**Verzamelstaat regeling betalende derde**

**Via dit model bezorgt u ons alle gegevens die wij nodig hebben voor de inschrijving van uw facturen regeling betalende derde.**

Ik voeg …… getuigschriften voor verstrekte hulp toe aangaande zulke verstrekkingen.

RIZIV-nummer1 : ………………………………………..

Naam zorgverlener/groepspraktijk[[1]](#footnote-1): ………………………………………………………………..

Ondernemingnummer (= KBOnr) of vestigingsnummer[[2]](#footnote-2) : ……………………………………….

Naam onderneming of vestiging2 : …………………………………………………………………..

Referentie/volgnummer1 : ……………………………………………………………………………

De betaling dient te gebeuren op volgende rekening1 : BE…………………..

Totaal bedrag ten laste van het ziekenfonds1: ………………………………………euro

**Inventaris van de toegevoegde getuigschriften1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Naam/voornaampatiënt** | **Inschrijvingsnr.** | **Bedrag ten laste ZF** | **Bedrag ten laste patiënt** | **Opmerkingen** |
|  |  |  |  |  |  |

Handtekening Datum

1. Verplicht invullen [↑](#footnote-ref-1)
2. Indien van toepassing, verplicht in te vullen. Indien de onderneming bestaat uit meerdere vestigingen en de briefwisseling per vestiging gebeurt, gelieve het vestigingsnummer en de naam van de vestiging op te geven i.p.v. het ondernemingsnummer. Zo richten we ons steeds tot de juiste contactpersoon. [↑](#footnote-ref-2)