

Bijlage I: Uniforme declaratieparagraaf

Definities

Betaalbaarstelling	Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank tot betaling van de declaratie over te gaan.
Betaling aan een derde in opdracht van de zorgaanbieder	Op schriftelijke aanwijzing van de zorgaanbieder betalen aan een derde zodanig dat de zorgverzekeraar geacht wordt te hebben betaald aan de zorgaanbieder
Datum beschikbaarstelling retourinformatie bij VECOZO	Datum waarop het retourbestand via VECOZO beschikbaar wordt gesteld aan de zorgaanbieder
Derdenbeslag	Beslag gelegd onder de zorgverzekeraar ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de schuldenaar
Einddatum prestatie	Voor verrichtingen: datum van de verrichting Voor samengestelde producten (zoals DBC's): Einddatum samengesteld product
Externe integratie standaard	Door Vektis opgesteld en gepubliceerd rapport waarin de specificaties van berichtuitwisseling eenduidig beschreven zijn na reguliere besluitvorming
Ontvangstdatum factuur	Datum waarop de declaratie op het VECOZO portaal beschikbaar is voor de zorgverzekeraar
Overeenkomst	Vigerende zorgovereenkomst of administratieve overeenkomst
VECOZO	VECOZO is hét internetportaal voor veilige communicatie in de zorg (zie www.vecozo.nl).
Zorgaanbieder	Instelling voor medisch specialistische zorg

Artikel 1 Algemeen

1. Wetgeving, regelgeving (beleidsregels en andere regels), landelijke richtlijnen en overige bilateraal overeengekomen afspraken zijn altijd leidend.
2. De declaratieparagraaf geldt voor:
 - a. het declaratieproces en onderwerpen die daar mee samenhangen, en
 - b. declaraties betrekking hebbende op zorg, zoals omschreven in de overeenkomst en zoals is verleend aan de verzekerden van de zorgverzekeraar.
3. De declaratieparagraaf is een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst of administratieve overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.
4. Het is uitsluitend toegestaan te declareren bij de zorgverzekeraar en de verzekerden namens zorgaanbieders die in de overeenkomst genoemd worden.

Artikel 2 Controle verzekeringsrecht en BSN

1. De zorgverzekeraar stelt elke werkdag geactualiseerde gegevens van haar verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO.
2. De zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO vóór:
 - a. aanvang behandeling en voor
 - b. inzending declaratie
3. Een COV-bericht via VECOZO dient in overeenstemming te zijn met de meest recente vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is.

4. Door de beschikbaarheid van COV is het slechts mogelijk om in uitzonderlijke situaties gegevens over verzekeringsrecht of BSN van een verzekerde telefonisch bij de zorgverzekeraar op te vragen.
5. De zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt en de verzekerde dezelfde persoon zijn. COV kan pas dan gebruikt worden voor het verifiëren van het BSN.

Artikel 3 Declareren

1. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. De zorgaanbieder declareert de in het kader van de op grond van deze overeenkomst verleende zorg rechtstreeks (dus zonder tussenkomst van de verzekerde) bij de zorgverzekeraar met uitzondering van de prestaties die zijn opgenomen in bijlage A.1 Uitzonderde prestaties.
3. Declaraties worden door de zorgaanbieder via VECOZO elektronisch aangeleverd bij de zorgverzekeraar.
4. De zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-codes zoals die zijn opgenomen in bijlage A.2 UZOVI-codes.
5. De zorgaanbieder levert minimaal 1x per maand en maximaal 2x per maand (tweewekelijks) de declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de zorgaanbieder gehouden per omgaande een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
6. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de verzekering van de verzekerde vallen, kunnen door de zorgaanbieder aan de verzekerde worden voorgelegd. In dat geval vermeldt de zorgaanbieder duidelijk op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking:

"Deze nota is door [NAAM zorgaanbieder] rechtstreeks ingediend bij uw zorgverzekeraar. Voor zover u recht heeft op een vergoeding van – het deel – verzekerde zorg is dat door uw zorgverzekeraar al aan [NAAM zorgaanbieder] betaald.

