

Declaratieformulier Tegemoetkomingskosten CAPD/CCPD/Thuisdialyse



Voorletters en achternaam verzekerde

Man Vrouw *

Straatnaam

Huisnummer

Toevoeging

Postcode

Plaats

Geboortedatum

Voorkeur telefoonnummer

(* kruis aan wat van toepassing is)

Vormen van spoelen en opgave van weeknummers

- | | | | | |
|--|----------|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemodialyse 1 - 3 keer per week * | Van week | <input type="text"/> | t/m | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hemodialyse 4 - 5 keer per week * | Van week | <input type="text"/> | t/m | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Hemodialyse 6 - 7 keer per week * | Van week | <input type="text"/> | t/m | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> CAPD * | Van week | <input type="text"/> | t/m | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> CCPD (APD) * | Van week | <input type="text"/> | t/m | <input type="text"/> |

Vanaf de startdatum thuis heeft u recht op tegemoetkomingskosten.

Zorg altijd dat u aan ONVZ doorgeeft als uw situatie wijzigt of als u wordt opgenomen in het ziekenhuis.

Weekvergoeding voor extra kosten van water, electriciteit en onderhoud:

Hemodialyse 1 - 3 keer per week	€ 45,86
Hemodialyse 4 - 5 keer per week	€ 73,53
Hemodialyse 6 - 7 keer per week	€ 96,09
CAPD	€ 28,72
CCPD (APD)	€ 40,38

Dit declaratieformulier kunt u indienen via onze website: www.onvz.nl.

Of u kunt het per post sturen naar:

ONVZ
Afdeling declaratiebehandeling
Postbus 27
3990 DA HOUTEN