

Naam

Voornaam

Adres

Ziekenfondsnummer 404/

E-mailadres

Tand-plus

in te vullen door het lid

Ik, ondergetekende, verklaar hierbij op eer

dat voor de ingediende kosten geen terugbetaling werd of wordt verkregen van zijn ziekenfonds via de verplichte verzekering

geen polis te hebben onderschreven bij om het even welke verzekeringsmaatschappij met zetel in België of in het buitenland die een tussenkomst voorziet, van welke grootte dan ook, in het persoonlijk aandeel van de patiënt bij niet-vergoedbare tandzorgen

een polis inzake persoonlijk aandeel bij niet-vergoedbare tandzorgen te hebben onderschreven bij:

deze maatschappij verleent echter geen tussenkomst voor de kosten waarvoor de vraag aan het ziekenfonds gericht wordt (schriftelijke bevestiging van de verzekeringsmaatschappij bij te voegen).

een polis inzake persoonlijk aandeel bij niet-vergoedbare tandzorgen te hebben onderschreven bij:

deze verzekeringsmaatschappij heeft een tussenkomst ten bedrage van € verleend voor het persoonlijk aandeel bij niet-vergoedbare tandzorgen (afrekening van de verzekeringsmaatschappij bij te voegen).

Ondergetekende verklaart uitdrukkelijk de tussenkomst verstrekt door het ziekenfonds integraal terug te betalen, indien zou blijken dat onderhavige verklaring niet overeenstemt met de werkelijkheid.

Datum

Handtekening

Opgelet, dit formulier heeft nog een tweede bladzijde!

Naam

Voornaam

Adres

Ziekenfondsnummer 404/

E-mailadres

Tand-plus

in te vullen door de tandarts, orthodontist of stomatoloog

Identificatie tandarts (naam en adres)

RIZIV-nummer

De kostprijs van de verstrekking(en) bedraagt

Ik, ondergetekende, verklaar hierbij op eer dat bij de patiënt een niet door het RIZIV-vergoede verstrekking werd uitgevoerd en geen getuigschrift werd opgemaakt in het kader van de verplichte verzekering.

Datum

Handtekening

LM

Nomenclatuur

805906 – tot 26 jaar

805904 – vanaf 26 jaar

20% van betaald bedrag

max. €300 /2 jaar (-26 jaar) - max. €150 /2 jaar (+26 jaar)