

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 |
| Postcode | Huisnummer | Woonplaats |
| Geboortedatum | (DD/MM/JJJJ) | |
| Telefoonnummer | | Relatienummer |

3 Gegevens ziekenhuis

| | | |
|-----------------|--------------|--------|
| Naam ziekenhuis | | |
| Postcode | Huisnummer | Plaats |
| Opnamedatum | (DD/MM/JJJJ) | |

4 Uw overnachtingen

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

Naam en plaats verblijf

| | | | |
|------------|--------------|-----------|--------------|
| Begindatum | (DD/MM/JJJJ) | Einddatum | (DD/MM/JJJJ) |
| Nachten | Totaalbedrag | | |

Naam en plaats verblijf

| | | | |
|------------|--------------|-----------|--------------|
| Begindatum | (DD/MM/JJJJ) | Einddatum | (DD/MM/JJJJ) |
| Nachten | Totaalbedrag | | |

Naam en plaats verblijf

| | | | |
|------------|--------------|-----------|--------------|
| Begindatum | (DD/MM/JJJJ) | Einddatum | (DD/MM/JJJJ) |
| Nachten | Totaalbedrag | | |

Naam en plaats verblijf

| | | | |
|------------|--------------|-----------|--------------|
| Begindatum | (DD/MM/JJJJ) | Einddatum | (DD/MM/JJJJ) |
| Nachten | Totaalbedrag | | |

5 Uw ondertekening

Naar waarheid ingevuld? Ja

Naam

Datum (DD/MM/JJJJ)

Heeft u vragen als u dit formulier invult? Onze medewerkers staan voor u klaar. Ze helpen u graag. Bel onze klantenservice op 058 291 31 31 op werkdagen tussen 08.00 en 18.00 uur.

Stuur dit formulier in via: mijndefriesland.nl

Liever via post toesturen?

Stuur dit declaratieformulier naar:

Pro Life Zorgverzekeringen

afdeling Declaratieservice

Postbus 270

8901 BB Leeuwarden

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het [privacystatement](#) van De Friesland. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.

De Friesland Zorgverzekeraar N.V., KvK 50884565 | Achmea Zorgverzekeringen N.V., KvK 28080300