

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).

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.

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
Postbus 84015
2508 AA Den Haag
www.hetcak.nl/zakelijk/
onverzekerde-verzekeringsplichtigen

Declaratie

1 Toestemming

Heeft de onverzekerde via het toestemmingsformulier toestemming gegeven om gegevens aan het CAK te verstrekken?

Ja *Ga door naar vraag 2*

Nee *Ga door naar vraag 3*

2 Gegevens onverzekerde (bij toestemming)

2.1 Naam*

2.2 Geslacht*

Man Vrouw

2.3 Geboortedatum*

DD / MM / JJJJ

2.4 Burgerservicenummer (BSN)

2.5 Nationaliteit*

Ga door naar vraag 4

3 Gegevens onverzekerde (zonder toestemming)

3.1 Initialen*

De eerste letter van de voornaam en de eerste letter van de achternaam.

3.2 Geslacht*

Man Vrouw

3.3 Geboortjaar*

Als het geboortjaar onbekend is, dan maakt u zelf een schatting van de leeftijd.

3.4 Burgerservicenummer (BSN)

3.5 Nationaliteit*

4 Is de onverzekerde met terugwerkende kracht uitgeschreven als verzekerde?

Ja

Nee

Onbekend

** Deze gegevens zijn verplicht in te vullen*

5 Zorgkosten

5.1 Is een deel van de zorgkosten al betaald? Ja Nee

5.2 Zo ja, welk bedrag? € _____

6 GGD-GHOR NL

6.1 Meldingsdatum* DD / MM / JJJJ

6.2 Meldingsnummer*

7 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 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 inspanningen heeft verricht om toestemming te krijgen van de onverzekerde om persoonsgegevens te verstrekken.

7.1 Plaats en datum* _____
 DD / MM / JJJJ

7.2 Handtekening* _____

7.3 Stempel zorgverlener _____

** Deze gegevens zijn verplicht in te vullen*

Heeft u nog vragen?

Neem dan contact met ons op via het contactformulier op onze website of bel ons op 0800-5028. Wij zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur.

Opsturen

Stuur dit formulier terug naar: CAK, Postbus 84015, 2508 AA Den Haag.

Vergeet niet uw nota's mee te sturen!



Stuur het ingevulde formulier naar:
 CAK
 Postbus 84015
 2508 AA Den Haag