

Vul het formulier online in. Liever het formulier eerst printen? Vul dan dit formulier helemaal in met zwarte pen in blokletters. Heeft u vragen als u dit formulier invult? Dan bereikt u onze Interpolis Zorglijn op 013 462 20 25. Op werkdagen tussen 8.00 en 20.00 uur en op zaterdag tussen 9.00 en 13.00 uur.

Declareer uw tegemoetkomingskosten voor thuisdialyse na elk kwartaal.

1 Uw gegevens (als patient)

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats Land

Telefoon privé Telefoon mobiel

Relatienummer E-mailadres

2 Uw behandeling

In welk ziekenhuis staat u onder behandeling?

Welk jaar wilt u declareren? 2021 2020 2019

Welk kwartaal wilt u declareren? 1e kwartaal (1 januari t/m 31 maart) 2e kwartaal (1 april t/m 30 juni)
 3e kwartaal (1 juli t/m 30 september) 4e kwartaal (1 oktober t/m 31 december)

Bent u dit kwartaal voor het eerst begonnen met thuisdialyse? Ja

Met welke vorm van thuisdialyse bent u het afgelopen kwartaal behandeld?

CAPD (overdag) CCPD ('s nachts)
 Thuishemodialyse 1 t/m 3 keer per week Thuishemodialyse 4 of 5 keer per week Thuishemodialyse 6 of 7 keer per week

Als u onlangs bent gestart, wat is de begindatum van uw behandeling? - -

Heeft u het afgelopen kwartaal meerdere dialysesoorten gehad, vermeld dan voor alle de behandelperiode.

CAPD

CCPD

Thuishemodialyse 1 t/m 3 keer per week

Thuishemodialyse 4 of 5 keer per week

Thuishemodialyse 6 of 7 keer per week

Heeft u het afgelopen kwartaal een niertransplantatie ondergaan? Ja

Zo ja, op welke datum vond deze plaats? - -

Heeft u het afgelopen kwartaal langer dan één dag achtereen in het ziekenhuis gelegen? Ja

Zo ja, om welke periode ging het?

3 Uw ondertekening

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Ik weet dat door een onjuiste/onvolledige invulling van het formulier of verzwijging van voor de verzekering(en) van belang zijnde feiten, de declaratie ongeldig kan worden verklaard. Met de ondertekening geef ik de zorgverzekeraar toestemming om zo nodig (medische) informatie op te vragen bij mijn behandelend arts/specialist voor de vaststelling van mijn declaratie. Ik geef aan mijn behandelend arts/specialist toestemming om deze (medische) informatie rechtstreeks aan mijn zorgverzekeraar te verstrekken. Ik bewaar mijn bonnen, reisoverzichten e.d. minimaal 3 jaar voor controle van mijn declaratie.

Naar waarheid ingevuld? Ja

Naam

Datum - -

Dien dit formulier bij voorkeur in via: [interpolis.nl/mijnzorggebruik](https://www.interpolis.nl/mijnzorggebruik) of via de Interpolis Zorg app.

Liever via post indienen? Interpolis Zorg t.a.v. afdeling Declaratieservice
 Stuur dit declaratieformulier Postbus 70001
 in een envelop naar: 3000 KB Rotterdam

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement www.interpolis.nl/privacy-statement van Interpolis Zorg. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.