

Overstapformulier PAP-therapie

Westfalen Medical BV
Rigastraat 14
7418 EW Deventer
Nederland
Tel. +31 (0) 570 – 234 625
Fax +31 (0) 570 – 858 451
www.cpapinfo.nl
cpapinfo@westfalen.com

Voorletter(s): _____

Achternaam: _____

Adres: _____

Postcode / woonplaats: _____

Telnr. vast/mob: _____

E-mailadres: _____

Geboortedatum: _____ BSN: _____

Zorgverzekeraar: _____ Polisnummer: _____

Gegevens leveranciers

Nieuwe leverancier: _____

Oude leverancier: _____

Datum van overstap / levering: _____

Reden van overstap: _____

Gegevens huidige apparatuur

Merk en type apparaat: _____

Merk en type masker: _____

Spelregels

1. Een verzekerde komt alleen voor overstappen in aanmerking indien er, bij de huidige leverancier, kenbaar gemaakt is dat hij/zij wil overstappen.
2. Bij de overstap haalt de oude leverancier alle geleverde voorzieningen inclusief toebehoren bij de verzekerde op en levert de nieuwe leverancier de voorzieningen volgens overeenkomst.
3. De oude en nieuwe leverancier zorgen ervoor dat de verzekerde niet zonder voorzieningen komt en dat er geen dubbele declaraties plaatsvinden. De ingevulde overstapdatum is hierin leidend, vanaf deze datum declareert de nieuwe leverancier de therapie bij de zorgverzekeraar.
4. Het overstapformulier wordt toegevoegd aan het patiëntendossier en op verzoek van de zorgverzekeraar getoond.
5. De oude leverancier draagt het complete dossier over aan de nieuwe leverancier.
6. De oude leverancier bewaart een kopie van het overstapformulier minimaal 5 jaar.

Handtekening verzekerde

Datum

Plaats

Handtekening nieuwe leverancier

Datum

Plaats

Handtekening oude leverancier

Datum

Plaats