

Aanvraag terugbetaling Dieet en voedingsadvies

loketcode 11: dieet en voedingsadvies

loketcode 12: attest dieet en voedingsadvies



1. IN TE VULLEN DOOR DE RECHTHEBBENDE

Naam: _____

Voornaam: _____

Adres: _____

Rijksregisternummer: _____

Of kleef hier een roze klever
van de rechthebbende

2. IN TE VULLEN DOOR ZORGVERSTREKKER

A. Gegevens van de zorgverstrekker

Naam: _____

Adres: _____

RIZIV-nummer: _____

Of plaats hier uw stempel:

B. Verklaring van de zorgverstrekker

Ik verklaar dat _____ (naam en voornaam van de rechthebbende)
geen recht heeft op een terugbetaling vanuit de verplichte ziekteverzekering en op de volgende dagen dieet-
en voedingsadvies genoot:

	Datum	Betaald bedrag	Handtekening van de zorgverstrekker
1			
2			
3			
4			



De onderstaande tabel kan enkel ingevuld worden als de rechthebbende lijdt aan één van de onderstaande specifieke aandoeningen en dit bewijst door een medisch voorschrift met datum vóór eerste behandeling aan deze aanvraag toe te voegen.

- Allergieën en intoleranties
- Chronische nierinsufficiëntie
- Eetstoornissen
- Malnutritie
- Obesitas

	Datum	Betaald bedrag	Handtekening van de zorgverstreker
5			
6			
7			
8			

3. VUL HET FORMULIER IN EN BEZORG HET ONS VIA UW PLAATSELIJK ZIEKENFONDSKANTOOR OF PER POST

Het postadres van uw ziekenfonds kunt u terugvinden op www.solidaris.be/contact

De persoonsgegevens in dit document worden verwerkt door Solidaris als verantwoordelijke voor de verwerking. De verwerkingen gebeuren in overeenstemming met de privacywetgeving. Meer informatie over de gegevensverwerking en de uitoefening van uw rechten vindt u terug in de privacyverklaring van Solidaris die u kunt raadplegen op onze website www.solidaris.be.