



BESTEK VOOR ORTHODONTISCHE BEHANDELING VERZOEK OM VOORAFGAANDE GOEDKEURING

in te dienen bij het bevoegde afwikkelingsbureau

Inlichtingen die de aangeslotene MOET verstrekken:

Naam en voornaam aangeslotene: Mevr./Juffr./Dhr: Persnr./Pensnr.:

Instelling en plaats tewerkstelling: Kantooradres: Tel.:

Privéadres (gepensioneerden):

Datum beëindiging dienst/datum einde contract: (tijdelijke functionarissen/arbeidscontractanten)

Behandeling voor:

aangeslotene echtgeno(o)t(e) kind met ten laste komend kind gelijkgestelde persoon

Datum: Handtekening aangeslotene:

(*) behandeling moet worden aangevat voor de leeftijd van 18 jaar

VOORGESTELDE ORTHODONTISCHE BEHANDELING IN TE VULLEN DOOR DE ORTHODONTIST

Behandeling voor:

Naam en voornaam: Geboortedatum: (*)

Behandelende orthodontist (naam/voornaam en adres/land – verplichte inlichtingen):

.....

.....

.....

.....

Tel:

Stempel **orthodontist**:

Datum: Handtekening:

Vermoedelijke duur van de behandeling:

.....

.....

Totaal geraamd honorarium orthodontist:

.....

.....

.....

(munt en land specificeren)

Vastgestelde afwijkingen:

.....

.....

.....

.....

Voorbehouden **raadgevend tandarts** EU

.....

.....

.....

.....

Datum: Goedkeuring:

.....

VOORBEHOUDEN AFWIKKELINGSBUREAU

Redenen voor eventueel weigering:

.....

.....

.....

.....

Datum:

In geval van aanvullende verzekering, afschrift van het bestek van de hoofdverzekering of van de gemotiveerde weigering bijvoegen.

Goedkeuring van dit bestek verplicht het afwikkelingsbureau slechts tot terugbetaling indien alle reglementaire bepalingen zijn nageleefd.

Behandeld overeenkomstig Verordening 45/2001 - http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/en/sickness_insurance/sources/Pages/index.aspx#dataprotection