Het resterende niet voor vergoeding in aanmerking komende bedrag à € [BEDRAG te voldoen] dient u zelf aan [NAAM zorgaanbieder] te betalen. Stuurt u deze nota dus niet door aan uw verzekeraar."

7. Alleen indien er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht (ook een nota aan de patiënt) bevat ten minste een aantal gegevenselementen. Deze voldoen aan de definities zoals die in de externe integratie standaard zijn vastgesteld. In bijlage C zijn de elementen opgenomen.
8. De zorgaanbieder declareert ten opzichte van de einddatum van de prestatie de declaratie binnen 6 maanden bij de zorgverzekeraar.
9. Indien door problemen de termijn, zoals bedoeld in artikel 3 lid 8, niet gehaald wordt neemt de zorgaanbieder contact op met de zorgverzekeraar met de intentie om alsnog de betreffende declaratie(s) zowel administratief als financieel juist af te handelen. Partijen houden zich hierbij aan de overeengekomen declaratietermijnen.
10. De afhandeling van declaratieregels wordt door de zorgverzekeraar uitgevoerd volgens het principe dat de zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt de zorgverzekeraar contact op met de zorgaanbieder.

Artikel 4 Declareren via derden

1. Alle bepalingen uit deze declaratieparagraaf zijn onverminderd van toepassing op declaraties via derden.
2. De zorgaanbieder is vrij de gehele declaratieprocedure aan een derde partij uit te besteden (ongeacht de wijze waarop). De zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de zorgverzekeraar formeel en schriftelijk wordt geïnformeerd dat:
 - a. de declaratiewerkzaamheden zijn uitbesteed aan derde en welke derde
 - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet wordenDit dient ten minste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie bij de zorgverzekeraar bekend te zijn gemaakt.
3. Beëindiging c.q. wijziging van de hiervoor genoemde uitbesteding dient door de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn, schriftelijk bij de zorgverzekeraar bekend gemaakt te zijn.
4. De zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit deze declaratieparagraaf onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de zorgverzekeraar hier nooit aansprakelijk voor worden gesteld.
5. Indien de zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan derden, blijft de zorgaanbieder te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van verplichtingen die uit de overeenkomst voortvloeien, ongeacht wat tussen de zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De zorgaanbieder vrijwaart de zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door een gemachtigde van de bepalingen uit deze declaratieparagraaf.
6. Betaling door de zorgverzekeraar aan derden op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de zorgaanbieder, geldt als een betaling aan de zorgaanbieder.

Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties en/of (interne) correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, binnen 30 kalenderdagen na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO opnieuw worden gedeclareerd.
2. Correcties op declaraties die eerder zijn aangeboden aan en zijn betaald door de zorgverzekeraar, worden door zorgaanbieders door middel van crediteringen via de externe integratie standaard aangeboden.
3. Indien er omgangsregels (uniforme omgangsregels controles) zijn afgesproken t.a.v. achteraf controles, is het de zorgverzekeraar niet toegestaan om zelf declaraties te corrigeren als gevolg van achteraf controles. Slechts wanneer het recht op verrekenen ontstaat conform de afspraken die zijn vastgelegd in de omgangsregels bij achteraf controles is het de zorgverzekeraar toegestaan om declaratiegegevens te corrigeren zonder dat zij daarvoor een creditnota van de zorgaanbieder heeft ontvangen.
4. De zorgverzekeraar is gerechtigd om een uitbetaalde declaratie bij de zorgaanbieder terug te vorderen indien er sprake is van:
 - Ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties
 - Incorrecte tarieven
 - Fraude
 - Dubbel uitbetaalde declaraties
5. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de door haar geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties ten gevolge van achteraf controles en de wijze waarop zij de terugvordering voornemens is om uit te voeren. Indien de zorgaanbieder de terugvordering betwist, heeft zij 42 kalenderdagen de tijd om de declaratie te motiveren alvorens de zorgverzekeraar de terugvordering ten uitvoer zal brengen. Indien de (eventueel gedeeltelijke) onrechtmatigheid van de terugvordering is aangetoond, vervalt de vordering (gedeeltelijk).

