



**VOORDEEL AANVULLENDE VERZEKERING**  
**REFRACTIEVE LASERBEHANDELING OF VOOR DE KOSTEN VAN EEN**  
**LENSIMPLANTAAT**

**Kleef hier een roze klever of vul in:**

Rechthebbende (naam en voornaam):

Adres:

Aansluitingsnr.:

of rijksregisternummer:

Voorwaarden voor de tegemoetkoming vanaf 1 januari 2015

*Om de tussenkomst te bekomen moet de rechthebbende in orde zijn met de bijdragen van de aanvullende verzekering.*

*De tussenkomst bedraagt maximum 150,00 EUR (eenmaal per oog) zonder evenwel het bedrag ten laste van de rechthebbende te overschrijden.*

*Enkel de statuten zijn bepalend voor de rechten en plichten van het ziekenfonds en zijn leden.*

In te vullen door de zorgverstreker

Ondergetekende,....., oogarts verklaart op datum van ..... volgende behandeling te hebben uitgevoerd:

- refractieve laserbehandeling voor correctie van myopie, presbytie, astigmatisme, hypermetropie aan één oog (**links \* / rechts \***).
- refractieve laserbehandeling voor correctie van myopie, presbytie, astigmatisme, hypermetropie van beide ogen.
- lensimplantaat ter correctie van myopie, presbytie, astigmatisme en hypermetropie in één oog (**links \* / rechts \***).
- lensimplantaat ter correctie van myopie, presbytie, astigmatisme en hypermetropie in beide ogen.

**\* duid het behandelde oog aan.**

Stempel en Riziv-nummer van de zorgverstreker:

Betaald bedrag: ..... EUR

Datum: .....

Handtekening: .....