

# Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden

## Voor wie is dit formulier?

Dit formulier is voor zorgverleners die een beroep willen doen op de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden.

**Let op!** U kunt dit formulier niet gebruiken voor de vergoeding van zorg aan onverzekerbare vreemdelingen (artikel 122a, eerste lid, Zvw). Ga hiervoor naar [www.hetcak.nl/ovv](http://www.hetcak.nl/ovv)

## Waarom dit formulier?

Met dit formulier kunt u, onder voorwaarden, een subsidie aanvragen voor oninbare kosten van zorg verleend aan onverzekerden.

**Let op!** Declareert u voor het eerst bij het CAK? Stuur dan de DAEB-overeenkomst en een kopie van een recent bankafschrift mee. Voor opvolgende declaraties is dit niet meer nodig. U vindt de DAEB-overeenkomst op [www.hetcak.nl/subsidieregeling](http://www.hetcak.nl/subsidieregeling)

## Heeft u nog vragen?

Neem dan contact met ons op via [www.hetcak.nl/zakelijk/contact](http://www.hetcak.nl/zakelijk/contact) of bel ons op 0800-5028. Wij zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur.

## Aanvraag

### 1 Gegevens zorgverlener

- 1.1 Naam zorgverlener\*
- 1.2 AGB-code\*  volledige AGB-code 8 posities
- 1.3 AGB-code behandelaar  volledige AGB-code 8 posities

### 2 Rekeninggegevens zorgverlener

- 2.1 Rekeningnummer (IBAN)\*
- 2.2 Naam rekeninghouder\*

\* Deze gegevens zijn verplicht in te vullen



CAK  
Antwoordnummer 91075  
2509 VC Den Haag  
[www.hetcak.nl/subsidieregeling](http://www.hetcak.nl/subsidieregeling)

# Declaratie

## 1 Gegevens onverzekerde

- 1.1 Initialen\*   *De eerste letter van de voornaam en de eerste letter van de achternaam.*
- 1.2 Geslacht\*  Man  Vrouw
- 1.3 Geboortejaar\*     *Als het geboortejaar onbekend is, dan maakt u zelf een schatting van de leeftijd.*
- 1.4 Burgerservicenummer (BSN)\*           *Wettelijk verplicht als het BSN bij u bekend is.*
- 1.5 Nationaliteit\* \_\_\_\_\_
- 1.6 Is de onverzekerde in de 30 dagen voorafgaand aan de zorg verzekerd geweest?\*
- Ja  Nee  Onbekend

## 2 Zorgkosten

- 2.1 Is een deel van de zorgkosten al door de onverzekerde betaald, of door een particuliere verzekeraar vergoed?
- Ja  Nee
- 2.2 Zo ja, welk bedrag? € \_\_\_\_\_

## 3 GGD GHOR Nederland

- 3.1 Heeft u de zorg al gemeld bij GGD GHOR Nederland?\*
- Ja *Ga verder met 3.2*
- Nee *Meld de zorg eerst bij GGD GHOR Nederland via [www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl](http://www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl). Daarna kunt u dit formulier verder invullen en opsturen.*
- 3.2 Meldingsnummer\*
- 3.3 Zorgdatum\*           *Heeft u op meerdere data zorg verleend? Vul dan de eerste datum in.*

\* Deze gegevens zijn verplicht in te vullen

## 4 Zet uw handtekening

Door ondertekening verklaart u dat:

- u medisch noodzakelijke zorg heeft verleend aan een in Nederland verblijvende persoon;
- u heeft vastgesteld dat deze persoon niet bij een zorgverzekeraar is ingeschreven voor een basisverzekering;
- u naar beste weten heeft vastgesteld dat er sprake is van onverzekerd zijn;
- u bent nagegaan of de onverzekerde in de 30 dagen voorafgaand aan de zorg verzekerd was;
- u heeft vastgesteld dat de kosten van de verleende zorg niet op de onverzekerde verhaald kunnen worden;
- u de GGD, onder vermelding van de datum, gemeld heeft dat er zorg is verleend;
- u naar beste weten heeft vastgesteld dat er geen Burgerservicenummer beschikbaar is, indien u het BSN niet ingevuld heeft.

4.1 Plaats en datum\*

\_\_\_\_\_

DD / MM / JJJJ

4.2 Handtekening\*

\_\_\_\_\_

4.3 Stempel zorgverlener

\_\_\_\_\_

### Opsturen

Stuur dit formulier naar: CAK, Antwoordnummer 91075, 2509 VC Den Haag.

Een postzegel is niet nodig.

**Vergeet niet uw nota's mee te sturen!**

\* Deze gegevens zijn verplicht in te vullen



Stuur het ingevulde formulier naar:  
CAK  
Antwoordnummer 91075  
2509 VC Den Haag

Een postzegel is niet nodig.