

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: