

ORTHODONTIE
AANVRAAG TEGEMOETKOMING
VOOR ORTHODONTISCHE BEHANDELINGEN ZONDER
TERUGBETALING DOOR DE ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING*

In te vullen door het lid :

- Naam :
- Voornaam :
- Rijksregisternummer :
- Telefoonnummer :
- E-mail :

Geleef hier een kleeftbriefje
van Symbio te kleven

In te vullen door de orthodontist :

Ik ondergetekende, verklaar een
orthodontische behandeling te hebben uitgevoerd (zonder akkoord van de adviserend geneesheer) voor een
minimumduur van 6 maanden voor bovenvermelde patiënt.

Gevraagde bedrag : EUR Begindatum behandeling : / /

Datum : / / Handtekening van de orthodontist :

Stempel :

**Er wordt een eenmalige tegemoetkoming van 150 EUR toegekend voor orthodontische behandelingen uitgevoerd zonder akkoord van de adviserend geneesheer, na 6 maanden behandeling (zonder leeftijdsgrens). Volgens de geldende voorwaarden.*