

Toelichting

Dit formulier is bedoeld voor het declareren van zorg die betaald wordt vanuit uw Zvw-pgb. Vul het formulier bij voorkeur zoveel mogelijk digitaal in; u kunt in de pdf typen. Bewaar (een kopie van) het ingevulde formulier voor uw eigen administratie.

Na onze toestemming voor een Zvw-pgb kunt u de kosten voor de verleende zorg achteraf bij ons declareren met dit declaratieformulier. Dit formulier kan gebruikt worden voor zorg door zowel formele als informele zorgverleners.

Bij een declaratie voor formele zorg moet u de originele rekening meesturen.

Persoonsgegevens verzekerde

Vul hier de gegevens in van de verzekerde aan wie de zorg is verleend. Het relatienummer vindt u op uw polisblad. Uw polisblad kunt u downloaden via mijn.salland.nl.

Relatienummer

Achternaam

Voorletters

Adres

Postcode

Plaats

Geboortedatum

BSN

Telefoonnummer

E-mail

Gegevens zorgverlener

Toelichting

Vul hier de gegevens van de zorgverlener in. Een zorgverlener is een formele zorgverlener wanneer hij/zij is opgeleid voor de zorg die wordt verleend. Een informele zorgverlener is een zorgverlener die zorg verleent aan naasten of willekeurige derden. Een 1e- of 2e-graads familielid, echtgeno(o)t(e) of (geregistreerd) partner is altijd een informele zorgverlener. In artikel 12 van het Reglement pgb vindt u de voorwaarden waaraan formele zorgverleners precies moeten voldoen om in aanmerking te komen voor het formele tarief.

Bij een declaratie voor formele zorg moet u de originele rekening meesturen.

De AGB-code, zorgorganisatie, factuurdatum en factuurnummers hoeven alleen ingevuld te worden bij declaraties formele zorg 1009/1011.

Factuur

Vul hier het factuurnummer en de datum in van de factuur die u van uw formele zorgverlener heeft ontvangen. Een factuur wordt ook wel een rekening of een nota genoemd.

Zorgverlener 1

Naam

Telefoonnummer

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Wat is uw relatie tot
de verzekerde?

AGB-code

Zorgorganisatie

Factuurdatum

Factuurnummer

Zorgverlener 2

Naam

Telefoonnummer

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Wat is uw relatie tot
de verzekerde?

AGB-code

Zorgorganisatie

Factuurdatum

Factuurnummer

Zorgverlener 3

Naam

Telefoonnummer

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Wat is uw relatie tot
de verzekerde?

AGB-code

Zorgorganisatie

Factuurdatum

Factuurnummer

Zorgverlener 4

Naam

Telefoonnummer

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Wat is uw relatie tot
de verzekerde?

AGB-code

Zorgorganisatie

Factuurdatum

Factuurnummer

Zorgverlener 5

Naam	Telefoonnummer
Straat	Huisnummer
Postcode	Plaats
Wat is uw relatie tot de verzekerde?	
AGB-code	Zorgorganisatie
Factuurdatum	Factuurnummer

Declaratiegegevens

Toelichting

Zo vul je de declaratiegegevens in:

1. Vul de Begindatum en Einddatum van de zorgsoort(en) in in kolommen 1 en 2.
2. Vul in kolom 3 de zorgverlener in van wie u zorg heeft ontvangen: Zorgverlener 1,2,3,4 of 5.
3. Kies de Zorgsoort(en) in kolom 4 die past/passen bij de zorg die u heeft ontvangen: 1009 Formele persoonlijke verzorging / 1010 Informele persoonlijke verzorging / 1011 Formele Verpleging / 1012 Informele verpleging.
4. Vul in kolom 5 onder Tijdsduur de werkelijk geleverde zorg in, in uren + minuten, waarbij u de eenheid in minuten mag afronden op 5 minuten. Bijvoorbeeld bij 1 uur en 23 minuten zorg vult u in: 1 + 25.
5. Vul in kolom 6 het Bedrag in euro's in. Onderaan in kolom 6 komt het Totaalbedrag.

Vul het type zorg in bij de omschrijving van zorg: 1009 Formele persoonlijke verzorging / 1010 Informele persoonlijke verzorging / 1011 Formele Verpleging / 1012 Informele verpleging.

