

# Denta +

## Heil- und Kostenplan

Bei einem Unfall muss für prothetische, parodontologische und kieferorthopädische Behandlungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden, von Ihrem Zahnarzt ein Heil- und Kostenplan erstellt werden. Dieser Behandlungsplan muss Ihrer Krankenkasse VOR Beginn der Behandlung übermittelt werden.

Die Kostenübernahme wird Ihnen nur unter dieser Bedingung und nach Zustimmung des Vertrauensarztes gewährt

Vom Leistungsberechtigten auszufüllen

Krankenkassenaufkleber des Patienten

Tel. oder Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Art der Leistungen, für die ein Heil- und Kostenplan erstellt wird. Bitte entsprechendes Kästchen ankreuzen.

Prothese  Parodontologie  Kieferorthopädie

Angaben zum Unfall:

Datum des Unfalls: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Beschreibung des Unfalls: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unfallbedingte Verletzungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich füge einen ärztlichen Unfallbericht und ein Röntgenbild bei, aus dem die Unfallverletzungen hervorgehen.

Bitte fügen Sie den vom Zahnarzt vorgeschlagenen Heil- und Kostenplan einschließlich des geschätzten Honorars bei (siehe Anweisungen für den Zahnarzt auf der Rückseite).

Ich erkläre, dass die oben gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und dass ich die Rechtsklauseln am Ende des Dokuments zur Kenntnis genommen habe.

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Anweisungen für den Leistungserbringer

Die **Denta +** ist eine Versicherung, die eine höhere Kostenübernahme für bestimmte zahnärztliche Behandlungen bietet. Die Berechnung der Kostenübernahme durch die **Denta +** basiert darauf, dass der Leistungserbringer einen Heil- und Kostenplan und eine Schätzung seines Honorars einreicht. Dieses Dokument ist nur im Rahmen eines Unfalls verpflichtend und muss vor Beginn der Behandlung des Patienten ausgefüllt werden. In anderen Situationen kann dieses Dokument ebenfalls ausgefüllt werden, wenn der Patient eine Schätzung der Kostenerstattung durch die **Denta +** erhalten möchte.

Sie können entweder dieses Dokument ausfüllen oder dem Patienten Ihr eigenes Dokument aushändigen. Bitte achten Sie jedoch darauf, dass Sie ein gut lesbares und ausreichend detailliertes Dokument unterbreiten, wie unten beschrieben. Der Heil- und Kostenplan beschreibt aufgrund der zum jetzigen Zeitpunkt bekannten Erkenntnissen und der heutigen Untersuchung:

- die gesamte im Mund durchzuführende Behandlung,
- die geplanten Behandlungsschritte,
- die Schätzung des Honorars für jeden Posten und des Gesamthonorars,
- eine Vorstellung vom Zeitplan, der für die vollständige Behandlung erforderlich ist,
- Ihre LIKIV-Nummer und Ihre Unterschrift

### Patient

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

### Zeitplan

Geplante Einleitung der Behandlung: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer der Behandlung: \_\_\_\_\_

### Munduntersuchung

**X: fehlt**    **S: zu sanieren**    **E: zu extrahieren**    **C: zu überkronen**

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

### Herausnehmbare Prothese

		Nummer der Zähne (wenn Teilprothese)	Honorare	Voraussichtliches Datum		
				Tag	Monat	Jahr
<b>Oberkiefer</b>	<input type="checkbox"/> vollständige Prothese					
	<input type="checkbox"/> Teilprothese					
	<input type="checkbox"/> Skelettprothese					
<b>Unterkiefer</b>	<input type="checkbox"/> vollständige Prothese					
	<input type="checkbox"/> Teilprothese					
	<input type="checkbox"/> Skelettprothese					

### Feste Prothese

		Nummer der Zähne	Honorare	Voraussichtliches Datum		
				Tag	Monat	Jahr
<b>Krone</b>	<input type="checkbox"/> Keramik					
	<input type="checkbox"/> Metallkeramik					
	<input type="checkbox"/> Metall					
<b>Inlay/Onlay</b>	<input type="checkbox"/> Keramik					
	<input type="checkbox"/> Harz					
<b>Brücke</b>	<input type="checkbox"/> Keramik					
	<input type="checkbox"/> Metallkeramik					
	<input type="checkbox"/> Harz auf Metall					
<b>Dentalstütze- Abutment</b>						
<b>Implantat</b>						
<b>Andere</b>						

Bitte nennen Sie für die Kieferorthopädie:

- die Fehlstellung (vertikal, horizontal, Schiefstand, usw.),
- die Art der Behandlung und der eingesetzten Spange,
- die voraussichtliche Dauer der Behandlung,
- das geforderte Honorar.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Bitte nennen Sie für die Parodontologie:

- den Grund der Behandlung (parodontaler Screening-Index oder Kopie der Ergebnisse der Munduntersuchung),
- die betroffenen Quadranten,
- die vorgeschlagene Behandlung,
- das eventuell eingesetzte Material,
- das geforderte Honorar.

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers zur Bestätigung der Richtigkeit

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Unterschrift des Leistungserbringers: \_\_\_\_\_

Stempel des Leistungserbringers (mit LIKIV-Zulassungsnummer)

**WEITERE AUSKÜNFTE?**

Rufen Sie uns an unter 087 32 43 33 oder kontaktieren Sie Ihren Kundenberater über [ckk-mc.be/kontakt](http://ckk-mc.be/kontakt)



## Rechtsklauseln

Ich bin damit einverstanden, dass die Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit (VGaG) CKK-ASSURA sich direkt mit der CKK in Verbindung setzt, um meine Rückerstattungen auf der Grundlage der Daten, die sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Zusatzversicherung erhalten hat, zu optimieren.

Die CKK-Assura darf meine Daten nicht an Dritte weitergeben, es sei denn, dies ist für die ordnungsgemäße Erfüllung des Versicherungsvertrags und/oder im Rahmen einer Rechtsabtretung erforderlich (Rückforderung von Ausgaben von einem haftpflichtigen Dritten).

Die CKK verarbeitet meine Daten gemäß der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) vom 27. April 2016. Im Rahmen meines Versicherungsvertrags werden meine Daten durch die CKK-Assura, die als Verantwortliche für die Verarbeitung handelt, sowie durch die CKK, die als Versicherungsvermittlerin der letztgenannten handelt, verarbeitet.

Die Datenschutzerklärung ist unter [www.ckk-mc.be/disclaimer](http://www.ckk-mc.be/disclaimer) zu finden oder wird auf Anfrage zur Verfügung gestellt.

Die CKK-ASSURA, Chaussée de Haecht 579 in 1031 Brüssel, ist die Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit (VGaG) der Christlichen Krankenkasse (Register der Rechtspersonen Brüssel, 0834.322.140), die vom Kontrollamt der Krankenkassen und der nationalen Krankenkassenverbände (KAK) unter der Nummer 150/O2 für die Zweige 2 und 18 zugelassen ist.

Die CKK mit Sitz in der Chaussée de Haecht 579 in 1031 Brüssel ist der Versicherungsvermittler der CKK-Assura.

## WEITERE AUSKÜNFTE?

Rufen Sie uns an unter 087 32 43 33 oder kontaktieren Sie Ihren Kundenberater über [ckk-mc.be/kontakt](http://ckk-mc.be/kontakt)

