

# Enterale voeding

## Aanvraag maandelijkse terugbetaling

### Identificatiegegevens

Naam: ..... Voornaam: .....

Straat: ..... Nr.: ..... Bus: ..... Index: .....

Postcode: ..... Gemeente: ..... Land: .....

Tel.: ..... E-mailadres: .....

Rijksregisternummer:

Toegestane periode: van ..... - ..... - ..... tot en met ..... - ..... - .....

Toelatingsnummer: .....

#### Datum factuur of getuigschrift (model 704) (1)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### De maand van verbruik (2)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(1) Vul de datum van de factuur of het getuigschrift van de apotheker in.

(2) Vul de maand van verbruik in. U kunt meerdere facturen of getuigschriften toewijzen aan dezelfde maand. Indien geen enkele maand of periode is vermeld, zal de terugbetaling gebeuren naar rata van het aantal dagen tussen de datum van de factuur (1) en het einde van de maand die daarmee overeenkomt.

Geef dit formulier samen met de originele factuur en/of getuigschriften af in het CM-kantoor in uw buurt of stop het in een CM-brievenbus.

Bij hospitalisatie kunnen enkel de dagen van opname en ontslag in aanmerking komen voor een tussenkomst. Voor de andere hospitalisatiedagen is er geen tussenkomst voorzien.

Datum:

Handtekening:

We behandelen uw persoonsgegevens overeenkomstig de geldende Belgische en Europese privacywetgeving, in het bijzonder de GDPR-verordening (2016/679) betreffende de bescherming van persoonsgegevens en het vrije verkeer van die gegevens. Voor meer informatie in verband met de verwerking van uw persoonsgegevens kunt u onze privacyverklaring raadplegen op onze website <https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm>.