Declaratieformulier

Tegemoetkoming kosten thuisdialyse

Salland Zorgverzekeringen

Gegevens verzekerde

Relatienummer			
Achternaam		Voorletters	
Adres			
Postcode		Plaats	
Geboortedatum		BSN	
Telefoonnummer		E-mail	
Rekeningnummer			
Ten name van			

Soort thuisdialyse

Kan je aangeven van welke soort thuisdialyse je gebruik maakt (om je declaratie goed te kunnen beoordelen)?

- ○ Hemodialyse 1-3 / w
- ○ Hemodialyse 4-5 / w
- ○ Hemodialyse 6-7 / w
- ○ CAPD - thuisdialyse waarbij overdag gespoeld wordt
- ○ CCPD - thuisdialyse waarbij 's nachts gespoeld wordt

Periode thuisdialyse

Van datum tot en met datum

NB. Gedurende een ziekenhuisopname vindt er geen tegemoetkoming van deze kosten plaats.

Ondertekening

Ondertekening

Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Naam verzekerde			
Plaats		Datum	
Handtekening verzekerde			

Opsturen

Heb je alles ingevuld? Verstuur deze declaratie naar Salland Zorgverzekeringen via de app of via ons postadres:

Salland Zorgverzekeringen
Afdeling declaratie
Antwoordnummer 30
7400 VB Deventer