



STICHTING ZIEKTEKOSTENVERZEKERING KRIJGSMACHT

Klantdeclaratie voor PGB verpleging en verzorging formele zorgverlener

Zorgaanbieder¹

Naam:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

AGB code:

LET OP: Bij geen AGB code wordt maximaal het informele tarief betaald

(verplicht)

BIG- nummer:

(indien van toepassing)

Factuur

Factuurnummer:

Factuurdatum:

Te betalen voor:

Betreft verzekerde²

Naam:

Geboortedatum:

BSN:

Verzekerdennr:

Ziektekostenverzekeraar:

Declaratiegegevens

		Begindatum	Einddatum ³	Prestatie ⁴	Tijdsduur zorg ⁵		Totaal bedrag (€)
					Uren	Minuten	
<input type="checkbox"/>	Persoonlijke verzorging			65/1009			
<input type="checkbox"/>	Verpleging			65/1011			
Door u te voldoen:							

Toelichting

1. Hier moeten de gegevens van de zorgverlener die de hulp verleent worden ingevuld.
2. Hier vult u de gegevens van de verzekerde in aan wie de zorg is verleend.
3. Data van de verleende zorg mogen niet in de toekomst liggen. Declaraties zijn altijd achteraf.
4. Om de verwerkingstijd te versnellen hebben wij de prestatiecode alvast ingevuld. U hoeft hier niets mee te doen.
5. Hier vult u bij uren het aantal hele uren verleende zorg in en bij minuten het eventueel resterende deel in minuten.