Artikel 6 Betaling

1. De zorgaanbieder informeert de patiënt/verzekerde voor aanvang behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn basisverzekering of dat een machtiging van de verzekeraar nodig is.
2. Indien een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg waarvoor de verzekerde bij de zorgverzekeraar is verzekerd, plaats tegen de in de zorgovereenkomst overeengekomen en/of de wettelijke tarieven.
3. De zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven bankrekeningnummer.
4. Bij digitale declaraties hanteert de zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van maximaal 30 kalenderdagen.
5. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft, zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag al dan niet volledig aan de zorgaanbieder vergoeden conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
6. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat er sprake is van een door de verzekerde te betalen eigen bijdrage, dan zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag al dan niet volledig aan de zorgaanbieder vergoeden, conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
7. Indien de zorgverzekeraar bij een door de zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling ter hoogte van ten minste 90%, van het gedeclareerde bedrag.
8. Als achteraf blijkt dat de zorgverzekeraar met de voorlopige betaling teveel heeft betaald, betaalt de zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen veertien kalenderdagen nadat de zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven terug. De zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk bankrekeningnummer het te veel betaalde terug betaald dient te worden. Indien de zorgaanbieder het teveel betaalde bedrag niet tijdig terugbetaald, verrekent de zorgverzekeraar het teveel betaalde bedrag met de volgende betalingen.
9. Indien de terugbetaling conform artikel 6 lid 8 niet binnen veertien kalenderdagen plaatsvindt, is de verzekeraar gerechtigd al zijn vorderingen op de zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder dient te betalen ter hoogte van het bedrag dat als voorlopige betaling is betaald.
10. Bij surseance van betaling en/of een – naderend – faillissement worden uitstaande voorschotten aan de zorgaanbieder direct verrekend met nog openstaande ingediende en/of in te dienen declaraties.

Artikel 7 Retourinformatie

1. Een retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de externe integratie standaard, informeert de zorgverzekeraar (door middel van de retourinformatie via VECOZO) de zorgaanbieder hier zo spoedig mogelijk over.
3. De zorgverzekeraar stelt conform de eisen van de externe integratie standaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden.
4. De zorgverzekeraar stelt de retourinformatie met betrekking tot via VECOZO ingediende declaraties zo spoedig mogelijk beschikbaar via VECOZO, maar uiterlijk binnen 30 kalenderdagen. Tenzij sprake is van een voorlopige betaling.

Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

1. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen, is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden van de door hem/haar geregistreerde gegevens in AGB.
2. De zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk telefonisch door te geven aan AGB via 0900-2422633 (zie hiervoor www.AGBCODE.nl) of te wijzigen via www.vecozo.nl (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).
3. De zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem//haar werkzame zorgverleners, actueel in AGB vastgelegd zijn.
4. De zorgaanbieder dient bij beëindiging van het beroep of bij het aangaan van een nieuwe relatie met een zorgaanbieder dit zo spoedig mogelijk te melden bij AGB.
5. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het actueel houden van hun gegevens behorende bij UZOVI-nummers.
6. Indien zorgverzekeraars wijzigingen in hun gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoeren die consequenties hebben voor zorgaanbieders, stellen zij de zorgaanbieders hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.

Addendum

In dit addendum zijn de voor zorgverzekeraars, vertegenwoordigd door Multizorg VRZ B.V. aanvullende bepalingen opgenomen.

Niet van toepassing.

