

# HONORARE

für die häufigsten erstattungsfähigen

## TEILWEISER KONVENTIONIERTER GESUNDHEITSDIENSTLEISTER

32 Stunden an mindestens vier Tagen als Tätigkeit zu den Bedingungen des Abkommens.

**Spezifische Berufsbezeichnung:**  
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

**Name:**

**LIKIV-Nummer:**

**ZDU-Nummer:**

Konventionierte Stunden (A) : Montag :  
Dienstag :  
Mittwoch :  
Donnerstag :  
Freitag :  
Samstag :  
Sonntag :

In den übrigen Stunden wendet der Gesundheitsdienstleister ein nicht vereinbartes

Musteraushang, festgelegt vom  
Versicherungsausschuss  
am 11/12/2023

Beträge aktualisiert am \_\_\_\_\_  
\*\*\*

BESCHREIBUNG DER BEHANDLUNGS	MAXIMALE HONORARE **	Kostenbeteiligung + Eigenanteil + max. Zuzahlung (B)		Kostenbeteiligung LIKIV		Zu Lasten des Patienten		
		A	B	Zahnpflegeverlauf	ohne Zahnpflegeverlauf	EIGENANTEIL		MAXIMALER PATIENTEN-ZUZAHUNG
						Zahnpflegeverlauf	ohne Zahnpflegeverlauf	
Konsultation in der Praxis eines Zahnarztes, der die besondere Berufsbezeichnung „Zahnarzt, Facharzt für Kieferorthopädie“ führt, ab dem 19. Geburtstag Nomenklatur-Code* : 301092	Normal Versicherter	€	€	€	/	€	/	€
	Bim	€	€	€	/	€	/	€
Kieferorthopädische Untersuchung mit Datenerhebung für die Erstellung eines Behandlungsplans und Anfertigung von Modellen der beiden Zahnbögen in habitueller Okklusion Nomenklatur-Code* : 305550	Normal Versicherter	€	€	€	/	€	/	€
	Bim	€	€	€	/	€	/	€
Kieferorthopädische Untersuchung oder Beratung, mit Bericht Nomenklatur-Code* : 305830	Normal Versicherter	€	€	€	/	€	/	€
	Bim	€	€	€	/	€	/	€
Analyse der Daten und Erstellung eines Behandlungsplans und Aufbewahrung von Anhang 60 oder gleichwertigem Material in der Patientenakte Nomenklatur-Code* : 305572	Normal Versicherter	€	€	€	/	€	/	€
	Bim	€	€	€	/	€	/	€
Panorama-Röntgenuntersuchung beider Kiefer, unabhängig von der Anzahl der Aufnahmen, vom 7. bis zum 19. Geburtstag Nomenklatur-Code* : 377090	Normal Versicherter	€	€	€	/	€	/	€
	Bim	€	€	€	/	€	/	€

\* Dies sind die LeistungsCodes für ambulante Patienten. Für stationäre Patienten gelten die gleichen Leistungen mit einem anderen Code.

\*\* Im Falle besonderer Anforderungen des Leistungsempfängers, wie z. B. Ort oder Zeit der Behandlung, ohne dass eine zahnärztliche oder medizinische Notwendigkeit vorliegt, kann das verlangte Honorar die genannten Honorare übersteigen.

\*\*\* Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Aushang entsprechend der offiziellen Tarife und/oder der angewandten Tarife zu aktualisieren.

**Teilweise konventioniert** - Ein teilweise konventionierter Gesundheitsdienstleister kann außerhalb der konventionierten Stunden von den LIKIV-Tarifen abweichen (Zuzahlungen anwenden).

**Normal Versicherter** - Leistungsempfänger ohne erhöhte Kostenbeteiligung.

**Bim** - Person, die Anspruch auf eine höhere Kostenbeteiligung des LIKIV hat (Leistungsempfänger der erhöhten Kostenbeteiligung).

**Maximales Honorar** - Der Höchstbetrag, den Sie für diese Behandlung zahlen. Er setzt sich aus der Kostenbeteiligung des LIKIV, dem Eigenanteil und eventuellen Zuschlägen zusammen.

**LIKIV-Beteiligung** - Teil des Honorars, den die Gesundheitspflegepflichtversicherung übernimmt.

**Eigenanteil** - Der maximale Teil des Honorars, den Sie neben eventuellen Zuzahlungen übernehmen.

**Ohne Zahnpflegeverlauf (Trajet de soins buccaux - TSB)** - Bei bestimmten Leistungen erhöht sich die Beteiligung am Eigenanteil des Patienten, wenn er in den vorangegangenen zwei Kalenderjahren keine Erstattung für die durchgeführte Zahnbehandlung erhalten hat.

**Patientenzuzahlung** - Maximaler Betrag, den ein Gesundheitsdienstleister zusätzlich zum INAMI-Honorar in Rechnung stellt.

### Was zahlen Sie an den Gesundheitsdienstleister?

Den Gesamtbetrag (Kostenbeteiligung + Eigenanteil + Zuzahlung). Ihre Krankenkasse erstattet Ihnen den Betrag der Kostenbeteiligung des LIKIV.

ODER

Nur den Eigenanteil und die eventuellen Zuzahlungen (wenn der Gesundheitsdienstleister die Drittzahlerregelung anwendet).

Diese Tarife gelten nur für Personen, die in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, die alle Erstattungsvoraussetzungen erfüllen, und wenn diese Erstattungsvoraussetzungen erfüllt sind.

**Sie haben das Recht, alle Informationen über die finanziellen Auswirkungen der Behandlung zu erhalten.**

Anschrift(en) der Praxis :

Telefonnummer :

Website (sofern zutreffend) :

Auf der Website angegebene E-Mail-Adresse (nur für

Verwaltungsdaten) :

Rechtsform :

Berufshaftpflichtversicherung (Name, Adresse, räumlicher Geltungsbereich) :

Adresse des eingetragenen Sitzes (bei juristischen Personen) :

Zuständige Aufsichtsbehörden

Visum: FÖD Volksgesundheit, Generaldirektion Gesundheitswesen, Avenue Galilée 5/02, 1210 Brüssel

LIKIV: Avenue Galilée 5/01, 1210 Brüssel

Anerkennung als besondere Berufsbezeichnung : Direktion für die Zulassung von Gesundheitsdienstleistern (Direction de l'Agrément des Prestataires de Soins de Santé - DAPSS), Rue Adolphe Lavallée 1, 1080 Brüssel

Lizenz für zahnärztliche Radiographie: Föderalagentur für Nuklearkontrolle (FANK)

Rue du Marquis 1/6a, 1000 Brüssel