

MUUSIKKOJEN SAIRAUSKASSA

LOMAKKEEN PALAUTUS:
SML ry, Pieni Roobertinkatu 16, 00120 Helsinki (puh. 09-6962 6550)

www.muusikkojenliitto.fi/sairauskassa

HAMMASHOITOKORVAUSHAKEMUS

9909

koko nimi		S	J	M	
lähiosoite		henkilötunnus			
postitoimipaikka		puhelinnumerot koti/työ			
työnantaja		IBAN-tilinumero			
soitin		hoitomaksun * suuruus * hoitokerran päivämäärät		€	
	Oma kuvaus hoidon mahdollisesta välttämättömyydestä ammatin kannalta				
muualta saatava korvaus	Saako korvauksen hakija korvausta muualta? <input type="checkbox"/> KYLLÄ <input type="checkbox"/> EI * Onko korvauksen maksaja <input type="checkbox"/> työnantaja? <input type="checkbox"/> KELA? <input type="checkbox"/> muu sairauskassa? <input type="checkbox"/> muu mikä? _____				
	* Muualta saatavan korvauksen määrä on _____ €				
liitteet	<input type="checkbox"/> Hammaslääkäripalkkion maksukuitti * alkuperäisenä tai KELAn oikeaksi todistamana kopiona, mikäli KELAn osuus on jo huomioitu hammaslääkärilaskussa, kopio siitä. <input type="checkbox"/> Hammaslääkärin hoitoerittely * alkuperäisenä tai KELAn oikeaksi todistamana <input type="checkbox"/> Kuitti KELAn korvauksesta alkuperäisenä * mikäli hakija on oikeutettu KELAn korvaukseen <input type="checkbox"/> Selvitys muualta saadusta korvauksesta (tosite) _____ HUOM ! Hakemusta ei voida käsitellä ilman em. liitteitä !				
paikka ja aika		allekirjoitus			
hakuohjeita	Hammashoitokorvauksen maksamisen edellytyksiä ovat mm. : - hakija on ollut sairauskassan jäsen vähintään 12 kuukauden ajan - hammashoito on annettu Suomessa - työnantaja ei ole esim. työehtosopimuksen mukaan velvollinen maksamaan korvausta hoidosta (mikäli työnantajan korvausvelvollisuus on kohdistunut kuluvan vuoden aikana muuhun hoitolaskuun, tosite tästä mukaan) - hakemus on allekirjoitettu ja mukana on kaikki edellä pyydytetyt liitteet - hakemus on tehty viimeistään 6 kuukauden kuluessa vakuutustapahtumasta, hoitokerrasta				
sairauskassa täyttää	H		M		N