

Externe integratie

Generieke Declaratiestandaard

GDS801-GDS802

Invulinstructies Generiek [INV GEN]

Versie EI-standaard:	1.0
Versiedatum:	15-03-2021
Uitgave document:	8
Uitgavedatum:	23-5-2022
Kenmerk:	GDS801-GDS802v1.0_INV_GENu8.pdf

Adres- en contactgegevens

Correspondentieadres

Vektis
Postbus 703
3700 AS ZEIST

Bezoekadres

Vektis
Sparrenheuvel 18
3708 JE ZEIST

Telefoon: 030 – 8008 300

Helpdesk: standaardisatie@vektis.nl

Website: www.vektis.nl

Informatie over standaarden: www.vektis.nl/standaardisatie

De inhoud van de Vektis standaardisatie documentatie is met uiterste zorgvuldigheid tot stand gebracht. De inhoud wordt regelmatig gecontroleerd en geactualiseerd. Vektis kan echter niet aansprakelijk worden gesteld voor de juistheid, volledigheid en actualiteit van de website. Vektis is niet aansprakelijk voor eventuele schade of consequenties ontstaan door direct of indirect gebruik van de inhoud van de documentatie.

Informatie uit deze documentatie mag je overnemen mits je daarbij de bron vermeldt.

Revisiehistorie EI-standaard

Versie EI-standaard	Uitgave document	Aard/reden wijzigingen	Datum uitgave
1.0	8	RfC S22013, Prestatiekoppelnummer	23-05-2022
1.0	7	Verduidelijken bepalingen rondom bedragvelden, en vullen elementen uit een referentie.	29-04-2022
1.0	6	Verduidelijken relatie DeclaratieContext en verzender in Header	28-03-2022
1.0	5	Uitsluiten van het gebruik van prestatiecodelijst 990 en 999.	19-11-2021
1.0	4	Verduidelijkingen met betrekking tot het gebruik van het prestatiekoppelnummer toegevoegd.	14-07-2021
1.0	3	Derde uitgave voor eerste versie	30-06-2021
1.0	2	Tweede uitgave voor eerste versie	16-06-2021
1.0	1	Eerste uitgave voor eerste versie	19-05-2021

Doelgroepen

- Zorgverzekeraars
- Zorgkantoren
- Dienst Justitiële Inrichtingen
- Orgaan van tijdelijk verblijf
- Zorgaanbieders
- Softwareleveranciers van zorgaanbieders
- Servicebureaus
- VECOZO

Beheer EI-standaard

De EI-standaarden worden functioneel beheerd door Zorgverzekeraars Nederland. Het technisch beheer wordt uitgevoerd door Vektis

Dit document is tot stand gekomen in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland. De eerste versie van de EI-standaard is opgesteld in afstemming met Zorgverzekeraars Nederland, de hierboven genoemde doelgroepen en Vektis.

Voorwoord

Dit document betreft de Invulinstructie Externe integratie Generieke Declaratiestandaard, 15-03-2021, GDS801-GDS802 versie 1.0 (uitgave 8). De invulinstructie geeft een gedetailleerde beschrijving en voorbeelden van veel voorkomende wijzen waarop het EI-bericht Generieke Declaratiestandaard (GDS) moet worden ingevuld.

Het document verschijnt tezamen met de documenten:

- Externe integratie Generieke Declaratiestandaard GDS801- GDS802, standaardbeschrijving [STB];
- Externe integratie Generieke Declaratiestandaard GDS801, berichtspecificatie [BER];
- Externe integratie Retourinformatie Generieke Declaratiestandaard GDS802, berichtspecificatie [BER];
- Externe integratie Generieke Declaratiestandaard GDS801, registratie bedrijfs- en controleregels [RBC];
- Externe integratie Generieke Declaratiestandaard GDS801-GDS802, XML-specificatie [XML]. Deze XML-specificatie bestaat uit: XSD's van het heen- en retourbericht, VALXSLT en XSLT's met controles op het bericht en XML-bestanden met de relevante codelijsten;
- Voor elke prestatiecodelijst die via de Generieke Declaratiestandaard kan worden gedeclareerd:
 - Externe integratie Generieke Declaratiestandaard GDS801- GDS802, invulinstructie prestatiecodelijst XXX [INV PCLXXX];
 - XML-testbestanden PCLXXX;
 - Logische controle beschrijving prestatiecodelijst XXX [LCB PCLXXX];
- GDS801v1.0_Restitutienota_u1.pdf.

De volgende documenten zijn gerelateerd aan bovengenoemde set van documenten:

- [Architectuur EI-standaarden, versie 2.0, 15-03-2021](#);
- Handleiding XSLT's;
- Leeswijzer LCB-controles.

De beschrijvingen van de LCB-controles van alle zorgsoorten zijn daarnaast beschikbaar op <https://bft.mendixcloud.com/>.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
1.1	Uitgangspunten	7
1.2	Leeswijzer	7
2	Algemene invulinstructies	9
2.1	Vullen verplichte klasse of (samengesteld) element	9
2.2	Vullen conditionele klasse of (samengesteld) element.....	9
2.3	Vullen elementen die codes bevatten.....	13
2.4	Vullen elementen referentie.....	13
2.5	Omgang met lengtebeperkingen	13
2.6	Verskillende prestatiecodelijsten in één bericht	14
3	Generieke invulinstructie EI Generieke Declaratiestandaard.....	15
3.1	Header	17
3.2	DeclaratieContext.....	17
3.2.1	Declarant en Zorgaanbieder.....	17
3.2.2	Relatie tussen declarant en verzender.....	21
3.2.3	BetalingAanServicebureau	25
3.2.4	Factuurnummer	27
3.2.5	Btwidentificatienummer	27
3.2.6	Begindatum- en einddatum declaratieperiode	27
3.3	Overzicht.....	27
3.4	Verzekerde	28
3.4.1	Identificatie Verzekerde	29
3.4.2	BuitenlandVerzekerde	30
3.4.3	AanvullendeVerzekerdenGegevens	31
3.5	Prestatie	31
3.5.1	Werkwijze opnemen prestaties in declaratiebericht	31
3.5.2	Referentienummer	33
3.5.3	PrestatieKoppelnummer	34
3.5.4	DebetPrestatie	35
3.5.5	Aanvullende prestatiegegevens.....	52
3.5.6	CreditPrestatie	53
3.6	Samengestelde elementen.....	56
3.6.1	Naamgegevens.....	56
3.6.2	Adresgegevens verzekerde en debiteur.....	58
4	Generieke invulinstructie EI Retourbericht Generieke Declaratiestandaard.....	60
4.1	Gegevens in retourbericht	60
4.1.1	Header.....	60
4.1.2	DeclaratieContext.....	61
4.1.3	Bedrag elementen (inclusief BTW)	61

4.1.4	Feedback	63
4.2	Controles op het EI-declaratiebericht	63
4.2.1	Bericht zonder fouten (Voorbeeld 1)	64
4.2.2	Bericht met fout in header, declaratiecontext of overzicht (Voorbeeld 2a en 2b)	66
4.2.3	Bericht met fout in Verzekerde (Voorbeeld 3)	69
4.2.4	Bericht met fout in Prestatie (Voorbeeld 4a en 4b)	72
4.2.5	Bericht met fout in Prestatie (Voorbeeld 5)	75
4.2.6	Bericht met fout in Prestatie (Voorbeeld 6)	78
4.2.7	Bericht met fout in Prestatie (Voorbeeld 7)	81
5	Bijlagen	85
5.1	Mutatieoverzicht	85
5.2	Voorbeelden bedrag elementen	88

1 Inleiding

Dit document betreft een invulinstructie bij het gebruik van de standaarden Externe integratie (Retourinformatie) Generieke Declaratiestandaard GDS801-GDS802, versie 1.0, 15-03-2021.

