten bezahlter Betrag
Gesamtbetrag der erstattbaren Leistungen durch das LIKIV (Zwischensummer 1)		
Gesamtbetrag der nicht erstattbaren Leistungen durch das LIKIV (Zwischendumme 2)		
Geforderter Gesamtbetrag für alle Leistungen (inkl. Anzahlung)		
Bereits bezahlte Anzahlung		
Bezahlter Gesamtbetrag für alle Leistungen*		

Datum:

Unterschrift des Leistungserbringers (falls zutreffend)

*** Der bezahlte Betrag zum Zeitpunkt der Vorlage dieses Antrages.

>> Formular drucken

Gemäß der EU-Verordnung 2016/679 vom 27. April 2016 agiert MLOZ Insurance als verantwortliche Stelle und die Freie Krankenkasse als Versicherungsvertreter und Auftragsverarbeiter für die Verwaltung Ihrer Versicherungsverträge. Unsere Politik zum Schutz des Privatlebens können Sie einsehen unter www.freie.be/datenschutzbestimmungen oder per Post anfordern bei Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2 in 4760 Büllingen. MLOZ Insurance ist die Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit der Freien Krankenkassen (Partenamut - Freie Krankenkasse - Helan Onafhankelijk ziekenfonds), anerkannt unter der Nr. AfK 750/01 für die Zweige 2 und 18. Sitz: Route de Lennik 788A, 1070 Brüssel – Belgien (RJP Brüssel) - www.mloz.be - Unternehmensnr.: 422.189.629.