Declaratieformulier 2018

Tegemoetkoming Kosten Thuisdialyse

1. Gegevens verzekerde

Polisnummer _____

Voorletter(s) en achternaam: _____ ☐ m ☐ v

Straat en huisnummer: _____

Postcode en woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Burgerservicenummer: _____

Rekeningnummer: _____

Ten name van: _____

2. Kunt u aangeven van welke soort thuisdialyse u gebruik maakt (om uw 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

3. Periode thuisdialyse

van	tot en met

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

4. Ondertekening

Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening:

_____

Heeft u alles ingevuld?
Verstuur deze declaratie naar Salland Zorgverzekeringen:
- via onze declaratie app of
- via e-mail naar declaratie@eno.nl of
- via ons postadres: Afdeling Declaratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer