

# Uniforme declaratieparagraaf Geboortezorg

## Definities

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

## 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. Specifiek aanvullend artikel met betrekking tot geaccordeerde kraampakketten
6. Als u na een positief retourbericht van Vecozo, toch een afwijzing op verzekeringsrecht plaatsvindt, doet zich één van de twee volgende situaties voor:
  - a. Het pakket is nog niet geleverd. De aanvraag wordt geannuleerd en de verzekerde ontvangt hier een bericht over.
  - b. Het pakket is al geleverd. Deze gevallen worden genoteerd en eens per half jaar worden deze besproken met Achmea Zorg. Wanneer deze situatie vaker dan 10 keer binnen een half jaar voorkomt, dan wordt eerder contact opgenomen.

## 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.3 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.1 UZOVI-codes.
5. De zorgaanbieder levert minimaal 1 maal per maand en maximaal 12 maal per jaar de declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. De zorgaanbieder (verloskundige) kan aanvragen om vaker de declaraties aan te mogen leveren. 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. Behoudens de declaratie van poliklinische bevallingen in geboortecentra geldt dat alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de verzekering van de verzekerde vallen, door de zorgaanbieder aan de verzekerde

kunnen 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. Stuur 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 tenminste 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 dient, behoudens overmacht, ten opzichte van de einddatum van de prestatie de declaratie binnen 3 maanden (voor kraampakketten geldt 12 maanden) bij de zorgverzekeraar in te dienen.
9. In geval van overmacht, zoals bedoeld in artikel 3 lid 8, 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.

#### **Specifieke aanvullende artikelen voor Kraamzorg:**

11. Voor de juiste prestatiecodes voor adoptievergoeding en uitgestelde kraamzorg, verwijzen wij u naar de website [www.achmeazorg.nl](http://www.achmeazorg.nl)
12. De kraamverzorgende van het kraamcentrum dient op de laatste dag van de verzorgingsduur een urenverantwoording te tekenen en deze ter ondertekening aan de verzekerde aan te bieden. Deze urenverantwoording maakt integraal onderdeel uit van het zorgdossier van de verzekerde. De zorgaanbieder is gehouden de urenverantwoording desgevraagd aan de zorgverzekeraar te sturen.
13. De wettelijke eigen bijdrage van de kraamzorguren moet door de zorgaanbieder zelf geïnd te worden bij de verzekerden. De wettelijke eigen bijdrage waarvoor de verzekerde aanvullend is verzekerd kan rechtstreeks bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd.

#### **Specifieke aanvullende artikelen voor geboortecentra**

11. De poliklinische bevalling kan inclusief de wettelijke eigen bijdrage gedeclareerd worden, Achmea betaald het volledige bedrag uit aan het Geboortecentrum en zal de eigen bijdrage zelf innen bij haar verzekerden.

#### **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 de derde en welke derde
  - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden
 Dit dient tenminste 10 werkdagen 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 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 60 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

- 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 30 werkdagen 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

- 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.
- 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. Bij Verloskunde geldt dat tarieven gelden op het moment van bevallen.
- De zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven bankrekeningnummer.
- Bij digitale declaraties hanteert de zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van maximaal 30 kalenderdagen. Voor een verloskundige pluspraktijk en kraamzorg pluspraktijk geldt een betaalbaarstelling van 15 dagen.
- 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.2 (Betaalafspraken).
- 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.2 (Betaalafspraken).
- 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 90% van het gedeclareerde bedrag.
- 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 werkdagen 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. Voor declaraties van FBTO en de volmachten van Avéro Achmea geldt dat zij de voorschoten separaat zullen terugvorderen.
- Indien de terugbetaling conform artikel 6 lid 8 niet binnen veertien werkdagen 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.
- Bij surseance van betaling en/of een – naderend – faillissement worden uitstaande voorschotten aan de zorgaanbieder direct

verrekenend met nog openstaande ingediende en/of in te dienen declaraties.

## Artikel 7 Retourinformatie

- Een retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
- 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.
- 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.
- 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

- 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.
- De zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk telefonisch door te geven aan AGB via 0900-2422633 (zie hiervoor [www.agbcode.nl](http://www.agbcode.nl)) of te wijzigen via [www.vecozo.nl](http://www.vecozo.nl) (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).
- De zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem//haar werkzame zorgverleners, actueel in AGB vastgelegd zijn.
- 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.
- Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het actueel houden van hun gegevens behorende bij UZOVI-nummers.
- 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.

