

Medische verklaring zittend ziekenvervoer

Sturen naar: Promovendum | t.a.v. team Medisch Advies | Postbus 1815 | 3800 BV Amersfoort

Toelichting

Met dit formulier kan vergoeding voor reiskosten voor medische behandeling aangevraagd worden. De huisarts of behandelend arts verzoeken wij deel 1 (Verklaring van de arts) van dit formulier in te vullen en te ondertekenen. Vervolgens vult de verzekerde deel 2 (Verklaring van de verzekerde) in en stuurt het ondertekende formulier terug naar Promovendum.

Promovendum beoordeelt aan de hand hiervan of de verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding voor reiskosten voor medische behandeling conform de geldende regeling. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren (deel 1 en 2) worden in behandeling genomen.

eerste aanvraag verlengingsaanvraag

1. Gegevens aanvrager (verzekerde)

Naam _____

Adres _____

Postcode, woonplaats _____

Geboortedatum _____ Polisnummer _____

Telefoon _____

2. Verklaring van de arts (deel 1)

1. Verzekerde behoort tot een van de volgende categorieën

Verzekerde moet nierdialyse ondergaan (neem hiervoor contact op met ons Serviceteam via 078 648 13 00)

Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie ondergaan

(neem hiervoor contact op met ons Serviceteam via 078 648 13 00)

Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer

Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen

Wat is de restvisus? _____ Rechteroog: _____ Linkeroog: _____ (ga naar 3)

Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keren per week behandeld worden:

Aantal weken dat de behandeling gaat duren: _____ Gemiddeld aantal dagen per week dat de behandeling plaatsvindt: _____

(N.B. Afhankelijk van duur, frequentie en afstand kan verzekerde mogelijk in aanmerking komen voor vergoeding).

2. In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

Toelichting _____

3. Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk? ja nee

Naam arts _____

Woonplaats _____

AGB-code (huisarts/medisch specialist) _____ Datum _____

Handtekening arts _____

3. Verklaring van de verzekerde (deel 2)

1. Voor welke behandeling/controle/diagnose is het vervoer noodzakelijk?

2. Naar welke instellingen of behandelaars moet u vervoerd worden?

Naam instelling/behandelaar

Postcode Plaats

Naam instelling/behandelaar

Postcode Plaats

3. Wat is de uitkomst van onderstaande berekening?

A Aantal maanden dat aaneengesloten behandeling plaatsvindt (max. 12)

B Gemiddeld aantal dagen per week dat verzekerde vervoer nodig heeft, vanwege de behandeling

_____ **x**

C Bereken uitkomst van A x B

D Aantal kilometers van huis naar behandeladres enkele reis

_____ **x**

E Bereken uitkomst van C x D

Als de uitkomst 250 of hoger is, heeft u mogelijk recht op vergoeding.

4. Wat is de vermoedelijke behandelperiode?

Startdatum

Einddatum

5. Bent u in staat te reizen met eigen vervoer?

ja

nee

6. Bent u in staat te reizen met openbaar vervoer?

ja

nee

7. Kunt u uitsluitend gebruik maken van taxivervoer?

ja

nee

Indien ja, graag motiveren

Handtekening verzekerde

Datum

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier opsturen naar:

Promovendum | t.a.v. team Medisch Advies | Postbus 1815 | 3800 BV Amersfoort

Op basis van de gegevens op dit formulier bepaalt Promovendum of er recht bestaat op vergoeding van reiskosten voor medische behandeling, en zo ja, voor welke wijze van vervoer en voor welke duur en frequentie. U ontvangt schriftelijk een machtiging of afwijzing.

Promovendum behoudt zich het recht voor controles op het vervoer uit te voeren. Indien het vervoer ten onrechte is vergoed, zal op grond van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek, overgegaan worden tot terugvordering van het ten onrechte betaalde.