

1. Factuurnummer _____

Factuurdatum _____

Factuurnummer is het nummer van de nota (declaratie) die u van uw zorgverlener heeft ontvangen. Of het nummer dat u in uw eigen administratie gebruikt.

2. Gegevens Natuurlijk Persoon

Naam zorgaanbieder _____

Adres _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Telefoonnummer _____

3. Gegevens Verzekerde (Budgethouder)

Polisnummer _____

BSN _____

Geboortedatum _____

Naam _____

Adres _____

Postcode _____

Woonplaats _____

4. Declaratiegegevens

Begindatum	Einddatum	Prestatiecode en omschrijving	Aantal ²		Bedrag
			Uren	Minuten	
		1010 PGB verzorging			€
		1012 PGB verpleging			€
		TOTAAL			€

5. Ondertekening

Handtekening _____

Naam: _____

Datum: _____

Dit formulier kunt u sturen naar:

Nedasco B.V.

T.a.v. Ziektekostendeclaraties

Postbus 6253

4000 HG TIEL

Toelichting:

- 1) Hier vult u de gegevens van de verzekerde in, aan wie de zorg is verleend
- 2) Hier vult u bij uren het aantal hele uren verleende zorg in en bij minuten het eventueel resterende deel in minuten.