De invulinstructie heeft tot doel informatie te geven over hoe situaties in de werkelijkheid zijn te vertalen naar het vullen van één of meer gegevens in de EI-standaard. In het document Standaardbeschrijving Externe integratie Generieke Declaratiestandaard (GDS801-GDS801v1.0_STBu1.pdf) staan de procesmatige onderwerpen met betrekking tot het declareren in hoofdlijnen vermeld. In de documenten Berichtspecificatie Externe integratie Generieke Declaratiestandaard en Berichtspecificatie Externe integratie Retourinformatie Generieke Declaratiestandaard (GDS801v1.0_BERu1.pdf en GDS802v1.0_BERu1.pdf) staan de berichtstructuur, de velden en de bepalende kenmerken en condities voor het vullen van velden voor een declaratiebericht vermeld. In de Standaardbeschrijving (STB) en in de Berichtspecificaties (BER) is echter onvoldoende ruimte om alle bijzonderheden, zoals specifieke casussen, invulvoorbeelden en uitzonderingen, in voldoende mate weer te geven. Deze zijn opgenomen in de invulinstructie.

1.1 Uitgangspunten

Bij het samenstellen van dit EI-document zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Informatie in dit document is gericht op (informatie)analisten en softwareontwikkelaars.
- De lezer heeft een basiskennis van XML.

1.2 Leeswijzer

De invulinstructie bestaat uit een generiek deel en specifieke delen per prestatiecodelijst. Dit document beschrijft de generieke invulinstructies van de verschillende onderdelen uit de berichtspecificatie van zowel het heen- als retourbericht. Deze invulinstructies gelden ongeacht de prestatiecodelijsten waarvan prestaties zijn opgenomen in het declaratiebericht.

Niet alle onderdelen uit de berichtspecificatie zullen relevant zijn voor alle prestatiecodelijsten. In de invulinstructies voor een specifieke prestatiecodelijst staat vermeld welke onderdelen relevant zijn voor die specifieke prestatiecodelijst. Bij implementatie van deze standaard in een systeem, hoeft alleen rekening te worden gehouden met de generieke invulinstructies van de onderdelen die relevant zijn voor de prestatiecodelijsten die het systeem kan verwerken.

De invulinstructies per prestatiecodelijst beschrijven daarnaast aanvullende instructies of specifieke afwijkingen op de generieke instructies die alleen voor de betreffende prestatiecodelijst gelden.

In deze invulinstructie zijn op meerdere plekken voorbeelden opgenomen van de wijze waarop gegevens in het bericht moeten worden opgenomen. Onderstaande tabel geeft weer hoe bepaalde aanduidingen in deze voorbeelden moeten worden gelezen.

Tabel 1-1 Aanduidingen in voorbeelden

Aanduiding	Betekenis
-	Er moeten geen gegevens worden opgenomen in het bericht.
Rood gemarkeerde tekst	De gemarkeerde tekst geeft een voorbeeld van hoe de gegevens <u>niet</u> in het bericht moeten worden opgenomen.

Een overzicht van de betekenis van afkortingen die in deze invulinstructie worden gehanteerd, is terug te vinden in de bijlagen van de Standaardbeschrijving.

2 Algemene invulinstructies

In dit hoofdstuk volgen voorbeelden van het vullen van verplichte en conditionele klassen en (samengestelde)elementen.

2.1 Vullen verplichte klasse of (samengesteld) element

Voor verplichte klassen en (samengestelde) elementen geldt dat:

- de klasse of het (samengestelde) element is aanwezig in het bericht EN;
- de klasse of het (samengestelde) element heeft inhoud.

Het is dus niet toegestaan om bijvoorbeeld voor een verplicht element alleen een leeg element op te nemen, het element moet verplicht een waarde bevatten.

Tabel 2-1 Voorbeeld vullen verplicht element

Situatie			
Binnen het samengestelde element Geslachtsnaam wordt het element Achternaam altijd met een waarde gevuld. Een leeg element is niet toegestaan.			
Kenmerken element			
Verplicht, alfanumeriek			
Casus	Waarde	Vulling in bericht (correct)	Vulling in bericht (foutief)
Mevr. De Jong	'Jong'	<Achternaam>Jong</Achternaam>	<Achternaam></Achternaam>

2.2 Vullen conditionele klasse of (samengesteld) element

Van conditionele klassen en (samengestelde) elementen kunnen de volgende typen voorkomen:

- de klasse of het (samengestelde) element moet worden opgenomen om een bepaalde situatie te ondersteunen;
- er geldt een conditie die aangeeft dat de klasse of het (samengestelde) element moet worden opgenomen als de inhoud bekend is of kan zijn;
- er geldt een conditie die aangeeft dat de klasse of het (samengestelde) element moet worden opgenomen als andere klassen of (samengestelde) elementen aanwezig zijn of een specifieke inhoud hebben;
- de klasse of het (samengestelde) element moet worden opgenomen als er een onderlinge afspraak bestaat over het opnemen van de klasse of het (samengestelde) element (een dergelijke klasse of (samengesteld) element wordt ook wel 'optioneel' genoemd);
- de klasse of het (samengestelde) element kan worden opgenomen om aanvullende informatie aan te leveren.

Deze typen sluiten elkaar niet uit. Het kan dus voorkomen dat voor een conditionele klasse of (samengesteld) element meerdere typen van toepassing zijn, bijvoorbeeld als er een onderlinge afspraak is om de klasse of het (samengestelde) element op te nemen als de inhoud bekend is.

Net als voor de verplichte klassen en (samengestelde) elementen geldt dat als aan de conditie is voldaan de conditionele klasse of het conditionele (samengestelde) element wordt opgenomen in het bericht én inhoud heeft. Dit is onafhankelijk van het type conditie dat geldt.

Het kan voorkomen dat voor een conditionele klasse of (samengesteld) element niet aan de conditie is voldaan, maar dat er wel een waarde bekend is. Wanneer de klasse of het (samengestelde) element in dit geval toch in het bericht wordt opgenomen, kan dit op de volgende manieren worden afgehandeld:

- Er vindt een afkeur plaats vanwege de aanwezigheid van de conditionele klasse of het conditionele (samengestelde) element.
Dit is van toepassing op klassen en (samengestelde) elementen die niet aanwezig mogen zijn als niet aan de conditie is voldaan, bijvoorbeeld vanwege wetgeving of privacy redenen. Hiervoor zijn in de RBC expliciet controles opgenomen.
- De aanwezigheid van de conditionele klasse of het conditionele (samengestelde) element wordt niet afgekeurd.
In dit geval kan de ontvanger van het bericht de doorgegeven waarde negeren. Het is echter ook mogelijk dat er afkeur plaatsvindt op basis van de doorgegeven waarde.

Tabel 2-2 Voorbeeld vullen conditioneel element

Situatie				
Binnen het samengestelde element Geslachtsnaam wordt het element Voorvoegsels alleen gevuld als de geslachtsnaam voorvoegsels bevat.				
Kenmerken element				
Conditioneel, alfanumeriek				
Casus	Conditie	Waarde	Vulling in bericht (correct)	Vulling in bericht (foutief)
Mevr. De Jong	Conditie is geldig	'de'	<Voorvoegsels>de </Voorvoegsels>	<Voorvoegsels></Voorvoegsels>
Heer Pietersen	Conditie is niet geldig	n.v.t.	-	<Voorvoegsels></Voorvoegsels>

Tabel 2-3 Voorbeeld vullen element met onderlinge afspraak

Situatie				
In berichten aan zorgverzekeraars wordt het Contractnummer alleen opgenomen als er een onderlinge afspraak is voor het doorgeven van dit gegeven. Deze afspraak geldt alleen voor specifieke prestaties.				
Kenmerken element				
Conditioneel, alfanumeriek				
Casus	Afspraak	Waarde	Vulling in bericht (correct)	Vulling in bericht (foutief)
Zorgaanbieder heeft een contract met nummer A123456	Er is een afspraak	'A123456'	<Contractnummer> A123456 </Contractnummer>	<Contractnummer> </Contractnummer>
Zorgaanbieder heeft een contract met nummer B654321	Er is geen afspraak	n.v.t.	-	<Contractnummer> </Contractnummer>
Zorgaanbieder levert ongecontracteerde zorg	Er is geen afspraak	n.v.t.	-	<Contractnummer> </Contractnummer>

