

HONORARE

für die häufigsten erstattungsfähigen

NICHT-KONVENTIONIERTE(R) GESUNDHEITSDIENSTLEISTER

Spezifische Berufsbezeichnung:
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Name:

LIKIV-Nummer:
ZDU-Nummer:
Berufshaftpflichtversicherung (Name, Adresse, räumlicher Geltungsbereich) :

Spezifische Berufsbezeichnung:
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Name:

LIKIV-Nummer:
ZDU-Nummer:
Berufshaftpflichtversicherung (Name, Adresse, räumlicher Geltungsbereich) :

Spezifische Berufsbezeichnung:
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Name:

LIKIV-Nummer:
ZDU-Nummer:
Berufshaftpflichtversicherung (Name, Adresse, räumlicher Geltungsbereich) :

Musteraushang, festgelegt vom Versicherungsausschuss am 22/04/2024

Beträge aktualisiert am *** ***		Kostenbeteiligung + Eigenanteil + max. Zuzahlung		Kostenbeteiligung LIKIV		Zu Lasten des Patienten		
Beschreibung der Behandlung	Maximale Honorare **		Kostenbeteiligung LIKIV	Kostenbeteiligung LIKIV (ohne Zahnpflegeverlauf)	Eigenanteil	Eigenanteil (ohne Zahnpflegeverlauf)	Maximaler Patientenzahlung	
Konsultation in der Praxis eines Zahnarztes, der die besondere Berufsbezeichnung „Zahnarzt, Facharzt für Kieferorthopädie“ führt, ab dem 19. Geburtstag Nomenklatur-Code* : 301092	Normal Versicherter	€	26,00 €	/	6,00 €	/	€	
	Bim	€	32,00 €	/	0,00 €	/	€	
Kieferorthopädische Untersuchung mit Datenerhebung für die Erstellung eines Behandlungsplans und Anfertigung von Modellen der beiden Zahnbögen in habitueller Okklusion Nomenklatur-Code* : 305550	Normal Versicherter	€	44,00 €	/	11,00 €	/	€	
	Bim	€	55,00 €	/	0,00 €	/	€	
Kieferorthopädische Untersuchung oder Beratung, mit Bericht Nomenklatur-Code* : 305830	Normal Versicherter	€	28,50 €	/	11,00 €	/	€	
	Bim	€	39,50 €	/	0,00 €	/	€	
Analyse der Daten und Erstellung eines Behandlungsplans und Aufbewahrung von Anhang 60 oder gleichwertigem Material in der Patientenakte Nomenklatur-Code* : 305572	Normal Versicherter	€	35,00 €	/	11,00 €	/	€	
	Bim	€	46,00 €	/	0,00 €	/	€	
Digitale Panorama-Röntgenuntersuchung beider Kiefer, unabhängig von der Anzahl der Aufnahmen, vom 7. bis zum 19. Geburtstag Nomenklatur-Code* : 377311	Normal Versicherter	€	66,00 €	/	0,00 €	/	€	
	Bim	€	66,00 €	/	0,00 €	/	€	
* 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.								

Nicht konventioniert - Ein nicht konventionierter Gesundheitsdienstleister kann von den Tarifen des LIKIV 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.

Patientenzahlung - 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 (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.