

## Utlegg i forbindelse med fysikalsk behandling:

- Alle utlegg skal være relatert til aktuell sak og utlegg skal være forhåndsgodkjent av Vertikal Helse.
- Saksnummer må være utfyllt.
- Bilag skal legitimeres for at utlegg skal refunderes. Kvitteringer skal nummereres, og sendes sammen med refusjonsskjema.
- Utbetaling av utlegg refunderes etter maksimalt 20 dager. Dette krever at skjemaet er tilstrekkelig utfyllt.
- For tilleggsdekninger refunderes kun avtalt behandling, og ikke tilknyttede tjenester som legekontroller, reise og opphold.

Forsikringen omfatter avtalt antall behandlinger uten henvisning hos offentlig godkjent fysioterapeut, manuellterapeut, kiropraktor, osteopat som er medlem av Norsk Osteopatforbund eller naprapat som er medlem av Norges Naprapatforbund. Antall behandlinger fremkommer av ditt forsikringsbevis. Behandlingsperioden gjelder innenfor avtaleåret eller en 12 måneders periode fra første behandlingsdato iht vilkår.

Behandlinger utover det avtalte må henvises av relevant legespesialist (eksempelvis spesialist i ortopedi, fysikalsk medisin eller nevrologi) og skal være medisinsk nødvendig for å bedre funksjonsevne, sykdom eller skade. Hensikten med vurdering av relevant legespesialist er å sørge for medisinsk forsvarlig diagnostikk og behandling. Spesialist i allmenntilleggsdekninger er ikke definert som legespesialist i denne sammenheng.

Ved behov for fysikalsk behandling etter en operasjon, er det ingen begrensning i antall behandlinger forutsatt at behandlingen er rekvirert av behandlende lege.

**Send inn skjemaet per post eller gjennom kryptert epost: <https://sikker.vertikalhelse.no/>.  
I steg to skriv inn epost [dinhelse@vertikalhelse.no](mailto:dinhelse@vertikalhelse.no) i Til feltet.**

Vertikal Helse sikrer behandling av personopplysninger/helseopplysninger i eget pasienthåndterings-system og følger ellers personopplysningslovens bestemmelser for informasjonssikkerhet og personvern.

**MÅ FYLLES UT**

Saksnummer:

Navn	Fødselsdato
Adresse	Postnr/Sted
Telefon	E-post
Bankkontonummer (ev. IBAN- og BIC/SWIFT)	

Jeg ønsker refusjon for følgende fysikalsk behandling	Bilag nr	Dato, kl	Spesifikasjon	SUM
Totalsum				

Merknader
-----------

Dato:

Signatur:

---

Kvittert ansvarlig saksbehandler Vertikal Helse:
--