

Declaratieformulier Vervoers- en logeerkosten

Wilt u reiskosten voor openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer declareren? Stuur dan onderstaande informatie met uw declaratie mee.

Let op: u heeft vooraf toestemming van ons nodig voor vergoeding van vervoers- en logeerkosten.

Ja, ik heb toestemming. Vul dit formulier online volledig in. Sla dit formulier op en upload het in Mijn zorgoverzicht of in de app.

Liever het formulier printen? Stuur dit naar HEMA Zorgverzekering, Postbus 704, 7500 AS ENSCHEDE.

Als u geen toestemming heeft, stuur dit formulier niet op. Stuur dan eerst een volledig ingevuld en ondertekend [aanvraagformulier vergoeding zittend ziekenvervoer](#).

1. Gegevens van de persoon die vervoerd wordt

Voorletters en achternaam

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Geboortedatum

Verzekernummer

Telefoonnummer

E-mailadres

Machtigingsnummer

2. Aanvullende informatie meesturen

Belangrijk: stuur onderstaande documenten mee met uw declaratie, anders kunnen we deze niet in behandeling nemen.

Bij openbaar vervoer: Een declaratieoverzicht via Mijn OV-reishistorie en/of eventuele kaartjes van de boot.

Het volledig door u ingevulde vervoerskostenoverzicht met bestemmingen, postcodes en data van uw ritten (punt 4).

Bij taxivervoer de afrekening van het taxibedrijf.

3. Uw situatie

Om uw declaratie snel te kunnen verwerken, vragen we u een van de onderstaande codes in uw vervoerskostenoverzicht bij punt 4 in te vullen. U kunt de code die op uw situatie van toepassing is, vinden op onze toestemmingsbrief onder 'specificatie verrichting'. Gebruik de laatste 3 cijfers van de code voor eigen of openbaar vervoer.

Omschrijving	Eigen vervoer	Openbaar vervoer	(Rolstoel) Taxivervoer zonder of met Eigen bijdrage
Nierdialyse	160	130	100000203 of 100000204
Chemo-immuno- en of radiotherapie	161	131	100000203 of 100000204
Rolstoelgebruiker	162	132	100000203 of 100000204
Visuele handicap	163	133	100000203 of 100000204
Hardheidsclausule	164	134	100000203 of 100000204
Overige	169	139	100000203 of 100000204
Geriatrische revalidatiezorg	214	211	100000203 of 100000204
GZSP dagbehandeling	224	222	100000203 of 100000204
Intensieve kindzorg	204	203	100000203 of 100000204

4. Uw vervoerskostenoverzicht per datum en per rit

Vervoerdatum	Postcode/huisnummer vertrekadres	Postcode/huisnummer bestemming**	Retour Ja/Nee	Code vervoer bij uw situatie
--------------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------	------------------------------

** U krijgt alleen vergoeding van vervoer naar zorg die uit uw Basisverzekering wordt vergoed.

- De vergoeding van openbaar vervoer is gebaseerd op de 2e klasse, kortst gebruikelijke afstand met 9292.nl.
- De vergoeding van eigen vervoer is gebaseerd op de snelste route berekend op www.anwb.nl/verkeer/routeplanner
- *Let op:* Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor vervoer.
- Parkeerkosten en tolgelden worden niet vergoed.

*Bewaar bewijsmiddelen ten aanzien van uw afspraken minimaal 5 jaar. Deze kunnen wij ter controle opvragen.

Logeerkosten

Duurt uw therapie of dagbehandeling in een ziekenhuis of behandelcentrum minimaal 3 aaneengesloten dagen en heeft u toestemming voor vervoer? Dan kunt u logeerkosten in plaats van vervoerskosten declareren.

Stuurt u dan de volgende documenten mee als bijlage bij dit formulier:

- betaalbewijzen van uw hotel of Bed & Breakfast
- afsprakenkaart waar uit blijkt dat u minimaal 3 dagen aaneengesloten dagen therapie of dagbehandeling ondergaat.

Mijn logeerkosten

Naam verblijf	Postcode huisnummer	Datum aankomst dd-mm-jj	Datum vertrek dd-mm-jj	Aantal nachten	Code
					217
					217

Aantal meegestuurd bijlagen:

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Ik weet dat door onjuiste/onvolledige invulling van het formulier of verzwijging van voor de verzekering van belang zijnde feiten, de declaratie ongeldig kan worden verklaard. Met ondertekening geef ik Hema Zorgverzekering toestemming om zo nodig medische informatie op te vragen bij mijn behandelaar voor de vaststelling van mijn declaratie. Ik geef mijn behandelaar toestemming om deze informatie rechtstreeks aan Hema Zorgverzekering te verstrekken.

Mijn handtekening:

Plaats

Datum