Tabel 2-4 Voorbeeld vullen conditionele klasse (fout als klasse wel voorkomt)

Situatie				
De klasse Plaatsingsbesluit wordt alleen opgenomen in het declaratiebericht bij declaraties van prestaties in de forensische zorg. Voor overige soorten zorg mag deze klasse niet worden opgenomen.				
Kenmerken klasse				
Conditioneel, alfanumeriek				
Casus	Conditie	Vulling in bericht (correct)	Vulling in bericht (foutief)	
Prestatie beschrijft geleverde forensische zorg	Conditie is geldig	<Plaatsingsbesluit> <Plaatsingsbesluitnummer>1 </Plaatsingsbesluitnummer> <BegindatumForensischeZorgtitel> 2022-01-01 </BegindatumForensischeZorgtitel> <EinddatumForensischeZorgtitel> 2022-06-30 </EinddatumForensischeZorgtitel> </Plaatsingsbesluit>	<Plaatsingsbesluit> <Plaatsingsbesluitnummer> </Plaatsingsbesluitnummer> <BegindatumForensischeZorgtitel> </BegindatumForensischeZorgtitel> <EinddatumForensischeZorgtitel> </EinddatumForensischeZorgtitel> </Plaatsingsbesluit>	

Prestatie beschrijft basis geestelijke gezondheids zorg	Conditie is niet geldig	-	<p><Plaatsingsbesluit> <Plaatsingsbesluitnummer> </Plaatsingsbesluitnummer> <BegindatumForensischeZorgtitel> </BegindatumForensischeZorgtitel> <EinddatumForensischeZorgtitel> </EinddatumForensischeZorgtitel> </Plaatsingsbesluit></p> <p>Of</p> <p><Plaatsingsbesluit> <Plaatsingsbesluitnummer>1 </Plaatsingsbesluitnummer> <BegindatumForensischeZorgtitel> 2022-01-01 </BegindatumForensischeZorgtitel> <EinddatumForensischeZorgtitel> 2022-06-30 </EinddatumForensischeZorgtitel> </Plaatsingsbesluit></p>
---	-------------------------	---	--

Tabel 2-5 Voorbeeld vullen conditioneel element (geen fout als element wel voorkomt)

Situatie			
Het element Btwidentificatienummer wordt alleen opgenomen in het declaratiebericht als het bericht prestaties bevat waarvoor de zorgaanbieder Btw-plichtig is. Wanneer het bericht geen prestaties bevat waarvoor de zorgaanbieder Btw-plichtig is, wordt het Btwidentificatienummer niet opgenomen.			
Kenmerken klasse			
Conditioneel, alfanumeriek			
Casus	Conditie	Vulling in bericht (correct)	Vulling in bericht (foutief)
Bericht bevat prestaties waarvoor de zorgaanbieder Btw-plichtig is.	Conditie is geldig	<Btwidentificatienummer> NL123456789B01 </Btwidentificatienummer>	<Btwidentificatienummer> </Btwidentificatienummer>
Bericht bevat geen prestaties waarvoor de zorgaanbieder Btw-plichtig is.	Conditie is niet geldig	-	<Btwidentificatienummer> </Btwidentificatienummer>

2.3 Vullen elementen die codes bevatten

Voor elementen die een code uit een codelijst moeten bevatten, geldt dat in het element de waarde moet worden opgenomen zoals in de codelijst is aangegeven:

- Voor numerieke codes betekent dit dat eventuele voorloopnullen uit de code ook moeten worden opgenomen. Een code 01 moet bijvoorbeeld worden opgenomen als 01 en niet als 1.
- Voor alfanumerieke codes betekent dit dat de letterlijke weergave van een letterwaarde uit de code dient te worden overgenomen. Dus daar waar een code hoofdletters bevat, moet deze code ook in hoofdletters in het desbetreffende element opgenomen worden. Vektis codelijsten hanteren standaard alleen hoofdletters omdat ontvangende systemen niet altijd het onderscheid kunnen maken tussen hoofdletters en kleine letters. Voor codelijsten die door externe partijen worden beheerd is dit echter niet te garanderen.

2.4 Vullen elementen referentie

Voor elementen die een referentie betreffen, geldt dat in het element de waarde moet worden opgenomen zoals in de referentie is aangegeven:

- Voor een numerieke referentie betekent dit dat eventuele voorloopnullen uit de referentie ook moeten worden opgenomen. Dit betekent dat:
 - AGB en UZOVI volledig moeten worden gehanteerd inclusief voorloopnullen.
 - BSN altijd 9 cijferig moet worden gehanteerd, derhalve inclusief voorloopnul.

2.5 Omgang met lengtebeperkingen

Op een aantal elementen in het bericht geldt een beperking in de lengte van de gegevens die in het element worden opgenomen. Tabel 2-6 beschrijft voor een aantal van deze elementen welke werkwijze moet worden gehanteerd als gegevens moeten worden opgenomen die de maximumlengte overschrijden.

Tabel 2-6 Werkwijze lengte beperkingen

Element	Werkwijze bij overschrijding maximumlengte
TotaalDeclaratiebedragInclBtw	Splits het declaratiebericht in meerdere berichten zodat het totaal te declareren bedrag (inclusief btw) in elk bericht onder de maximumlengte uitkomt. Net als bij het overschrijden van de maximum berichtgrootte geldt dat moet worden gesplitst op het niveau van de verzekerde.
TariefInclBtw BerekendBedragInclBtw DeclaratieBedragInclBtw	Splits de prestatie op in meerdere prestaties zodat elk bedrag in elke prestatie onder de maximumlengte uitkomt. Via het volgnummer kan worden aangegeven dat het twee verschillende prestaties betreft, zie hiervoor verder 3.5.4.6 .

Aantal	Splits de prestatie op in meerdere prestaties zodat het aantal in elke prestatie onder de maximumlengte uitkomt. Via het volgnummer kan worden aangegeven dat het twee verschillende prestaties betreft, zie hiervoor verder 3.5.4.6 .
--------	--

Tabel 2-7 Voorbeeld opsplitsen prestatie bij overschrijding maximumlengte bedrag element

Situatie					
Een duur geneesmiddel kost €10.000,00 per milliliter. Een patiënt krijgt in één toediening 100ml van dit geneesmiddel toegediend. Dit komt neer op een te declareren bedrag van €1.000.000,00.					
Voor de elementen BerekendBedragInclBtw en DeclaratieBedragInclBtw geldt een maximumlengte van 6 cijfers voor de komma en 2 cijfers na de komma. In het declaratiebericht wordt de declaratie daarom opgesplitst in twee prestaties.					
Kenmerken elementen					
Decimaal getal, maximaal 6 cijfers voor de komma en 2 cijfers na de komma					
Prestatie	TariefInclBtw	Aantal	BerekendBedragInclBtw	DeclaratieBedragInclBtw	Volgnummer
1	10000.00	90	900000.00	900000.00	01
2	10000.00	10	100000.00	100000.00	02

2.6 Verschillende prestatiecodelijsten in één bericht

De generieke declaratiestandaard maakt het mogelijk om in één declaratiebericht prestaties op te nemen van verschillende prestatiecodelijsten. Het is mogelijk dat er in de specifieke invulinstructies van deze prestatiecodelijsten is aangegeven dat bepaalde klassen of (samengestelde) elementen in niet prestatie gerelateerde klassen (zoals Declaratiecontext of Verzekerde) niet van toepassing zijn of dat hier extra condities op gelden. Hiermee moet op de volgende manier worden omgegaan in het declaratiebericht:

- Een klasse of (samengesteld) element in een niet prestatie gerelateerde klasse is niet voor alle prestatiecodelijsten die in het declaratiebericht voorkomen van toepassing; het declaratiebericht bevat de klassen en (samengestelde) elementen die voor tenminste één van de prestatiecodelijsten van toepassing zijn.
- Een klasse of (samengesteld) element in een niet prestatie gerelateerde klasse heeft een aanvullende conditie voor een van de prestatiecodelijsten die in het declaratiebericht voorkomen: De condities zijn geldig die voor tenminste één van de prestatiecodelijsten geldig zijn.

