

D-2020.8: Informed consent Achmea behandeling eigen rekening

De heer/mevrouw: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

Geboren ____/____/____

Ik begrijp dat de Stichting Psoriasisdagbehandelingscentrum Midden Nederland geen contract heeft met mijn zorgverzekering voor de behandeling die ik zal gaan volgen. Dit betekent dat het psoriasiscentrum mij na 90 tot 120 dagen na het begin van mijn behandeling een factuur zal sturen met een declaratie met zorgproduct:

120401015 15D631 / 17D631 Lichttherapie | Huid papulosquameuze dermatose.
of

120401016 15E827 / 17E827 Intensieve zalf- en lichttherapie | Huid papulosquameuze dermatose.

Het passanten tarief bedraagt € 2650,- , zoals gepubliceerd op de website.
Dit tarief is onafhankelijk van het aantal behandelingen. Dus 6 keer of 30 keer behandelen in een periode levert hetzelfde tarief op.

Ik zal de factuur voldoen aan het psoriasiscentrum. Ik ben zelf verantwoordelijk voor het al dan niet vergoeden door mijn zorgverzekering

Plaats: Ede _____

Datum: ____/____/____

Handtekening: _____