

Declaratieformulier voor overnachtingskosten bij CAR-T celtherapie

Sla het formulier op voordat u begint met het invullen van dit formulier. Vergeet niet de ondertekening in te vullen op deze pagina. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren nemen we in behandeling.

1 Uw verklaring

Heeft u een verklaring gekregen voor deze behandeling van uw behandelend specialist?

Ja. Stuur deze verklaring mee met dit declaratieformulier. U kunt verder met het invullen van dit declaratieformulier.

Nee. Vraag dan eerst uw verklaring op bij uw behandelend specialist. Stuur deze verklaring mee met dit declaratieformulier.

2 Uw gegevens (als patiënt)

Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam
Geboortedatum	(DD/MM/JJJJ)	
Postcode	Huisnummer	Woonplaats
Telefoonnummer		Relatienummer

3 Gegevens ziekenhuis

Naam ziekenhuis		
Postcode	Huisnummer	Woonplaats
Opnamedatum	(DD/MM/JJJJ)	

4 Uw overnachtingen

Naam en plaats verblijf	Begindatum	Einddatum	Nachten	Totaalbedrag
-------------------------	------------	-----------	---------	--------------

Let op! Stuur de rekening van de overnachtingen mee met dit declaratieformulier.

3 Uw ondertekening

Naar waarheid ingevuld? Ja

Naam _____ Datum ondertekening _____ (DD/MM/JJJJ)

Heeft u vragen als u dit formulier invult? Onze medewerkers staan voor u klaar. Ze helpen u graag. Bel onze Klantenservice: 071 308 38 88. We zijn er van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.30 uur.

Stuur dit formulier in via: dechristelijkezorgverzekeraar.nl/declareren

Liever via post toesturen?

Stuur dit declaratieformulier naar:

De christelijke zorgverzekeraar
afdeling Declaratieservice
Postbus 70001
3000 KB Rotterdam

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement (dechristelijkezorgverzekeraar.nl/privacy) van De christelijke zorgverzekeraar. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.