3 Generieke invulinstructie EI Generieke Declaratiestandaard

In dit hoofdstuk is een invulinstructie opgenomen voor algemene zaken en voor verschillende generieke klassen en (samengestelde) elementen die voorkomen in de EI-generieke declaratiestandaard. De invulinstructie in dit hoofdstuk is onafhankelijk van de prestatiecodelijst(en) waarvoor prestaties worden opgenomen in het bericht en geldt dus voor alle declaratieberichten.

Een overzicht van de klassen en samengestelde elementen die worden besproken staat in Tabel 3-1.

Tabel 3-1 Invulinstructie per gegeven (rubriek)

Gegeven	Paragraaf
<u>Header</u>	3.1
Verzender	3.1 en 3.2.2
Ontvanger	
<u>DeclaratieContext</u>	3.2
Declarant	3.2.1 en 3.2.2
Zorgaanbieder	
BetalingAanServicebureau	3.2.3
Factuurnummer	3.2.4
BtwIdentificatienummer	3.2.5
BegindatumDeclaratieperiode	3.2.6
EinddatumDeclaratieperiode	
<u>Overzicht</u>	3.3
TotaalDeclaratiebedragInclBtw	3.3
<u>Verzekerde</u>	3.4
BSN	3.4.1
UzoviNummer	
Verzekerdnummer	
PatientIdentificatienummer	
Geboortedatum	3.4.1.1
BuitenlandVerzekerde	3.4.2
AanvullendeVerzekerdenGegevens	3.4.3
SoortRelatie	3.4.3.1
<u>Prestatie</u>	3.5
Referentienummer	3.5.2
PrestatieKoppelnummer	3.5.3
DebetPrestatie	3.5.4

PrestatieCodelijstCode	3.5.4.1
Prestatiecode	
SoortKosten	3.5.4.2
AanvullendPrestatiekenmerk	3.5.4.3
Begindatum	3.5.4.4
Einddatum	
Begintijd	3.5.4.5
Eindtijd	
Volgnummer	3.5.4.6
Aantal	3.5.4.7
Verwijzing	3.5.4.8
Zorgaanbieder	3.5.4.9
TariefInclBtw	3.5.4.10
BerekendBedragInclBtw	
DeclaratieBedragInclBtw	
Herdeclaratiecode	3.5.4.11
Informatiecode	3.5.4.12
DoorsturenToegestaan	3.5.4.13
PrivacyCode	3.5.4.14
Aanvullende Prestatiegegevens	3.5.5
Diagnose	3.5.5.1
Zorgtraject	3.5.5.2
Contractnummer	3.5.5.3
IndicatiebesluitNummer	3.5.5.4
Plaatsingsbesluit	3.5.5.5
Commentaar	3.5.5.6
CreditPrestatie	3.5.6
<u>Samengestelde elementen</u>	3.6
Naamgegevens	3.6.1
Adresgegevens	3.6.2

3.1 Header

De Header van het declaratiebericht is enkel bedoeld voor identificatie en routing van het bericht. Voor de routing zijn de elementen Verzender en de Ontvanger opgenomen, beide worden gevuld met een AGB-Code of UZOVI-nummer. De vulling van Verzender en Ontvanger in het retourbericht, staat beschreven in hoofdstuk [4](#).

Het bericht kan direct vanuit een zorgaanbieder naar een zorgverzekeraar worden gestuurd, of via een servicebureau. Indien het bericht via een servicebureau loopt, waarbij het servicebureau ontvanger of verzender kan zijn, dan moet in het bericht van de zorgaanbieder naar het servicebureau het servicebureau als ontvanger zijn gevuld en in het bericht van het servicebureau naar de verzekeraar het servicebureau als verzender zijn gevuld.

NB: De Verzender en Ontvanger zijn opgenomen in het bericht ten behoeve van de verwerking van de berichten in de systemen van de verzendende en ontvangende partij. Het VECOZO-portaal maakt geen gebruik van deze velden voor het routeren van de berichten.

3.2 DeclaratieContext

3.2.1 Declarant en Zorgaanbieder

Binnen de declaratiecontext geeft de declarant aan wie de zorg declareert en aan wie betaald moet worden. (Wanneer de declaratie via een servicebureau loopt, is extra informatie nodig om te bepalen aan wie betaald moet worden. Zie hiervoor paragraaf [3.2.3](#).)

De declarant is altijd een zorgaanbieder. Een zorgaanbieder is een natuurlijke persoon of niet natuurlijk persoon (rechtspersoon, samenwerkingsverband) die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent. Een zorgaanbieder kan een instelling, een praktijk of een zorgverlener zijn:

- Een Zorginstelling is een organisatorische eenheid, waaruit zorg wordt verleend.
- Een Zorgpraktijk is een organisatorische eenheid, waaruit zorg wordt verleend. In tegenstelling met de Zorginstelling, gaat het hier om een extramurale praktijk.
- Een Zorgverlener is een natuurlijke persoon die de daadwerkelijke zorg aan de verzekerde verleent. Daarnaast zijn hulpmiddelenleveranciers, vervoerders en rechtspersonen ook als Zorgverlener geregistreerd. Deze zorgverleners worden gerefereerd als zorgverleners die geen natuurlijk persoon zijn.

Opmerking: Voor de zorgaanbieder wordt de definitie uit het AGB-register gehanteerd. Deze definitie komt overeen met de definitie van zorgaanbieder zoals beschreven in de Wet Marktordening Gezondheidszorg artikel 1, eerste lid, aanhef en onderdeel c. De mogelijke zorgaanbieders zijn opgenomen volgens AGB-oud. Reden hiervoor is dat de transitie naar AGB-nieuw nog niet volledig is afgerond. In de toekomst zal ook in het generieke

declaratiebericht de overstap worden gemaakt naar de definitie van zorgaanbieder volgens AGB-nieuw.

Alle soorten zorgaanbieders kunnen optreden als Declarant. In de meeste gevallen worden contracten met betrekking tot het declareren echter afgesloten tussen zorgverzekeraars en praktijken of instellingen. De declarant is daarom in de meeste gevallen een praktijk of instelling.

Tabel 3-2 Voorbeeld declaratie door instelling

Situatie	
Een gezondheidscentrum heeft AGB-code: 37000321	
Casus	Vulling in bericht
Gezondheidscentrum declareert de zorg geleverd in het gezondheidscentrum	<pre><Declarant> <Zorgaanbiedercode>37000321</Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>1 (=Instelling)</ZorgaanbiederSoort> </Declarant></pre>

Tabel 3-3 Voorbeeld declaratie door praktijk

Situatie	
Een huisartsenpraktijk heeft AGB-code: 01000547	
Casus	Vulling in bericht
De huisartsenpraktijk declareert de zorg geleverd in de praktijk	<pre><Declarant> <Zorgaanbiedercode>01000547</Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>2 (=Praktijk)</ZorgaanbiederSoort> </Declarant></pre>

Declaratie door zorgverlener

Afhankelijk van het soort zorg dat wordt gedeclareerd, is het mogelijk dat een zorgverlener zelf de indiener is van de declaratie. Hierbij zijn de volgende situaties mogelijk:

- De zorgverlener is geen natuurlijk persoon en heeft één tariefafspraken met de zorgverzekeraar. De voorwaarden uit het contract tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar, zoals bijvoorbeeld de te gebruiken tarieven, zijn in dit geval onafhankelijk van een eventuele locatie waar de zorgverlener de zorg heeft verleend. In dit geval dient de zorgverlener te worden opgenomen als declarant en is het niet nodig om aanvullende informatie op te nemen in het declaratiebericht.
- De zorgverlener is een natuurlijk persoon en heeft één tariefafspraken met de zorgverzekeraar. De voorwaarden uit het contract tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar, zoals bijvoorbeeld de te gebruiken tarieven, zijn in dit geval onafhankelijk van een eventuele locatie waar de zorgverlener de zorg heeft verleend. In

dit geval dient de zorgverlener te worden opgenomen als declarant en is het niet nodig om aanvullende informatie op te nemen in het declaratiebericht. De zorgverlener die een natuurlijk persoon is wordt alleen als declarant opgenomen in het declaratiebericht als hier contractuele afspraken over zijn met de zorgverzekeraar. Wanneer er geen contractuele afspraken zijn en de zorgverlener die een natuurlijk persoon is wordt wel als declarant opgenomen in het declaratiebericht, dan zal het declaratiebericht in zijn geheel worden afgewezen.