Bijlage A: Specifieke afspraken

A.1: Uitgezonderde prestaties

Onderstaande prestaties dienen niet rechtstreeks bij de verzekeraar te worden gedeclareerd:

Prestatiecode/Declaratiecode	Omschrijving/toelichting

Betreft de prestaties waarover geen afspraken zijn gemaakt en derhalve niet opgenomen in bijlage 2 van de zorgovereenkomst; dit zijn de zgn "16" en "17" en de niet ingekochte "14 en 15" codes.

A.2: UZOVI-codes

Overzicht UZOVI-codes die gehanteerd moeten worden in de declaraties.

Label	UZOVI-nummer
ONVZ Zorgverzekeraar	0441
VVAA zorgverzekering	0408
PNO Ziektekosten	3331
DSW Zorgverzekeraar	7029
Stad Holland Zorgverzekeraar	7037
Zorg en Zekerheid Zorgverzekeraar	7085
Salland verzekeringen	7032
HollandZorg	7032
Energiek	7032
De Amersfoortse Verzekeringen	0403
Ditzo Zorgverzekering	0403
Aevitae (ASR Ziektekosten)	3328
IAK Verzekeringen (ASR Ziektekosten)	8973
Nedasco Assuradeuren (ASR Ziektekosten)	8959

A.3: Betaalafspraken

Betaalafspraken gelden per UZOVI-code, voor alle prestaties en/of op prestatieniveau. Mogelijke betaalafspraken zijn (combinaties zijn mogelijk):

ONVZ Zorgverzekeraar
VVAA zorgverzekering
PNO Ziektekosten

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico	Aanvullend Clausules
Eigen risico	Ja	Ja	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	Ja	Ja	Nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee

DSW Zorgverzekeraar
 Stad Holland Zorgverzekeraar

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico	Aanvullend Clausules
Eigen risico	Ja	Ja	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	Nee	Nee	Nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee

Zorg en Zekerheid Zorgverzekeraar

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico	Aanvullend Clausules
Eigen risico	Ja	Ja	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	Nee	Nee	Nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee

Salland verzekeringen
 Holland Zorg
 Energiek

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico	Aanvullend Clausules
Eigen risico	Ja	Ja	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	Nee	Nee	Nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee

De Amersfoortse Verzekeringen
 Ditzo Zorgverzekering
 Aevitae (ASR Ziektekosten)
 IAK Verzekeringen (ASR Ziektekosten)
 Nedasco Assuradeuren (ASR Ziektekosten)

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico	Aanvullend Clausules
Eigen risico	Ja	Ja	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	Ja	Ja	Nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Ja	Ja	Nee
Onverzekerde zorg	Ja	Ja	Nee

