**Voorbeeld restitutienota (verplichte velden)**

Naam zorgaanbieder Naam praktijk/instelling

AGB praktijk Straat> <huisnummer

AGB zorgverlener (behandelaar) Postcode> <plaatsnaam

KvK nummer Telefoonnummer

IBANnr:

Behandeld persoon:

Naam verzekerde Factuurnummer:

Geboortedatum:

Straat

Postcode

Plaats Factuurdatum:

(Optioneel) verzekerdennummer:

(optioneel) Naam zorgverzekeraar:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum behandeling | AGB-code behandelaar | Behandelcode (presatiecode) | Omschrijving behandelcode | Diagnosecode (indien van toepassing) | Bedrag |
| <dd-mm-jjjj> |  |  |  |  | (€) |
| <dd-mm-jjjj> |  |  |  |  | (€) |
| <dd-mm-jjjj> |  |  |  |  | (€) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Totaalbedrag incl. BTW** | (€) |

Wij zien uw betaling tegemoet op rekeningnummer IBAN: <vul in rekeningnummer> onder vermelding van het factuurnummer. (is het rekeningnummer van de zorgaanbieder voor de verzekerden).

Lid van Beroepsgroep: