**[V –** Verord. 31-1-05 – B.S. 9-3 – ed. 1; **V –** Verord. 20-11-06 – B.S. 10-1-07 – art. 3; **V** – Verord. 29-11-10 – B.S. 21-12 – ed. 3 – art. 2; **V** – Verord. 18-7-11 – B.S. 15-9 – art. 4; **V** – Verord. 22-2-16 – B.S. 4-4 – art. 1**]** [[1]](#footnote-1)(°)

**Bijlage 57**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING**  **IN AFWIJKING OP DE LEEFTIJDSGRENZEN VAN 50 JAAR** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| *In te vullen door de rechthebbende of kleefzegel aanbrengen:* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| RECHTHEBBENDE | | | Naam en voornaam ………………………………………………………………………………  Adres……………………………………………………………………………………………..  Verzekeringsinstelling …………………………………………………………………………..  Identificatienummer sociale zekerheid …………………………………………………………. | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| *In te vullen door de practicus:* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| PATIENT | | | Naam en voornaam ………………………………………………………………………………  Geboortedatum ………………………………………………………………………………….. | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Betrokkene beantwoordt aan de voorwaarden gesteld  In artikel 6, § 5 – 2.2 of 2.4 (1) (2) | | | | | | Betrokkene beantwoordt aan de voorwaarden gesteld  In artikel 6, § 5 – 2.3 of 2.4 (1) (2) | | | |
| □ | 1) | Malabsorptiesyndroom en colorectale ziekten | | | | □ | 1) | Tandverlies of tandextracties ten gevolge van de onmogelijkheid voor de rechthebbende om een correcte mondhygiëne te verwerven of te behouden wegens een blijvende handicap | |
| □ | 2) | Mutilerende ingre(e)p(en) op het spijsverteringsstelsel | | | |
| □ | 3) | Verlies en/of extractie van tanden wegens osteomuelitis, osteonecrose door bisfosfonaten, radiotherapie (tandaantasting en/of osteoradionecrose), antitumorale chemotherapie of behandeling met immunosuppressie-agens. | | | | □ | 2) | Tandverlies of tandextracties ten gevolge van een onweerlegbaar bewezen uitzonderlijke pathologie of de behandeling ervan waarbij redelijkerwijze mag aangenomen worden dat het tandverlies of de tandextracties onvermijdbaar waren ondanks een correcte mondhygiëne | |
| □ | 4) | Extracties van tanden ter preventie van endocarditis, tijdens de op punt stelling vóór een openhartoperatie of een orgaantransplantatie, antitumorale chemotherapie, behandeling met immunosuppressie-agens, radiotherapie of behandeling met bisfosfonaten | | | |
| □ | 5) | Congenitale agnesie van minstens DRIE blijvende tanden, met uitzondering van wijsheidstanden of ernstige aangeboren of erfelijke misvormingen van de kaakbeenderen of van de tanden | | | | □ | 3) | Tandextractie die plaatsvond bij een rechthebbende voor wie een openhartoperatie, een orgaantransplantatie of een behandeling met een ionisatie-agens of een immunodepressie-agens gepland werd, doch niet uitgevoerd | |
| □ | 6) | Tandverlies ten gevolge van een tandtrauma bij een patiënt in behandeling voor epileptie, veroorzaakt door een epileptische aanval | | | |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | |
| (1) Het gevraagde aankruisen en de geneeskundige verantwoordingsgegevens verplicht bijvoegen. | | | | | | | | | |
| (2) De voorwaarden uit artikel 6, § 5, 2.4 van de nomenclatuur zijn enkel van toepassing voor patiënten die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt. Dergelijke aanvragen dienen steeds te worden onderworpen aan de goedkeuring van de Technische tandheelkundige raad. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Aanduiding van de te plaatsen/geplaatste prothese(n) | | | | | | | | | |
| PROTHESE(N) | | | | | NOMENCLATUURNUMMERS | | | | |
| AANTAL TANDEN | | | |  | AMBULANT | | | | GEHOSPITALISEERD |
|  | | | | BOVEN |  | | | |  |
|  | | | | ONDER |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| PRACTICUS Datum: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Naam, voornaam, adres  ……………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | |
| (handtekening) | | | | | | | | | |
| Identificatienummer bij het RIZIV: …………………………………… | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Aantal bijgevoegde documenten: ……………………………………… | | | | | | | | | |

**Bijlage 57 (vervolg)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AANVRAAG IN HET KADER VAN ARTIKEL 6, § 5, 2.2** | | | | |
|  | | | | |
| Beslissing van de adviserend geneesheer | | | | |
|  | | | | |
| Ondergetekende verklaart – toestemming (1) – geen toestemming (1) te verlenen voor tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging van prothese(n) met nomenclatuurnummer(s)  ……………………………………………………………………………………………….. | | | | |
|  | | | | |
| Motivering in geval van weigering | | | | |
|  | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | |
|  | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | |
|  | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | |
|  | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | |
|  | | | | |
| Datum …………………………………………………………….. | | | | Naam en handtekening: |
|  | | | |  |
|  | | | | ………………………………………………………………………….. |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Beslissing van de verzekeringsinstelling | | | | |
|  | | | | |
| Rekening houdende met eventuele vroegere tegemoetkoming(en) wordt het door de verzekeringsinstelling voor de hiervoren/hierna bedoelde prothese(n) verschuldigd bedrag(en) thans vastgesteld op …………………………………………………………………………………………….. €  (naargelang het geval beide bedragen vermelden). | | | | |
|  | | | | |
| Datum: …………………………………………………… | | | Handtekening van de afgevaardigde en stempel van de verzekeringsinstelling. | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **AANVRAAG IN HET KADER VAN ARTIKEL 6, § 5, 2.3 OF 2.4** | | | | |
|  | | | | |
| Doorgezonden door de verzekeringsinstelling naar de Technische tandheelkundige raad op …………………………………………….. | | | | |
|  | | | | |
| Handtekening van de afgevaardigde en stempel van de verzekeringsinstelling. | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Beslissing van de Technische tandheelkundige raad | | | | |
|  | | | | |
| De Technische tandheelkundige raad verklaart – toestemming (1) – geen toestemming (1) (2) te verlenen voor tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging van prothese(n) ment nomenclatuurnummer(s) | | | | |
|  | | | | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | |
|  | | | | |
| Datum: ………………………………………….. | | Voor de Technische tandheelkundige raad | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| De Secretaris. | | | | |
|  | | | | |
| (1) | Schrappen wat niet past. | | | |
| (2) | Motivering van de weigering in bijlage. | | | |

1. (°) van toepassing vanaf 1-6-2016 [↑](#footnote-ref-1)