BIJLAGE B: Contactgegevens, wijzigingen en melden fraudegevallen

Zorgverzekeraar

Contactgegevens zorgverzekeraar

Naam	Afdeling	Telefoon	E-mail	Postadres
ONVZ Zorgverzekeraar	Service Center	030 -639 6222	ziekenhuizen@onvz.nl	Postbus 392 3990 GD Houten
VvAA zorgverzekeraar	Service Center	030- 639 6400	ziekenhuizen@onvz.nl	Postbus 168 3990 DD Houten
PNO Ziektekosten	Service Center	030 - 693 6262	ziekenhuizen@onvz.nl	Postbus 459 3990 GG Houten
DSW Zorgverzekeraar	Declaraties	010- 246 6466	info@dsw.nl	Postbus 173 3100 AD Schiedam
Stad Holland Zorgverzekeraar	Declaraties	010- 246 6466	info@dsw.nl	Postbus 173 3100 AD Schiedam
Zorg en Zekerheid Zorgverzekeraar	Speciale Zaken	071- 582 5322	andor.de.vries@zorgen zekerheid.nl	Postbus 400 2300 AK Leiden
Salland verzekeringen	Verstrekkingen administratie	0570 - 687 447	verstrekkingen@eno.nl	Postbus 166 7400 AD Deventer
Holland Zorg	Verstrekkingen administratie	0570 - 687 447	verstrekkingen@eno.nl	Postbus 166 7400 AD Deventer
Energiek	Verstrekkingen administratie	0570 - 687 447	verstrekkingen@eno.nl	Postbus 166 7400 AD Deventer
De Amersfoortse Verzekeringen	Claimcontrol	033- 464 2186	Zorg.claimcontrol@asr .nl	Postbus 42 3800 AA Amersfoort
Ditzo Zorgverzekering	Claimcontrol	033-464 2186	Zorg.claimcontrol@asr .nl	Postbus 42 3800 AA Amersfoort
Aevitae (ASR Ziektekosten)	Afdeling Zorgservices	0900- 3693333	PIBZ@aevitae.nl	Postbus 2705 6401 DE Heerlen
IAK Verzekeringen (ASR Ziektekosten)	Afdeling Schadeservice Zorg-en Inkomensverze keringen	040- 2611528	zorgbeheer@iak.nl	Postbus 90165, 5600 RV Eindhoven
Nedasco Assuradeuren (ASR Ziektekosten)	Afdeling Zorg	033- 4670870	zorg@nedasco.nl	Postbus 59 3800 AB Amersfoort

Wijzigingsprocedure betalingsgegevens en overige gegevens

Betalingsgegevens zullen door de zorgverzekeraar nooit direct op grond van een brief van de zorgaanbieder worden gewijzigd. Altijd zal de zorgverzekeraar een brief t.a.v. de directie van de zorgaanbieder sturen ter ondertekening. Na retourontvangst van die ondertekende brief zal de wijziging nogmaals telefonisch worden geverifieerd bij de financiële administratie van de zorgaanbieder. Daarna zal de mutatie daadwerkelijk in de administratie van de zorgverzekeraar worden ingevoerd. Uiterlijk twee weken na invoer zullen de nieuwe betalingsgegevens door de zorgverzekeraar gebruikt worden. De zorgaanbieder wordt hierover schriftelijk geïnformeerd.

Melden fraudegevallen

Bij twijfel over de identiteit van de verzekerde of wanneer er aanwijzingen zijn dat enig medewerker van de zorgaanbieder met declaraties heeft gefraudeerd, bijvoorbeeld een specialist of een medewerker van een financiële administratie, dient de zorgverzekeraar daarvan op de hoogte te worden gesteld.

Dit kan via:

Naam	Telefoon	E-mail	Postadres
ONVZ Zorgverzekeraar	030 – 639 6491	fraudeloket@onvz.nl of specialezaken@onvz.nl	Postbus 392 3990 GD Houten
VvAA zorgverzekeraar	030 – 639 6491	fraudeloket@onvz.nl of specialezaken@onvz.nl	Postbus 168 3990 DD Houten
PNO Ziektekosten	030 – 639 6491	fraudeloket@onvz.nl of specialezaken@onvz.nl	Postbus 459 3990 GG Houten
DSW Zorgverzekeraar	010-246 6421	bijzonderonderzoek@dsw.nl	Postbus 173 3100 AD Schiedam
Stad Holland Zorgverzekeraar	010 - 246 6421	bijzonderonderzoek@dsw.nl	Postbus 173 3100 AD Schiedam
Zorg en Zekerheid Zorgverzekeraar	071 - 582 5322	andor.de.vries@zorgen zekerheid.nl	Postbus 400 2300 AK Leiden
Salland verzekeringen	0570 - 687 361	Richard.telman@eno.nl	Postbus 166 7400 AD Deventer
Holland Zorg	0570 - 687 361	Richard.telman@eno.nl	Postbus 166 7400 AD Deventer
Energiek	0570 - 687 361	Richard.telman@eno.nl	Postbus 166 7400 AD Deventer
De Amersfoortse Verzekeringen, afdeling Ziektekosten Speciale Zaken	033 – 464 2186	ziektek.spec.zaken@ asr.nl	Postbus 42 3800 AA Amersfoort
Ditzo zorgverzekering	033 – 464 2186	ziektek.spec.zaken@ asr.nl	Postbus 42 3800 AA Amersfoort
Aevitae (ASR Ziektekosten)	045-5739607	ton.coenen@aevitae.co m	Postbus 2705 6401 DE HEERLEN
IAK Verzekeringen (ASR Ziektekosten)	040-2611335	Wilma.louwers@iak.nl	Postbus 90165, 5600 RV Eindhoven
Nedasco Assuradeuren (ASR Ziektekosten)	033-4670828	rm.matthews@nedasco .nl	Postbus 59 3800 AB Amersfoort

