

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

Hoogstratenplein 1

2800 MECHELEN

Tel. 03 491 09 70

gezondheidszorgen@vnz.be

B U I T E N L A N D S E Z O R G E N

Gelieve het formulier in te vullen in HOOFDLETTERS.

Naam en voornaam:

Rijksregisternummer:

Officieel woonland:

Tel:

E-mail:

Ik verklaar geneeskundige verzorging te hebben genoten in
.....(land),(stad) voor een totaal bedrag van
€..... (of bedrag in andere munteenheid:

Het gaat om (*er mag slechts één punt worden aangevinkt*):

- Vakantie: ongeplande verzorging** gedurende een tijdelijk verblijf
(*raadplegingen, aankoop van medicijnen, dringende ziekenhuisopname, ongeval, ...*).
- Vakantie: voortzetting van verzorging** gedurende een tijdelijk verblijf
(*bv. kinesithérapie, verpleegkundige zorgen, nierdialyse, ...*).
- Detachering: ongeplande verzorging** gedurende een tijdelijk verblijf in het kader van werk
(*raadplegingen, aankoop van medicijnen, dringende ziekenhuisopname, ongeval, ...*).
- Studies: ongeplande verzorging** gedurende een tijdelijk verblijf in het kader van studies
(*raadplegingen, aankoop van medicijnen, dringende ziekenhuisopname, ongeval, ...*).
- Geplande verzorging zonder ziekenhuisopname:** geplande ambulante verzorging zonder voorafgaande toelating van de adviserend arts met het doel zich in het buitenland te laten verzorgen
(*raadplegingen op eigen initiatief, geplande dagopname, medicijnen aangekocht met een Belgisch voorschrift, ...*).
- Geplande verzorging met ziekenhuisopname of ambulante verzorging waarvoor specifieke apparatuur nodig is*:** geplande verzorging met voorafgaande toelating van de adviserend arts met het doel zich in het buitenland te laten verzorgen (*geplande hospitalisatie van minstens één nacht, geplande MRI, ...*).

Data: (*gelieve alle punten in te vullen*)

• Aankomst- en vertrekdatum bestemming: | | | | | 2 | 0 | | | | - | | | | | 2 | 0 | | | |

• Data van de zorgen (*van bijgevoegde facturen*): | | | | | 2 | 0 | | | | - | | | | | 2 | 0 | | | |

BUITENLANDSE ZORGEN – DEEL 3

Ging het om een verzorging naar aanleiding van een ongeval?

- Ja – was er een verantwoordelijke derde bij het ongeval betrokken?
 Ja – naam van de verzekering van de verantwoordelijke derde:

.....

Neen

Neen

Opgelet: deze verklaring op erewoord moet naar behoren ingevuld en ondertekend zijn. U dient steeds de originele vereffende facturen, voorschriften en medische verslagen af te leveren. Zo niet, wordt het dossier u mogelijk teruggestuurd.

Ik ga akkoord met het doorsturen van mijn persoonlijke gegevens, conform artikel 7 van verordening 2016/679 van het Europees Parlement en van de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen ten overstaan van de verwerking van persoonlijke gegevens en ga eveneens akkoord om een terugbetaling te genieten op basis van de Belgische tarieven en voorwaarden indien deze voordeliger blijkt.

Datum:

Handtekening:

**Gelieve een klever van het ziekenfonds
aan te brengen.**

Toelichting

**Voor dit type verblijf is een formulier S2/E112 of een document ad hoc nodig dat voorafgaand werd afgeleverd door de adviserend arts. Na akkoord moet het bij deze verklaring op erewoord worden gevoegd.*

"Specifieke apparatuur" = verzorging verleend in een:

- dienst voor medische beeldvorming en die het gebruik van een transversale axiale tomograaf of magnetische resonantietomograaf vereist;*
- dienst radiotherapie;*
- dienst nucleaire geneeskunde en die het gebruik van een PET-scanner vereist;*
- dienst hartkatheterisatie en die het gebruik van een cathlab vereist.*

***Om ons in de mogelijkheid te stellen het juiste verschuldigde bedrag te bepalen, moeten we weten welke verzorging u werd verleend, evenals de exacte omstandigheden waarin die werd verleend. Gelieve daarom deze gegevens zo nauwkeurig mogelijk op te lijsten (bv. raadpleging bij een specialist, röntgenfoto van de borst, knieoperatie onder gehele of plaatselijke verdoving, ongeval, ...). Een medisch verslag kan steeds worden opgevraagd.*