

# 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). Ga hiervoor naar [www.hetcak.nl/ovv](http://www.hetcak.nl/ovv)

## 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. U vindt de DAEB-overeenkomst op [www.hetcak.nl/subsidieregeling](http://www.hetcak.nl/subsidieregeling)

## Heeft u nog vragen?

Neem dan contact met ons op via [www.hetcak.nl/zakelijk/contact](http://www.hetcak.nl/zakelijk/contact) of bel ons op 0800-5028. Wij zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur.

## 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/subsidieregeling](http://www.hetcak.nl/subsidieregeling)

# 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)\*

Wettelijk verplicht als het BSN bij u bekend is.

2.5 Nationaliteit\*

---

2.6 Is de onverzekerde in de 30 dagen voorafgaand aan de zorg verzekerd geweest?\*

☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend

*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)\*

Wettelijk verplicht als het BSN bij u bekend is.

3.5 Nationaliteit\*

---

3.6 Is de onverzekerde in de 30 dagen voorafgaand aan de zorg verzekerd geweest?\*

☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend

## 4 Zorgkosten

4.1 Is een deel van de zorgkosten al door de onverzekerde betaald, of door een particuliere verzekeraar vergoed?

☐ Ja ☐ Nee

4.2 Zo ja, welk bedrag?

€ 

---

*\* Deze gegevens zijn verplicht in te vullen*

## 5 GGD-GHOR NL

5.1 Meldingsdatum\*    DD / MM / JJJJ

5.2 Meldingsnummer\*

5.3 Heeft u de zorg binnen 7 dagen gemeld bij de GGD GHOR via [www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl](http://www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl)?\*

☐ Ja [Ga door naar vraag 6](#)

☐ Nee [Ga door naar vraag 5.4](#)

5.4 Wat was de reden dat u de zorg niet binnen 7 dagen heeft gemeld?

---



---

*Geef een onderbouwing en stuur bewijs mee waaruit blijkt dat u de zorg niet eerder kon melden.*

## 6 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 bent nagegaan of de onverzekerde in de 30 dagen voorafgaand aan de zorg verzekerd was;
- 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.
- u naar beste weten heeft vastgesteld dat er geen Burgerservicenummer beschikbaar is, indien u het BSN niet ingevuld heeft.

6.1 Plaats en datum\*

DD / MM / JJJJ

6.2 Handtekening\*

---

6.3 Stempel zorgverlener

---

### Opsturen

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

**Vergeet niet uw nota's mee te sturen!**

*\* Deze gegevens zijn verplicht in te vullen*



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