



Geachte patiënt,

Dit formulier ontvangt u omdat u couulance wenst aan te vragen voor de niet-volledige vergoeding door uw zorgverzekeraar. U heeft van uw zorgverzekeraar een specificatie ontvangen met daarop gegevens hoeveel u vergoed krijgt en de bedragen welke niet vergoed zijn. Deze specificatie hebben wij van u nodig.

Daarnaast is het zo dat veel zorgverzekeraars verschillend omgaan met de notatie hiervan. Dit is de reden waarom wij u vragen ons te assisteren bij het verwerken van uw couulance. Wij vragen u vriendelijk onderstaande gegevens in te vullen en de specificatie bij te voegen zodat wij sneller u aanvraag kunnen verwerken.

Tot slot wij zullen uw aanvraag strenger beoordelen. Is het formulier niet volledig ingevuld en/of ontbreekt de specificatie van de zorgverzekeraar dan kunnen wij uw verzoek niet verwerken.

Wij hebben het formulier zodanig gemaakt dat u de gegevens kun invullen in de vakjes en deze aan ons kan retourneren via mail. U kunt dan uw specificatie bijvoegen en wij zullen deze dan, op basis van binnenkomst, verwerken

Dank voor uw medewerking

Team OMC Amsterdam

Achternaam:

Patiënt nr bij het OMC

Declaratie nr OMC:

Uw IBAN nr:

Welk bedrag is er niet vergoed, exclusief uw eigen risico?

Stuur mee de specificatie van uw gedeclareerde nota van de zorgverzekeraar waarop te zien zijn:
[aanvinken welke zichtbaar zijn]

Vergoedde deel

Eigen bijdrage

Deel Eigen Risico

Dit **formulier**, volledig ingevuld, én de **specificatie van uw zorgverzekering**, bij voorkeur per mail aan ons toezenden op het mail adres: vragen@omc.amsterdam of per post

OMC Amsterdam
Afdeling financiën
De Lairessestraat 59
1071 NT Amsterdam