- Er is een contract afgesloten met een zorgverlener die in meerdere praktijken of instellingen werkzaam is en volgens dit contract geldt afhankelijk van de praktijk of instelling een verschillend tarief. In dit geval bieden alleen de gegevens van de zorgverlener als declarant onvoldoende informatie aan de verzekeraar om het declaratiebericht af te kunnen handelen. In het declaratiebericht dient daarom naast de zorgverlener als declarant, ook de praktijk of instelling waar de zorg is geleverd te worden opgenomen in het declaratiebericht. Hiervoor is de conditionele klasse Zorgaanbieder beschikbaar in de Declaratiecontext. De conditionele klasse Zorgaanbieder wordt alleen opgenomen in het declaratiebericht als hier contractuele afspraken over zijn met de zorgverzekeraar. Wanneer er geen contractuele afspraken zijn en de Zorgaanbieder wordt wel opgenomen in het declaratiebericht, dan zal het declaratiebericht in zijn geheel worden afgewezen.

Tabel 3-4 Voorbeeld declaratie zorgverlener

Situatie	
Een hulpmiddelen leverancier heeft AGB-code: 76000123 en staat geregistreerd als zorgverlener volgens AGB-oud.	
Casus	Vulling in bericht
De hulpmiddelen leverancier declareert de door hem geleverde hulpmiddelen.	<pre><Declarant> <Zorgaanbiedercode>76000123</Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>3 (=Zorgverlener)</ZorgaanbiederSoort> </Declarant></pre>

Tabel 3-5 Voorbeeld declaratie zorgverlener werkzaam bij verschillende praktijken

Situatie	
<p>Een huisarts A heeft AGB-code: 01003000</p> <p>Huisarts A is werkzaam in de volgende huisartsenpraktijken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • praktijk 1 met AGB-code: 01000547 • praktijk 2 met AGB-code: 01000669 	
Casus	Vulling in bericht
<p>Huisarts A heeft zelf een contract met de zorgverzekeraar met daarin aparte tariefafspraken per praktijk.</p> <p>Huisarts A declareert uit eigen naam de zorg geleverd in praktijk 1. Er is een afspraak met de zorgverzekeraar dat de huisarts zelf declareert en daarbij de praktijk waar de zorg is geleverd opgeeft.</p>	<pre><Declarant> <Zorgaanbiedercode>01003000</Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>3 (=Zorgverlener)</ZorgaanbiederSoort> </Declarant> <Zorgaanbieder> <Zorgaanbiedercode>01000547</Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>2 (=Praktijk)</ZorgaanbiederSoort> </Zorgaanbieder></pre>
<p>Praktijk 1 heeft het contract met de zorgverzekeraar en declareert uit eigen naam de zorg geleverd door huisarts A in praktijk 1.</p>	<pre><Declarant> <Zorgaanbiedercode>01000547</Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>2 (=Praktijk)</ZorgaanbiederSoort> </Declarant></pre>

Op te nemen gegevens van declarant en zorgaanbieder

Van de declarant en de eventuele aanvullende zorgaanbieder wordt verwacht dat deze een AGB-code hebben. In de declaratiecontext dienen daarom altijd de elementen *Zorgaanbiedercode* en *ZorgaanbiederSoort* aanwezig te zijn. Overige gegevens van de zorgaanbieder, zoals de naam maar ook de rol, worden niet opgenomen in de declaratiecontext.

In het AGB-register is van oudsher de AGB-code niet uniek over de verschillende zorgaanbidersoorten heen. In het declaratiebericht moet daarom naast de *Zorgaanbiedercode* ook de *ZorgaanbiederSoort* worden opgenomen, zodat de zorgaanbieder uniek geïdentificeerd kan worden. Hierbij dient de zorgaanbidersoort te worden gebruikt zoals deze is geregistreerd in het AGB-oud register.

3.2.2 Relatie tussen declarant en verzender

De partij die het declaratiebericht indient hoeft niet de partij te zijn die de zorg ook daadwerkelijk geleverd heeft. Er kan namens een andere partij gedeclareerd worden of uit eigen naam gedeclareerd worden.

- Een partij die declareert *namens* een andere partij voert de administratie met betrekking tot de door die ene partij geleverde zorg, echter is niet tegelijk de declarant. De ontvanger van de declaratie dient te betalen aan de partij namens wie de declaratie is verstuurd. Een voorbeeld van een partij die altijd namens een andere partij declareert, is het servicebureau.

Er kan in één declaratiebericht altijd maar namens één partij gedeclareerd worden.

- Een partij die declareert *uit eigen naam* voert de administratie met betrekking tot de door een of meerdere partijen geleverde zorg en is tevens declarant. De ontvanger van de declaratie dient te betalen aan de partij, die uit eigen naam declareert.

Het is aan een zorgverzekeraar om met een zorgaanbieder (contractueel) af te spreken of er *namens* of *uit eigen naam* gedeclareerd gaat worden.

In het declaratiebericht uiten deze afspraken zich in de wijze waarop de Verzender (in de Header) en de Declarant (in de DeclaratieContext) worden gevuld:

- *Declaratie namens andere partij*: in dit geval zijn verzender en declarant verschillende partijen. Verzender dient te worden gevuld met de AGB-code van de partij die uit naam van een andere partij het declaratiebericht verstuurd. Declarant dient te worden gevuld met de AGB-code van de partij die declareert en uit wiens naam het declaratiebericht wordt verstuurd.
- *Declaratie uit eigen naam*: in dit geval zijn verzender en declarant dezelfde partij. Zowel Verzender als Declarant dienen te worden gevuld met de AGB-code van de declarerende partij.

Hieronder volgt een aantal voorbeelden naar aanleiding van deze beschrijving.

Tabel 3-6 Declaratie via servicebureau

Situatie	
<p>Een tandartsenpraktijk heeft AGB-code: 12003000</p> <p>De tandartsenpraktijk laat zijn declaraties afhandelen door een servicebureau met AGB-code: 98000123</p>	
Casus	Vulling in bericht
De tandartsenpraktijk geeft de declaraties door aan het servicebureau	<pre><Header> <Verzender>12003000</Verzender> <VerzenderRol>1 (=Zorgaanbieder)</VerzenderRol> <Ontvanger>98000123</Ontvanger> <OntvangerRol>2 (=Servicebureau)</OntvangerRol> </Header> <DeclaratieContext> <Declarant> <Zorgaanbiedercode>12003000</Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>2 (=Praktijk)</ZorgaanbiederSoort> </Declarant> </DeclaratieContext></pre>
Het servicebureau declareert namens de tandartsenpraktijk bij de verzekeraar	<pre><Header> <Verzender>98000123</Verzender> <VerzenderRol>2 (=Servicebureau) </VerzenderRol> <Ontvanger>1234</Ontvanger> <OntvangerRol>3 (=Zorgverzekeraar)</OntvangerRol> </Header> <DeclaratieContext> <Declarant> <Zorgaanbiedercode>12003000</Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>2 (=Praktijk)</ZorgaanbiederSoort> </Declarant> </DeclaratieContext></pre>

