

**Akkoordverklaring**

**CZ of Menzis verzekerden**

Naam

Geboortedatum

Adres

BSN

**U bent verzekerd bij Menzis of bij CZ**.

Dit betekent dat u na afloop van de behandeling rechtstreeks thuis de factuur ontvangt van Praktijk InTeam. Deze factuur is opgesteld aan de hand van voorgeschreven wetten en regels en volgens vastgestelde tarieven voor bepaalde minuten-drempels voor directe maar ook indirecte tijd. Dit is door de Nederlandse Zorg Autoriteit vastgesteld en op basis hiervan ontvangt u een factuur voor de behandeling van **100%.**

1. Wij vragen u deze factuur **direct** te declareren bij uw verzekeraar door de factuur digitaal of per post te versturen.

De verzekeraar zal de factuur controleren en aan u uitkeren onder **eventuele aftrek van het wettelijk eigen risico.** De uitkering zal lager zijn dan de factuur, dit omdat wij geen contracten afsluiten met zorgverzekeraars. Het bedrag dat wordt uitgekeerd zal tussen de 65% en 80% zijn (indien u een restitutiepolis heeft, wordt deze wel 100% uitgekeerd). Echter het stukje eigen bijdrage zullen wij **nooit** bij u in rekening brengen.

**Afhankelijk van eerder gemaakte zorgkosten *kan* dit ten koste gaan van uw verplichte eigen risico. Indien dit het geval is, brengen wij het eigen risico bij u in rekening mocht dit nog niet zijn ingehouden door uw zorgverzekeraar.**

Het **ontvangen bedrag** bent u verschuldigd aan Praktijk InTeam. U dient de **specificatie** die u van uw zorgverzekeraar ontvangt betreffende de behandeling aan ons door te mailen of sturen zodat wij kunnen zien of er wel of geen eigen risico op in is gehouden.

1. Wij verzoeken u na ontvangst het bedrag **direct** aan ons over te maken. Wij vragen u het schrijven van de verzekeraar waarin, wordt uitgelegd wat wordt overgemaakt, aan ons door te sturen per mail of post, zodat wij de betaling kunnen controleren. Wij zijn op de hoogte dat u nooit de volledige factuur zult betalen. Wij zullen u hier dan ook niet voor aanmanen.

U wordt wel aangemaand als er geen betaling volgt van het uitgekeerde bedrag dat u ontvangen heeft van uw zorgverzekeraar. Dit is ook om u eraan te herinneren dat u de factuur moet indienen bij uw verzekeraar.

1. Is er zes weken na de factuurdatum geen betaling ontvangen of correspondentie geweest over de factuur, zullen wij deze vordering uit handen geven voor het **volledige bedrag** van de factuur aan het incassobureau Medicas. Eventuele kosten voor incasso zijn voor uw rekening.
2. U heeft middels dit schrijven kennis genomen van bovenstaande procedure en verklaart hieraan mee te werken.

Datum: Handtekening voor akkoord:

------------------------------------ ------------------------------------------