## BIJLAGE A: Specifieke afspraken

### A.1: UZOVI-codes

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

Label	UZOVI-nummer
Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. (inclusief DVZ)	3311
Groene Land Achmea label van: Zilveren Kruis Achmea zorgverzekeringen N.V. <b>T/m behandeldatum of begindatum DBC 31-12-2010</b>	3312
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	3313
OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.	3314
FBTO Zorgverzekeringen N.V.	0211
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	3329
Volmachten Avero Achmea Zorgverzekeringen N.V. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nedasco B.V. 8960</li> <li>• IAK verzekeringen B.V. 8971</li> <li>• Aevitae B.V. 8958</li> <li>• Turien &amp; Co Assuradeuren B.V. 8966</li> <li>• Kettlitz Wulfse B.V. 8935</li> </ul> <b>T/m behandeldatum of begindatum DBC 31-12-2010</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VPZ Assuradeuren B.V. 8948</li> </ul> <b>T/m behandeldatum of begindatum DBC 31-12-2010</b>	

FBTO Zorgverzekeringen volgt niet de afspraken voor verloskunde, kraamzorg en kraampakket

### A.2: Betaalafspraken

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

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico	Aanvullend Clausules
Eigen risico			
Eigen bijdrage (co-payment)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wettelijke eigen bijdrage bevalling in geboortehotel;</li> <li>- Wettelijke eigen bijdrage poliklinische bevalling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wettelijke eigen bijdrage bevalling in geboortehotel;</li> <li>- Wettelijke eigen bijdrage kraamzorg indien de verzekerde hiervoor aanvullend is verzekerd.</li> </ul>	
Boven maximale vergoeding (co-insurance)			
Onverzekerde zorg			
...			

**A.3: Uitgezonderde prestaties**

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

Prestatiecode/Declaratiecode	Omschrijving/toelichting
- uitgestelde kraamzorg  - wettelijke eigen bijdrage kraamzorg waarvoor de verzekerde niet aanvullend verzekerd is.	- medisch noodzakelijke kraamzorg na de eerste 10 dagen gerekend vanaf de dag van uw bevalling.

## BIJLAGE B: Contactgegevens, wijzigingen en melden fraudegevallen

### Zorgverzekeraar

#### Overzicht contactgegevens Achmea Zorg, volmachten van Avéro Achmea en FBTO Zorgverzekeringen N.V.

1. Voor vragen over uw declaratie kunt u contact opnemen via onderstaande gegevens.

##### Contactgegevens Achmea Zorg

Naam	Telefoon	E-mail	Postadres
Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. (inclusief DVZ )	0900-56 65 665	Zorg.DV.Geboortezorg@achmea.nl	Postbus 165 7940 AD Meppel
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	0900-56 65 665	Zie hierboven	Zie hierboven
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	0900-56 65 665	Zie hierboven	Zie hierboven
OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.	(074) 789 07 89	info@ozf.nl	Zie hierboven
FBTO zorgverzekeringen N.V.	058-234 52 28	info.zorgverleners@fbto.nl	Afdeling Declaratieservice Postbus 318 8901 BC Leeuwarden

##### Contactgegevens volmachten Avéro Achmea zorgverzekeringen N.V.

Naam	Telefoon	E-mail	Postadres
Nedasco B.V.	(033) 46 70 870	zorgverleners@nedasco.nl	Postbus 59, 3800 AB Amersfoort
IAK Verzekeringen B.V.	(040) 26 11 888	zorgaanbieders@iak.nl	Postbus 90165, 5600 RV Eindhoven
Aevitae B.V.	0900-36 93 693	info@aevitae.com	Postbus 2705, 6401 DE Heerlen
Turien&Co Assuradeuren B.V.	(072) 51 81 998	betaalgegevens.zorg@turien.nl	t.a.v. T.E.D.Z. Postbus 216,1800 AE Alkmaar

2. Voor vragen over het declaratieprotocol kunt u contact opnemen met uw Relatiebeheerder Geboortezorg, via e-mailadres: [rb.geboortezorg@achmea.nl](mailto:rb.geboortezorg@achmea.nl)

Voor actuele informatie kunt u terecht op onze internetsite: [www.achmeazorg.nl](http://www.achmeazorg.nl)

### 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. Voor de adresgegevens van de zorgverzekeraar verwijzen wij u naar bovenstaande contactgegevens.

### 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 afdeling Speciale Zaken, telefoonnummer (071) 36 70 985, e-mailadres: [zorg.speciale.zaken@achmea.nl](mailto:zorg.speciale.zaken@achmea.nl)  
Het vervolgtraject m.b.t. het fraudeonderzoek moet met elkaar worden afgestemd.

## BIJLAGE C: Gegevens-elementen papieren nota

### Formaat

Het formaat is:

- Staande A4
- Eenzijdige afdruk

### 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
- behandeldatum c.q. behandelperiode
- prestatiecode of DBC declaratiecode
- DBC-prestatiecode,
- uitvoerder (6-cijferig) of AGB-code poortspecialisme bij honorarium
- DBC's (4-cijferig)
- lekenomschrijving DBC
- één uniforme aanduiding kosten of honorarium
- bedrag kosten of bedrag honorarium
- debet of credit
- verreken tarief of verrekenpercentage (i.v.m. aparte registratie)
- machtigingsnummer (indien van toepassing)
- (patiënt nummer indien door ziekenhuis gewenst)

### Verder:

- Bij DBC twee componenten in 2 regels, geen totaal tellingen per DBC, alleen totaal telling 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;