Het vervolgtraject m.b.t. het fraudeonderzoek moet met elkaar worden afgestemd.

Zorgaanbieder

Contactgegevens zorgaanbieder

Naam	Afdeling	Telefoon	E-mail	Postadres

Wijzigingen van gegevens die in AGB zijn opgenomen, dienen in AGB gewijzigd te worden. Zie ook artikel 8.

BIJLAGE C: Gegevens-elementen papieren nota

Formaat

Het formaat is:

- Staande A4
- Eenzijdige afdruk

In algemene zin geldt dat op een papieren declaratie van een DBC zorgproduct of overige prestatie minimaal de gegevens opgenomen moeten worden zoals vermeld in artikel 15 (informatieverplichting bij de declaratie) van de nadere regel van de Nza NR/CU-209.

Gegevens op papierendeclaratie

Op declaratie niveau:

- NAW en AGB-code declarant/gelieerde instelling
- servicebureau indien van toepassing
- bankrekeningnummer
- betaling aan
- factuurnummer 12 posities maximaal
- factuurdatum
- geadresseerde gegevens

Op declaratieregel niveau (ook liefst als één regel op papier, indien niet mogelijk nader uitwerken wat op eerste regel, wat op tweede regel):

- Verzekerde nummer of BSN (volgens schema in externe integratie standaard)
- geboortedatum patiënt
- naam patiënt
- (patiënt nummer indien door ziekenhuis gewenst)
- behandeldatum c.q. behandelperiode
- prestatiecode of DBC declaratiecode
- DBC-prestatiecode of Zorgproductcode
- (typerende) diagnose (geldt voor DBC (-zorgproduct), 4-cijferig)
- subtrajectnummer
- zorgtrajectnummer
- uitvoerder (8-cijferig) of AGB-code poortspecialisme bij honorarium
- lekenomschrijving DBC /DBC-zorgproduct
- Hashcode (geldt voor DBC-zorgproduct)*
- type verwijzer
- AGB code verwijzer
- AGB code verwijzend specialisme
- afsluitreden
- indicatie machtiging
- machtigingsnummer (indien van toepassing)
- aantal (indien van toepassing onder vermelding van gebruikte hoeveelheid eenheid (bv mg/ml))
- één uniforme aanduiding kosten of honorarium
- bedrag kosten of bedrag honorarium
- debet of credit

Bij het declareren van paramedische hulp dient nog opgenomen te worden:

- verwijfsdiagnosecode paramedische hulp
- code soort indicatie paramedische hulp
- indicatie tweede operatie zelfde aandoening paramedische hulp
- reden einde zorg

* De zorgaanbieder is verplicht de hashcode op de declaratie te vermelden tenzij er tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar andere afspraken zijn gemaakt om het gebruik van de grouper te borgen.

Verder:

- Bij DBC twee componenten in 2 regels, geen totaalellingen per DBC, alleen totaalelling van de hele declaratie;
- Een regel per prestatiecode, dus voor laboratoria ook één regel per code;
- Bij het declareren van een O(V)P dient de aanvrager/verwijzer vernoemd te worden inclusief de AGB-code;