

Antrag auf Kostenbeteiligung

Dieser Antrag auf Kostenübernahme braucht nicht für Vorbeugungs- und Heilbehandlungen verwendet zu werden, die von der gesetzlichen Versicherung erstattet werden: Die Denta + erstattet die gesetzlichen Eigenanteile für diese Behandlungen automatisch.

Der CKK-Assura vorbehalten

Anspruch auf Erstattung durch die Denta-Solidar: Ja Nein
Erstattung durch die Denta-Solidar: Ja Nein
Heil- und Kostenplan angenommen: Ja Nein

Vom Leistungsberechtigten auszufüllen

Krankenkassenaufkleber des Patienten

Tel. oder Handy: _____

E-Mail: _____

Sind diese Leistungen wegen eines Unfalls erforderlich? Ja Nein

Datum des Unfalls: ____ / ____ / ____

Kommt ein anderer Träger für einen Teil dieser Kosten auf? Ja Nein Wenn ja, bitte angeben: _____

Der/die Unterzeichnete erklärt, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen und dass er/sie die unten aufgeführten Klauseln zur Kenntnis genommen hat.

Datum: ____ / ____ / ____

Unterschrift: _____

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 gibt meine Daten nicht an Dritte weiter, es sei denn, dies ist für die ordnungsgemäße Erfüllung des Versicherungsvertrags und/oder im Falle eines Rechtsübergangs im Rahmen eines Unfalls gemäß Artikel 95 des Versicherungsgesetzes erforderlich.

Die CKK verarbeitet meine Daten im Einklang mit der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung vom 27. April 2016 (EU-DSGVO). Zur Verwaltung meines Versicherungsvertrags werden diese Daten von der CKK-Assura, die als Verantwortliche für die Datenverarbeitung handelt, sowie von der CKK, die als deren Versicherungsvermittlerin handelt, verarbeitet.

Die Datenschutzerklärung ist unter 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 150/02 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.

Vom Leistungserbringer auszufüllen

Name und Vorname des Patienten: _____

Art der Behandlung	Art der Leistungen	Nr. des Zahns/ Quadrant	Datum der Leistung			Betrag nach Leistungsart
			Tag	Monat	Jahr	
			Einsetzen der Zahnspange:			Bei Ratenzah- lung Kostenschät- zung für die Gesamtbe- handlung:
Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> Nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet <input type="checkbox"/> Von der gesetzlichen Versicherung erstattet <input type="checkbox"/> Retentionsspange (Ende der Behandlung)					
Radiologie	<input type="checkbox"/> 3D-Röntgenaufnahme, Cone Beam, CBCT					
Heilmaßnahmen	<i>Nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet:</i> <input type="checkbox"/> Entfernung eines Milchschneidezahns (vor dem 5. Geburtstag) <input type="checkbox"/> Zahnentfernung <input type="checkbox"/> Zahnentfernung je weiteren Zahn (gleicher Quadrant und gleiche Sitzung) <input type="checkbox"/> Wundnaht nach Entfernung oder operativer Entfernung eines Zahns, je Zahn <input type="checkbox"/> Wundnaht je zusätzlichen Zahn, gleicher Quadrant <input type="checkbox"/> Chirurgische Zahnentfernung					
Herausnehmbare Prothesen	<i>Von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet:</i> <input type="checkbox"/> Obere Prothese: Geben Sie den zutreffenden LIKIV-Code an. <input type="checkbox"/> Untere Prothese: Geben Sie den zutreffenden LIKIV-Code an <input type="checkbox"/> Skelettprothese <input type="checkbox"/> Kunstharz - besonderes Material <input type="checkbox"/> Für Reparatur, Hinzufügen, neue Unterfütte- rung: Geben Sie den zutreffenden LIKIV-Code an					
	<i>Nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet:</i> <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Vollständige Prothese <input type="checkbox"/> Skelettprothese <input type="checkbox"/> Kunstharz - besonderes Material <input type="checkbox"/> Herausnehmbare Prothese auf Implantat <input type="checkbox"/> Reparatur <input type="checkbox"/> Hinzufügen <input type="checkbox"/> Neue Unterfütterung					
Feste Prothesen	<i>Nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet:</i> <input type="checkbox"/> Implantat <input type="checkbox"/> Krone <input type="checkbox"/> Brücke <input type="checkbox"/> Inlay/onlay <input type="checkbox"/> Abutment <input type="checkbox"/> Andere:					
Parodontologie	<i>Nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet:</i> <input type="checkbox"/> Munduntersuchung <input type="checkbox"/> Zahnsteinentfernung unterhalb des Zahn- fleischsaums <input type="checkbox"/> Chirurgie, Transplantation, Knochenfüllung <input type="checkbox"/> Sinuslift (Knochenaufbau) <input type="checkbox"/> Andere:					

Bei einem Unfall ist ein vorheriger Heil- und Kostenplan für die fettgedruckten Leistungen vorgeschrieben.

Unterzeichnete(r) bestätigt durch seine Unterschrift die Richtigkeit des Inhalts

Datum: ____ / ____ / ____

Unterschrift: _____

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

