



VMOB Hospitaal-Plus, verzekeringsmaatschappij
van onderlinge bijstand, toelatingsnummer verzekeringsonderneming 450/01
Maatschappelijke zetel: Livornostraat 25 – 1050 Brussel
KBO-nummer: 0471.459.194

Datum ontvangst:

Aanvraag tot tegemoetkoming Denta Plus

Bezorg dit document samen met het getuigschrift voor verstrekte hulp of, indien er geen tegemoetkoming door de verplichte ziekteverzekering is, een gedetailleerde factuur of ereloonnota aan uw ziekenfonds. De verplicht in te vullen velden zijn aangeduid met een *

Gegevens in te vullen door de verzekerde of de wettelijke vertegenwoordiger

Vul in of breng een blauwe klever aan:

Rijksregisternummer (*): _____
Naam + voornaam (*): _____
Straat + nummer (*): _____
Postcode + gemeente (*): _____

Telefoon: _____

GSM: _____

E-mail: _____

Indien u de betaling wenst te ontvangen op een ander rekeningnummer dan hetgeen gekend is bij het ziekenfonds, gelieve dit dan hier in te vullen. Het ingevulde rekeningnummer zal in de toekomst altijd gebruikt worden voor uw tegemoetkomingen Hospitaal-Plus. Het is niet mogelijk eenmalig een terugbetaling te laten uitvoeren op een ander rekeningnummer.

IBAN:

BIC:

(*) Zijn de tandzorgverstrekkingen het gevolg van een ongeval? JA NEE

Zo ja, om welk soort ongeval gaat het? _____

thuis verkeer sport werk school andere: _____

(*) Is er een tegemoetkoming door een andere verzekering? JA NEE

Zo ja, welke? _____

Door dit formulier te ondertekenen, verklaart u dat de gegevens die u heeft ingevuld volledig en correct zijn.

Enkel voor wie nog geen toestemming gaf bij aansluiting of voor wie twijfelt of de toestemming reeds werd gegeven:

Kruis het volgende vakje aan om uw toestemming te geven tot verwerking van uw persoonsgegevens. Uw rechten worden beschreven in de privacyverklaring die is opgenomen in de informatiefiche van de onderneming en die u kan raadplegen op onze website.

Ik geef VMOB Hospitaal-Plus toestemming om mijn gezondheidsgegevens te verwerken met het oog op en in het kader van het uitvoeren en beheren van mijn verzekeringsovereenkomst.

Ik geef VMOB Hospitaal-Plus toestemming om, indien nodig, de gegevens van terugbetalingen die gebeurden in het kader van de verplichte ziekteverzekering en aanvullende verzekering bij mijn ziekenfonds op te vragen, met het oog op een correcte afhandeling van mijn schadegeval.

(*) Handtekening van de verzekerde:

Gegevens in te vullen door de verstrekker indien geen bewijsstuk voor uitgevoerde behandeling(en) wordt afgeleverd

Identiteit van de patiënt (*): _____

Rijksregisternummer van de patiënt (*): _____

Soort verzorging	Soort verstrekking	Tandnr. of kwadrant	Datum verstrekking (dd/mm/jjjj)	Nomenclatuurnummer (niet voor verstrekkingen buiten België)	Kost	
Preventieve verzorging Bucco-dentaal onderzoek, DPSI-index, tandsteenverwijdering, profylactisch reinigen, verzegeling, raadpleging						
					Subtotaal:	
Curatieve verzorging Tandextractie, conserverende tandverzorging, mondradiologie, kleine mondchirurgie (Nomenclatuur art. 141, codes gevolgd door '+'), supplementen voor dringende technische verstrekkingen						
					Subtotaal:	
Parodontologie Uitgezonderd DPSI-index						
					Subtotaal:	
Prothetische behandeling Ook herstellingen en aanpassingen aan prothesen (ook RIZIV-code van prothese) <u>Vaste elementen:</u> <u>Uitneembare elementen:</u>	<input type="radio"/> brug <input type="radio"/> kroon <input type="radio"/> implantaat <input type="radio"/> schildjes/facings <input type="radio"/> inlay/onlay <input type="radio"/> andere: _____ <input type="radio"/> volledige prothese <input type="radio"/> gedeeltelijke prothese <input type="radio"/> skeletprothese <input type="radio"/> uitneembare prothese op implantaat <input type="radio"/> andere: _____					
					Subtotaal:	
Orthodontie Bij gespreide betaling van het orthodontisch apparaat, hier de datum van plaatsing van het apparaat vermelden: / /						
					Subtotaal:	
					Totaal:	

(*). Opgemaakt en voor echt verklaard op / / door dr. _____

Handtekening: