

Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden

Met dit formulier vraagt u een vergoeding aan voor zorg die u heeft verleend aan een onverzekerde patiënt. U kunt dit formulier niet gebruiken voor de vergoeding van zorg aan een onverzekerbare vreemdeling. Ga hiervoor naar www.hetcak.nl/ovv

1 Gegevens zorgverlener

- 1.1 Naam zorgverlener _____
- 1.2 AGB-code praktijk Volledige AGB-code 8 posities
- 1.3 AGB-code behandelaar Volledige AGB-code 8 posities
- 1.4 Rekeningnummer (IBAN)

2 Gegevens onverzekerde

- 2.1 Initialen De eerste letter van de voornaam en de eerste letter van de achternaam.
- 2.2 Geslacht Man Vrouw
- 2.3 Geboortjaar Weet u het geboortjaar niet? Maak dan een schatting.
- 2.4 Burgerservicenummer (BSN) Wettelijk verplicht als het BSN bij u bekend is.
- 2.5 Nationaliteit _____
- 2.6 Is een deel van de zorgkosten al vergoed door de onverzekerde zelf of door een particuliere verzekeraar? Ja, het bedrag dat al is vergoed € _____
 Nee

3 Ondertekening

Door ondertekening verklaart u dat u medisch noodzakelijke zorg heeft verleend aan een persoon die niet bij een zorgverzekeraar is ingeschreven voor een basisverzekering.

- 3.1 Datum DD / MM / JJJJ
- 3.2 Handtekening _____

Stuur dit formulier naar: CAK, Antwoordnummer 91075, 2509 VC Den Haag. Een postzegel is niet nodig.

Mee te sturen documenten

- Nota's of facturen
- DAEB-overeenkomst (alleen nodig als u nog geen DAEB-overeenkomst met ons heeft afgesloten).
U vindt de overeenkomst op www.hetcak.nl/sov