

Declaratieformulier

voor de verzekerde met PGB vv

U gebruikt dit formulier als u de verzekerde met PGB vv bent en bij ons de factuur van uw zorgaanbieders declareert. Dit zijn zorgkosten vanuit uw PGB verpleging en verzorging.

LET OP: voeg de factu(u)r(en) van de zorgaanbieder toe

1. Verzekerde

Naam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	Telefoon mobiel
BSN	
Verzekerdennummer	

2. Declareren

Wilt u de originele factuur meesturen? Fotokopieën, herinneringen en duplicaten worden niet in behandeling genomen.

Menzis stuurt geen originele facturen retour, we adviseren u een kopie te maken van het declaratieformulier en de facturen.

De kopieën zijn voor uw eigen administratie.

[illegible]

* Vul hier het totaal aantal uren/minuten geleverde zorg. Delen van een uur afronden op 5 minuten en weergeven in 2 decimalen. Zie tevens achterzijde van dit formulier.

Totaalbedrag 1,

3. Ondertekening

[illegible]

Handtekening van verzekerde met PGB vv

Toelichting op declaratieformulier voor de verzekerde met PGB vv

1. Verzekerde

Vul hier uw naam, adres, geboortedatum, Burgerservicenummer (BSN), verzekerdennummer en telefoonnummer in.

2. Declareren

1e kolom : vul hier de begindatum in.

2e kolom : vul hier de einddatum in.

3e kolom : geef een korte omschrijving van de geleverde zorg. Maak duidelijk of u persoonlijke verzorging en/of verpleging en/of MSVT heeft ontvangen.

4e kolom : vul hier het totaal aantal uren/minuten geleverde zorg. Delen van een uur afronden op 5 minuten en weergeven in 2 decimalen, bijvoorbeeld 1 uur en 15 minuten wordt 1,25 uur.

5 min = ,08 uur	20 min = ,33 uur	35 min = ,58 uur	50 min = ,83 uur
10 min = ,17 uur	25 min = ,42 uur	40 min = ,67 uur	55 min = ,92 uur
15 min = ,25 uur	30 min = ,50 uur	45 min = ,75 uur	

5e kolom : vul hier het uurtarief in.

6e kolom : vul hier het totaalbedrag in euro's in, het aantal uren/minuten geleverde zorg x het uurtarief = totaalbedrag.

3. Ondertekening

Vul hier de datum in en zet uw handtekening. Door inzending van de facturen met het declaratieformulier, gaat u akkoord met de juistheid van deze facturen en de geleverde uren zorg.

Stuur dit ingevulde formulier samen met de originele facturen naar:

Anderzorg

Postbus 1177

7500 BD ENSCHEDE

De betaling wordt overgemaakt op het rekeningnummer van de verzekerde zoals deze bij Anderzorg bekend is.

LET OPI: Als u dit formulier niet volledig invult kunnen wij niet garanderen dat de declaratie in behandeling wordt genomen.