

Kosten CAPD/CCPD/Thuishemodialyse

(SVP per maand declareren)

Relatienummer verzekerde:

Naam verzekerde:

Adres:

Postcode/Woonplaats:

Geboortedatum:

Rekeningnummer:

Bank Giro

Ingangsdatum:

(1e dag van de maand of
begindatum behandeling)

Einddatum:

(laatste dag van de maand
of einddatum behandeling)

Aantal dagen:

CAPD

CCPD

Thuishemodialyse

(svp aankruisen)

Bent u in deze periode in het ziekenhuis opgenomen geweest?

Nee

Ja, van _____ (datum opname) tot en met _____ (datum ontslag)

Bovenstaande gegevens zijn naar waarheid ingevuld d.d.:

Handtekening verzekerde:



Dit formulier kunt u in de antwoordenvelop sturen naar: CZ, afdeling Declaraties PZP, Postbus 4322, 5004 JH Tilburg
Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling Declaraties PZP, telefoonnummer (013) 593 81 00.