



Om in aanmerking te komen voor de terugbetaling dient u dit document ingevuld aan uw ziekenfonds te bezorgen.

Al onze adressen zijn terug te vinden op [www.LM.be](http://www.LM.be) of via:



## Tandzorgen

Uw gegevens invullen of een blauwe klever aanbrengen

**Voornaam:** .....

**Naam:** .....

**Adres:** .....

.....

**RRN:** .....

**E-mailadres:** .....@.....

In te vullen door de tandarts, parodontoloog of stomatoloog

Identificatie tandarts (naam en adres)

.....

RIZIV-nummer: .....

Verstrekking waarvoor vanuit de verplichte verzekering geen tussenkomst mogelijk is:

- Tandprothese**
- Tandimplantaat**
- Kroon**
- Extractie**
- Stiftand**
- Facing**
- Inlay en onlay**

De kostprijs van de verstrekking bedraagt ..... euro

Ik, ondergetekende, verklaar hierbij op eer dat bij de patiënt een niet door het RIZIV vergoede verstrekking werd uitgevoerd.

Datum ..... / ..... / 20.....

Handtekening en stempel

FACVA025