



Machtiging CZ voor afhandeling declaraties via servicebureau

Ondergetekende(n),

| | |
|-----------------------|--|
| Naam zorgaanbieder(s) | |
| Naam praktijk | |
| Praktijkadres | |
| Postcode / Woonplaats | |
| AGB-code praktijk | |

machtigt servicebureau

| | |
|------------------------|--|
| Naam servicebureau | |
| Adres | |
| Postcode / Woonplaats | |
| Bankrekening (IBAN) | |
| AGB-code servicebureau | |

om met ingang van het declaratietraject af te handelen conform:

Postbus-methode

Het servicebureau wordt gemachtigd tot wederopzegging namens de ondergetekende(n) voor:

- het indienen van de declaraties.

De betaling door de zorgverzekeraar geschiedt rechtstreeks aan de zorgverlener, evenals de verzending van de retourinformatie (indien van toepassing)

Postbus Plus-methode

Het servicebureau wordt gemachtigd tot wederopzegging namens de ondergetekende(n) voor:

- het indienen en afhandelen van de declaraties;

- het verrekenen van de administratieve correcties via het servicebureau.

De betaling van declaraties door de zorgverzekeraar geschiedt aan het servicebureau, evenals het aanleveren van retourinformatie.

(s.v.p. aankruisen welke methode van toepassing is)

Plaats:

Datum:

Handtekening:

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Wij vragen u deze machtiging, volledig ingevuld, te mailen naar rz.huisartsen@cz.nl.