Tabel 3-7 Voorbeelden declaratie door gezondheidscentrum

Situatie	
<p>Een gezondheidscentrum A heeft AGB-code: 37000321</p> <p>Het gezondheidscentrum heeft:</p> <ul style="list-style-type: none"> • praktijk 1 paramedisch met AGB-code: 04000120 • praktijk 2 paramedisch met AGB-code: 04000456 	
Casus	Vulling in bericht
Gezondheidscentrum declareert namens praktijk 1	<pre><Header> <Verzender>37000321</Verzender> <VerzenderRol>1 (=Zorgaanbieder)</VerzenderRol> </Header> <DeclaratieContext> <Declarant> <Zorgaanbiedercode>04000120</Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>2 (=Praktijk)</ZorgaanbiederSoort> </Declarant> </DeclaratieContext></pre>
Gezondheidscentrum declareert uit eigen naam de zorg geleverd in praktijk 1 en 2	<pre><Header> <Verzender>37000321</Verzender> <VerzenderRol>1 (=Zorgaanbieder)</VerzenderRol> </Header> <DeclaratieContext> <Declarant> <Zorgaanbiedercode>37000321</Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>2 (=Praktijk)</ZorgaanbiederSoort> </Declarant> </DeclaratieContext></pre>

Tabel 3-8 Voorbeelden declaratie door rechtspersoon

Situatie	
<p>Een rechtspersoon A heeft AGB-code: 17003000</p> <p>Rechtspersoon A is rechtspersoon voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • praktijk paramedisch met AGB-code: 04000130 • gezondheidscentrum 1 met AGB-code: 37000547 • gezondheidscentrum 2 met AGB-code: 37000669 	
Casus	Vulling in bericht
Rechtspersoon A declareert namens praktijk 1	<pre><Header> <Verzender>17003000</Verzender> <VerzenderRol>1 (=Zorgaanbieder)</VerzenderRol> </Header> <DeclaratieContext> <Declarant> <Zorgaanbiedercode>04000130</Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>2 (=Praktijk)</ZorgaanbiederSoort> </Declarant> </DeclaratieContext></pre>
Rechtspersoon A declareert uit eigen naam de zorg geleverd in praktijk 1	<pre><Header> <Verzender>17003000</Verzender> <VerzenderRol>1 (=Zorgaanbieder)</VerzenderRol> </Header> <DeclaratieContext> <Declarant> <Zorgaanbiedercode>17003000</Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>3 (=Zorgverlener)</ZorgaanbiederSoort> </Declarant> </DeclaratieContext></pre>

Certificaat VECOZO

Voor indienen van een declaratie via Vecozo is een certificaat nodig, deze wordt gekoppeld aan de instelling/praktijk van de zorgaanbieder. Dat betekent dat aan het certificaat altijd alleen de instelling/praktijk AGB code is gekoppeld.

Er zijn drie uitgangssituaties:

1. Zorgaanbieder stuurt namens zijn eigen AGB code instelling/praktijk de declaratie op (tabel 3-9).
2. Zorgaanbieder stuurt namens zichzelf AGB code zorgverlener de declaratie op (tabel 3-10).
3. Zorgaanbieder stuurt via een servicebureau de declaratie op (tabel 3-6).

Tabel 3-9 Voorbeeld declaratie door instelling/praktijk

Situatie	
Een praktijk A heeft AGB-code: 94003000	
Casus	Vulling in bericht
Praktijk declareert namens zichzelf	<pre> <Header> <Verzender>94003000</Verzender> <VerzenderRol>1 (=Zorgaanbieder)</VerzenderRol> </Header> <DeclaratieContext> <Declarant> <Zorgaanbiedercode>94003000</Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>2 (=Praktijk)</ZorgaanbiederSoort> </Declarant> </DeclaratieContext> </pre>

Let op: zorgaanbieder (1202) wordt niet aangeleverd.

Tabel 3-10 Voorbeeld declaratie door zorgverlener voor zichzelf

Situatie	
De zorgverlener heeft een AGB code 94003123 en werkt in de praktijk met AGB-code: 94003000	
Casus	Vulling in bericht
Zorgverlener declareert voor zichzelf	<pre> <Header> <Verzender>94003123</Verzender> <VerzenderRol>1 (=Zorgaanbieder)</VerzenderRol> </Header> <DeclaratieContext> <Declarant> <Zorgaanbiedercode>94003123</Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>3 (=Zorgverlener)</ZorgaanbiederSoort> </Declarant> <Zorgaanbieder> <Zorgaanbiedercode>94003000 </Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>2 (=Praktijk)</ZorgaanbiederSoort> </Zorgaanbieder> </DeclaratieContext> </pre>

3.2.3 Betaling Aan Servicebureau

Wanneer een zorgaanbieder ervoor kiest om zijn declaraties via een servicebureau te laten lopen, kan de zorgaanbieder de afspraak maken met het servicebureau dat het servicebureau de declaraties aan de zorgaanbieder uitbetaalt. In dit geval moet de zorgverzekeraar de gedeclareerde bedragen aan het servicebureau betalen.

In het declaratiebericht kan de zorgverzekeraar via het element `BetalingAanServicebureau` vaststellen of moet worden uitbetaald aan het servicebureau of aan de zorgaanbieder.

Indien `BetalingAanServicebureau` = 'ja', dan dient betaald te worden aan het servicebureau. Indien `BetalingAanServicebureau` = 'nee', dan dient betaald te worden aan de Declarant.

Indien het bericht niet via een servicebureau loopt, dan dient `BetalingAanServicebureau` met 'nee' gevuld te worden.

NB: De vulling van de verzender, declarant en zorgaanbieder gaat zoals beschreven in paragrafen [3.2.1](#) en [3.2.2](#), ongeacht of het bericht via een servicebureau wordt verzonden of niet.

Tabel 3-9 Voorbeeld declaratie via servicebureau met betaling aan servicebureau

Situatie		
Een tandartsenpraktijk laat zijn declaraties afhandelen door een servicebureau. Afsproken is dat het servicebureau de declaraties aan de tandartsenpraktijk uitbetaalt. De zorgverzekeraar moet in dit geval dus aan het servicebureau betalen.		
Casus	Betaling aan servicebureau?	Vulling in bericht
De tandartsenpraktijk geeft de declaraties door aan het servicebureau	Ja	<code><BetalingAanServicebureau>true</code> <code></BetalingAanServicebureau></code>
Het servicebureau declareert namens de tandartsenpraktijk bij de verzekeraar	Ja	<code><BetalingAanServicebureau>true</code> <code></BetalingAanServicebureau></code>

Tabel 3-10 Voorbeeld declaratie via servicebureau met betaling aan zorgaanbieder

Situatie		
Een tandartsenpraktijk laat zijn declaraties afhandelen door een servicebureau. Afsproken is dat de declaraties door de zorgverzekeraar aan de tandartsenpraktijk worden uitbetaald.		
Casus	Betaling aan servicebureau?	Vulling in bericht
De tandartsenpraktijk geeft de declaraties door aan het servicebureau	Nee	<code><BetalingAanServicebureau>>false</code> <code></BetalingAanServicebureau></code>
Het servicebureau declareert namens de tandartsenpraktijk bij de verzekeraar	Nee	<code><BetalingAanServicebureau>>false</code> <code></BetalingAanServicebureau></code>

Tabel 3-11 Voorbeeld declaratie door zorgaanbieder bij verzekeraar

Situatie		
Een tandartsenpraktijk handelt zijn eigen declaraties af en dient deze daarom direct in bij de zorgverzekeraar.		
Casus	Betaling aan servicebureau?	Vulling in bericht
De tandartsenpraktijk declareert bij de verzekeraar	Nee	<BetalingAanServicebureau>>false </BetalingAanServicebureau>

3.2.4 Factuurnummer

Factuurnummer dient inhoudelijk uniek te zijn; de controle is niet case sensitive, dus geen onderscheid in hoofd- en kleine letters. Voorbeeld: AA1234567890 is hetzelfde als aa1234567890.

Hergebruik van een factuurnummer is toegestaan in geval van afkeuring door VECOZO of wanneer een verzekeraar het bericht op factuurniveau afkeurt (er vindt afkeur plaats op de Header, DeclaratieContext en/of Overzicht). Merk op dat dit laatste niet hetzelfde is als dat alle prestaties die op de factuur stonden zijn afgekeurd. In dat geval is de factuur in behandeling genomen door de verzekeraar en mag het factuurnummer niet worden hergebruikt.

3.2.5 BtwIdentificatienummer

Wanneer een zorgaanbieder op basis van de geleverde zorg Btw-plichtig is, is de zorgaanbieder wettelijk verplicht bij declaraties zijn Btw-identificatienummer te vermelden.