Declaratie 1

Begindatum	Einddatum
dag-mnd-jaar	dag-mnd-jaar
Zorgverlener	
1,2,3,4 of 5	
Omschrijving van de zorg	
Tijdsduur	Bedrag
	In euro's

Declaratie 2

Begindatum	Einddatum
dag-mnd-jaar	dag-mnd-jaar
Zorgverlener	
1,2,3,4 of 5	
Omschrijving van de zorg	

Tijdsduur

Bedrag

In euro's

Declaratie 3

Begindatum

dag-mnd-jaar

Einddatum

dag-mnd-jaar

Zorgverlener

1,2,3,4 of 5

Omschrijving van de
zorg

Tijdsduur

Bedrag

In euro's

Declaratie 4

Begindatum

dag-mnd-jaar

Einddatum

dag-mnd-jaar

Zorgverlener

1,2,3,4 of 5

Omschrijving van de
zorg

Tijdsduur

Bedrag

In euro's

Declaratie 5

Begindatum

dag-mnd-jaar

Einddatum

dag-mnd-jaar

Zorgverlener

1,2,3,4 of 5

Omschrijving van de
zorg

Tijdsduur

Bedrag

In euro's

Declaratie 6

Begindatum

dag-mnd-jaar

Einddatum

dag-mnd-jaar

Zorgverlener

1,2,3,4 of 5

Omschrijving van de
zorg

Tijdsduur

Bedrag

In euro's

Declaratie 7

Begindatum

dag-mnd-jaar

Einddatum

dag-mnd-jaar

Zorgverlener

1,2,3,4 of 5

Omschrijving van de
zorg

Tijdsduur

Bedrag

In euro's

Declaratie 8

Begindatum

dag-mnd-jaar

Einddatum

dag-mnd-jaar

Zorgverlener

1,2,3,4 of 5

Omschrijving van de
zorg

Tijdsduur

Bedrag

In euro's

Declaratie 9

Begindatum

dag-mnd-jaar

Einddatum

dag-mnd-jaar

Zorgverlener

1,2,3,4 of 5

Omschrijving van de
zorg

Tijdsduur

Bedrag

In euro's

Declaratie 10

Begindatum

dag-mnd-jaar

Einddatum

dag-mnd-jaar

Zorgverlener

1,2,3,4 of 5

Omschrijving van de
zorg

Tijdsduur

Bedrag

In euro's

Declaratie 11

Begindatum

dag-mnd-jaar

Einddatum

dag-mnd-jaar

Zorgverlener

1,2,3,4 of 5

Omschrijving van de
zorg

Tijdsduur

Bedrag

In euro's

Declaratie 12

Begindatum

dag-mnd-jaar

Einddatum

dag-mnd-jaar

Zorgverlener

1,2,3,4 of 5

Omschrijving van de
zorg

Tijdsduur

Bedrag

In euro's

Begindatum

dag-mnd-jaar

Einddatum

dag-mnd-jaar

Zorgverlener

1,2,3,4 of 5

Omschrijving van de
zorg

Tijdsduur

Bedrag

In euro's

Declaratie 13

Begindatum

dag-mnd-jaar

Einddatum

dag-mnd-jaar

Zorgverlener

1,2,3,4 of 5

Omschrijving van de
zorg

Tijdsduur

Bedrag

In euro's

Declaratie 14

Begindatum	Einddatum
dag-mnd-jaar	dag-mnd-jaar
Zorgverlener	
1,2,3,4 of 5	
Omschrijving van de zorg	
Tijdsduur	Bedrag
	In euro's

Declaratie 15

Begindatum	Einddatum
dag-mnd-jaar	dag-mnd-jaar
Zorgverlener	
1,2,3,4 of 5	
Omschrijving van de zorg	
Tijdsduur	Bedrag
	In euro's
Totaalbedrag	
In euro's	

Ondertekening

Toelichting

Vul hier de datum en uw naam in. Een handtekening is niet nodig wanneer u inlogt op Mijn Salland en het formulier uploadt samen met de bijlagen. Als u de declaratie indient per mail, post of via de Declaratie-app (zie hieronder), is een handtekening wel vereist. Print in dat geval het ingevulde formulier, plaats tot slot uw handtekening en dien daarna het formulier in.

Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Naam verzekerde

Plaats Datum

Handtekening
verzekerde

Contact

Heb je overige vragen? Neem dan contact op met onze klantenservice, via het contactformulier op de website www.salland.nl. Je 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.

Opsturen

Je kunt je declaratie op de volgende manieren indienen. Digitaal declareren via op mijn.salland.nl of mobiel declareren via je smartphone met de Mijn Salland-app.

Dit formulier opsturen naar:

Salland Zorgverzekeringen
Afdeling Declaratie
Antwoordnummer 30
7400 VB Deventer

E-mail: declaratie@salland.nl