

Declaratieformulier buitenlandse factuur

Mijn gegevens:

Voorletters	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Relatienummer	<input type="text"/>
BSN	<input type="text"/>	Telefoonnummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>		

Belangrijk:

- Is de factuur in een **andere taal** opgesteld dan Nederlands, Engels, Frans, Duits, Turks, Spaans of Pools? Stuur dan een vertaling mee van een beëdigd vertaler. Als er geen vertaling wordt meegestuurd, kunnen wij uw declaratie niet in behandeling nemen.
- De factuur moet de volgende gegevens van de **zorgaanbieder** bevatten: naam, adres, woonplaats en beroep.
- Daarnaast moet de factuur de volgende gegevens van de **verzekerde** bevatten: naam en geboortedatum.
- Ook moet de factuur de volgende **algemene gegevens** bevatten: datum van de factuur, datum waarop de behandeling heeft plaatsgevonden en beschrijving van de zorg.

Informatie over de behandeling:

- 1 Waar en wanneer heeft de behandeling plaatsgevonden? Land:
Plaats: Datum:
- 2 Welke periode was u in het buitenland? Van tot en met
- 3 Was er sprake van een ongeval? Ja Nee
- 4 Was er sprake van spoedeisende zorg, die niet kon worden uitgesteld tot behandeling in Nederland? Ja Nee

Toelichting (gebruik de extra ruimte* op pagina 2 als u schrijfruimte tekort komt):

- 5 Was u al langer ziek? Ja Nee Toelichting:
- 6 Bij welke behandelaar bent u geweest? (huisarts, ziekenhuis of specialist)
- 7 Wat was de diagnose?
- 8 Wat was de aard van de behandeling?

9 Kreeg u medicijnen? Ja Nee Zo ja, welke:

(gebruik de extra ruimte* hieronder als u schrijfruimte tekort komt)

Informatie over de factuur:

10 Hoeveel facturen heeft u gekregen?

11 Met welke muntsoort heeft u die betaald?

Informatie over de procedure:

12 Is de alarmcentrale ingeschakeld? Ja Nee

Zo ja, dossiernummer:

13 Zijn de kosten overgenomen door de alarmcentrale? Ja Nee

Zo nee, waarom niet?

14 Heeft u een reisverzekering afgesloten met medische kosten? Ja Nee

Zo ja, welke maatschappij en polisnummer:

*Ruimte voor extra toelichting:

Ondertekening:

Ik verklaar bovenstaande naar waarheid te hebben ingevuld.

Plaats

Datum

Handtekening

Stuur het ingevulde formulier met een kopie van de originele factuur/ facturen naar **declaratiebuitenland@salland.nl**.

U mag het ook per post sturen naar:

Salland Zorgverzekeringen, Afdeling Declaratie, Antwoordnummer 30, 7400 VD Deventer (postzegel niet nodig)

Houdt u er rekening mee dat wij de originele factuur/facturen ten alle tijden kunnen opvragen.

Contact

Heeft u overige vragen? Neem dan contact op met onze klantenservice, via het contactformulier op de website www.salland.nl of stel uw vraag per mail via info@salland.nl. U kunt ook contact opnemen via WhatsApp op telefoonnummer 06 86 87 98 27 of bellen met (0570) 68 74 84. De klantenservice is op werkdagen te bereiken van 8.00 tot 18.00 uur.