3.2.6 Begindatum- en einddatum declaratieperiode

Met de elementen BegindatumDeclaratieperiode en EinddatumDeclaratieperiode is de administratieve periode waarop de berichtuitwisseling betrekking heeft aan te geven. Een declarant (zorgaanbieder) kan hiermee het versturen van de declaratieberichten vanuit de financiële administratie regelen. Een verzekeraar controleert niet op deze gegevens. Afhankelijk van het soort zorg waarvoor prestaties zijn opgenomen in het declaratiebericht, kan het wenselijk zijn de begin- en einddatum declaratieperiode op te nemen. Wanneer dit het geval is, is dit aangegeven in de prestatiecodelijst specifieke invulinstructie.

3.3 Overzicht

Overzicht bevat in het heenbericht het totaal gedeclareerd bedrag door de zorgaanbieder (TotaalDeclaratiebedragInclBtw) inclusief de debet/credit indicatie.

Het bevat in het retourbericht naast het totaal gedeclareerd bedrag door de zorgaanbieder (TotaalDeclaratiebedragInclBtw) ook het totaal toegekend bedrag door de verzekeraar (TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel en TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel)

inclusief de debet/credit indicatie. Meer informatie over de toegekende bedragen is te vinden in hoofdstuk [4](#).

3.4 Verzekerde

De Verzekerde bevat de volgende gegevens van de verzekerde:

- BSN
Het Burgerservicenummer.
Deze is niet altijd bekend of geverifieerd. In dat geval moet het Verzekerdnummer worden opgenomen.
NB Indien het declaratiebericht naar DJI wordt gestuurd, dan mag BSN niet gevuld zijn!
- Verzekerdnummer
Dit bevat het volgende:
 - Zvw: Het nummer waaronder de verzekerde bekend is bij de zorgverzekeraar.
 - FZ: Het Strafrechtketennummer (SKN).
 - Buitenlandse verzekerde: Het persoonlijk identificatienummer (PIN) van de persoon in de bevoegde lidstaat.
- UzoviNummer
Dit bevat het volgende:
 - Zvw/Wlz: het UZOVI-nummer van de zorgverzekeraar of het zorgkantoor waar de verzekerde verzekerd is.
 - FZ: het UZOVI-nummer van DJI
 - Buitenlandse verzekerde: het nummer van het Orgaan van tijdelijk verblijf.
- PatientIdentificatienummer
Het nummer waaronder de verzekerde bekend is bij de zorgaanbieder waar de behandeling heeft plaatsgevonden. Verzekeraars maken geen gebruik van dit nummer. Indien het PatientIdentificatienummer door een zorgaanbieder is opgenomen in een declaratiebericht, zal de zorgverzekeraar dit nummer ook opnemen in het retourbericht. Op deze manier kan de zorgaanbieder de retourinformatie eenvoudig aan zijn eigen systeem koppelen.
- Geboortedatum
NB Indien het declaratiebericht naar DJI wordt gestuurd, dan mag Geboortedatum niet gevuld zijn!

Binnen één declaratiebericht moet de combinatie BSN en UzoviNummer en de combinatie Verzekerdnummer en UzoviNummer uniek zijn. Het kan dus voorkomen dat een Verzekerde vaker is opgenomen in een bericht met verschillende UZOVI-nummers. Dit is bijvoorbeeld het geval in een bericht naar een servicebureau waarbij de verzekerde van zorgverzekeraar is gewisseld en er nog declaraties openstaan voor de oude verzekeraar. Als de ontvanger van het declaratiebericht een verzekeraar is, mogen alleen verschillende UZOVI-nummers zijn opgenomen indien hierover expliciet afspraken zijn gemaakt met de verzekeraar.

3.4.1 Identificatie Verzekerde

Hieronder volgt een overzicht hoe om te gaan met het vullen van het Burgerservicenummer (BSN), het UZOVI-nummer en het verzekerdenummer in de berichten volgens de declaratiestandaard. Het Patientidentificatienummer is optioneel, hier vindt geen controle op plaats.

De declaratiestandaarden worden gebruikt voor het declareren van prestaties die vallen onder de Zvw, de Wlz en de Wet forensische zorg. Binnen de forensische zorg mag het BSN en de geboortedatum niet worden gebruikt in de communicatie over de patiënt/cliënt. Vandaar dat zowel BSN als geboortedatum generiek niet verplicht worden gesteld maar conditionele velden zijn. In plaats van het BSN hanteert de forensische zorg het Strafrechtketennummer (SKN) als unieke identificatie van de patiënten/cliënten. Dit nummer wordt doorgegeven als Verzekerdnummer.

Naast het BSN of Verzekerdnummer moet altijd verplicht het UZOVI-nummer worden opgegeven.

Tabel 3-12 Gebruik BSN en verzekerde nummer

Verzekerde heeft BSN (en is bekend bij zorgaanbieder)?	Zvw en Wlz		FZ
	Ja	Nee ¹	n.v.t.
BSN [C]	Is unieke identificatie van de verzekerde over alle zorgverzekeraars en zorgkantoren heen. Verplicht vullen met BSN. ZV of zorgkantoor wijst incorrecte combinatie BSN en geboortedatum af.	-	Mag niet worden opgegeven.

¹ Er is een hele kleine populatie die blijvend geen BSN heeft, maar toch verzekerd is.

UzoviNummer [V]	Verplicht vullen met het UZOVI-nummer van de zorgverzekeraar of het zorgkantoor waar de prestaties, zoals opgegeven bij de verzekerde, worden gedeclareerd.	Verplicht vullen met het UZOVI-nummer van de zorgverzekeraar waar de prestaties, zoals opgegeven bij de verzekerde, worden gedeclareerd.	Verplicht vullen met het UZOVI-nummer van DJI.
Verzekerdnummer [C]	Wordt niet opgegeven.	Identificeert de verzekerde uniek in combinatie met het UZOVI-nummer. Verplicht vullen. ZV kan foutief verzekerdnummer afwijzen. ZV wijst incorrecte combinatie met geboortedatum af.	Verplicht vullen. Te vullen met het Strafrechtketennummer (SKN)

Naast de identificerende gegevens kunnen in berichten naar servicebureaus optioneel nog aanvullende gegevens worden meegegeven zoals naam en adres. Deze gegevens worden echter niet gebruikt om de verzekerde te identificeren, maar bijvoorbeeld door het servicebureau om de verzekerde aan te kunnen schrijven.

3.4.1.1 Geboortedatum

Om het risico op datalekken te verlagen moet de geboortedatum altijd worden opgegeven (met uitzondering van berichten in de FZ). De verzekeraar kan hierdoor de combinatie van de BSN en geboortedatum controleren. Dit voorkomt dat bij fouten in het doorgegeven BSN, de uitgevoerde prestaties worden gekoppeld aan de verkeerde verzekerde en daarmee in de facturatieoverzichten van een verzekerde onjuiste informatie wordt getoond.

Wanneer de (volledige) geboortedatum niet bekend is, moet een fictieve geboortedatum worden gebruikt die is opgesteld volgens de methode die de Sociale Verzekeringsbank hanteert (zie ook beleidsregel [SB1001](#)).

3.4.2 BuitenlandVerzekerde

Deze klasse mag alleen voorkomen als de Ontvanger van het declaratiebericht het Orgaan van tijdelijk verblijf is (UZOVI-nummer '7125' in de Header). In dit geval is deze klasse ook verplicht.

BuitenlandVerzekerde bevat de elementen van een persoon die in het buitenland verzekerd is en tijdelijk in Nederland verblijft:

- BuitenlandseZorgverzekeraarscode
- EhicNummer
- Bijlage

Het Orgaan van tijdelijk verblijf doet de afhandeling voor personen die in het buitenland verzekerd zijn en tijdens het tijdelijk verblijf in Nederland zorg behoeven. De declaratie van de zorgaanbieder wordt met behulp van de Europese EESSI standaard doorgestuurd naar de desbetreffende buitenlandse zorgverzekeraar.

Het EHIC-nummer is de identificatie van het Europese ziekteverzekeringskaart.

De Bijlage moet een foto van de EHIC kaart bevatten.

3.4.3 AanvullendeVerzekerdenGegevens

In de AanvullendeVerzekerdenGegevens zijn de gegevens van de verzekerde opgenomen ten behoeve van verwerking van de declaraties door een servicebureau. Dit betreft zowel gegevens ten behoeve van het incasseren van openstaande bedragen, zoals bankrekening- en SEPA-machtigingsnummer voor automatische afschrijving, als gegevens om de betrokken partijen op de juiste manier aan te kunnen schrijven, zoals de geslachtcode.

3.4.3.1 SoortRelatie bij overlijden

Als de zorgaanbieder het bericht naar een servicebureau stuurt en de zorgaanbieder in het element OverlijdensIndicator aangeeft dat de cliënt overleden is, dan moet in de klasse Debiteur de SoortRelatie gevuld zijn. Bijvoorbeeld de waarde '23' (= erven van). Dit gegeven gebruikt een servicebureau om met zorgvuldigheid te corresponderen.

3.5 Prestatie

3.5.1 Werkwijze opnemen prestaties in declaratiebericht

De volgorde waarin prestaties per verzekerde moeten worden opgenomen binnen 1 declaratiebericht, wordt bepaald door:

- het type prestatie;
- de datum en tijd waarop de prestatie heeft plaatsgevonden;
- de samenhang tussen prestaties van hetzelfde type.

In eerste instantie hangt de volgorde waarin de prestaties moeten worden opgenomen af van het type prestatie en de datum en tijd waarop de prestatie heeft plaatsgevonden. Hierin moet de volgende volgorde worden gehanteerd:

1. Credit prestaties in chronologische volgorde, waarbij de oudste prestatie als eerste is opgenomen (op eerder ingediende debet prestatie bij dezelfde verzekeraar)
2. Debet prestaties in chronologische volgorde, waarbij de oudste prestatie als eerste is opgenomen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen initiële debet prestaties en

debet prestaties die een correctie zijn op een eerder vergoede debet prestatie die inmiddels is gecrediteerd.

Binnen prestaties van hetzelfde type kan een samenhang bestaan. In paragraaf [3.5.3](#) zijn de verschillende soorten samenhang verder uitgelegd. Prestaties waarvoor een samenhang bestaat, zijn direct na elkaar opgenomen in het declaratiebericht. Hierbij geldt voor hoofdprestaties met onderliggende prestaties dat eerst de hoofdprestatie is opgenomen en deze direct wordt gevolgd door de onderliggende prestaties die bij de hoofdprestatie horen. Prestaties waarvoor een samenhang bestaat moeten altijd door dezelfde declarant worden ingediend en via hetzelfde medium. Het is niet mogelijk dat prestaties waarvoor een samenhang bestaat door verschillende partijen worden gedeclareerd of via een EI-bericht, restitutenota en/of papieren factuur naar de verzekeraar.

Tabel 3-13 Voorbeeld aanleveren prestaties

Situatie		
Een GGZ-instelling heeft in een periode de volgende soorten zorg geleverd aan een verzekerde:		
<ul style="list-style-type: none"> consult 1 waarop een toeslag a en een toeslag b van toepassing is; consult 2; consult 3 waarop een toeslag c van toepassing is 		
In een vorige periode heeft de GGZ-instelling aan dezelfde verzekerde ook de volgende zorg geleverd:		
<ul style="list-style-type: none"> consult 0. 		
Dit consult is al gedeclareerd en vergoed door de verzekeraar. Door een administratieve fout is bij de declareren van dit consult echter niet de juiste dag van het consult doorgegeven. In de declaratie van de huidige periode crediteert de GGZ-instelling daarom de foutief doorgegeven prestatie en declareert het consult opnieuw, nu met de juiste dag.		
Positie prestatie	Prestatie	Toelichting
binnen verzekerde		
1	Consult 0	Zelfstandige credit prestatie
2	Consult 0 (gecorrigeerd)	Zelfstandige gecorrigeerde debet prestatie. Omdat consult 0 in de tijd voor de andere consulten heeft plaatsgevonden, komt het zo uit dat deze debet direct volgt op de credit prestatie en niet tussen de andere debet prestaties in staat.
3	Consult 1	Initiële debet prestatie die hoofdprestatie is voor onderliggende prestaties

4	Toeslag a	Initiële debet prestatie die onderliggend is aan hoofdprestatie
5	Toeslag b	Initiële debet prestatie die onderliggend is aan hoofdprestatie
6	Consult 2	Zelfstandige initiële debet prestatie
7	Consult 3	Initiële debet prestatie die hoofdprestatie is voor onderliggende prestaties
8	Toeslag c	Initiële debet prestatie die onderliggend is aan hoofdprestatie

Opmerking: Wanneer er veel te declareren prestaties zijn in één periode, kan het declaratiebericht te groot worden. In dit geval worden de prestaties uit de periode verdeeld over meerdere berichten. Hierbij worden prestaties van één verzekerde altijd opgenomen in hetzelfde bericht zodat bij elkaar horende credits en debets bij elkaar blijven. Hierdoor kan bij meerdere berichten voor één periode de verwerking per bericht plaatsvinden.

3.5.2 Referentienummer

Zowel debet als credit prestaties bevatten een referentienummer. Het referentienummer is bedoeld om elke prestatie uniek te identificeren. Dit geldt niet alleen binnen één declaratiebericht, maar ook over de declaratieberichten van een zorgaanbieder heen.

Voorbeelden:

- Als de prestatie betrekking heeft op verschillende productonderdelen, die middels separate prestaties gedeclareerd worden, dan moet aan elk gedeclareerd onderdeel/prestatie een uniek referentienummer toegekend worden.
- Als de vergoeding van een prestatie gedeclareerd wordt met een prestatie voor het honorarium en een prestatie voor de (techniek)kosten, dan dient voor beide prestaties een eigen uniek referentienummer toegekend te worden.
- Voor een creditprestatie moet ook een uniek referentienummer toegekend worden.
- Voor een eventuele herdeclaratie van een gecrediteerde of door verzekeraar afgekeurde prestatie moet ook weer een uniek referentienummer toegekend worden.

Een referentienummer mag alleen door een zorgaanbieder worden hergebruikt als:

- het meer dan 5 jaar geleden is dat het voor een andere prestatie werd gebruikt;
- VECOZO heeft het declaratie bericht afgewezen.

Bij het ontvangen van een bericht door een verzekeraar, kan het zijn dat de verzekeraar het referentienummer in zijn eigen administratie verwerkt. Het referentienummer mag daarom niet worden hergebruikt op het moment dat een verzekeraar het bericht heeft ontvangen (er is geen retourbericht geweest waarbij de verzender VECOZO was).

3.5.3 PrestatieKoppelnummer

Met het element PrestatieKoppelnummer is samenhang tussen prestaties aan te geven. De aanduiding van deze samenhang tussen de prestaties, zorgt ervoor dat de prestaties in samenhang zijn te controleren, goed- of af te keuren en te crediteren. Het streven moet daarom zijn om prestaties met hetzelfde prestatiekoppelnummer in hetzelfde declaratiebericht aan te leveren.

Er zijn (vooralsnog) drie varianten van samenhang tussen prestaties.

1. Zelfstandige prestatie.

Voorbeeld: Consult.

Let op: voor iedere hoofdprestatie moet een uniek (per verzekerde) prestatiekoppelnummer meegegeven worden. In een declaratie zal iedere hoofdprestatie een ander prestatiekoppelnummer hebben, ongeacht of er ook daadwerkelijk bijbehorende toeslagen bij deze hoofdprestaties zijn.

Voor deze prestaties geldt:

- o Bij herdeclaratie, zowel naar aanleiding van afkeur of creditering, dienen de prestaties een nieuw prestatiekoppelnummer te krijgen. Het prestatiekoppelnummer van de gecrediteerde prestaties mag niet worden hergebruikt.

2. Prestatie die alleen gedeclareerd mag worden wanneer ook een bepaalde andere prestatie is gedeclareerd.

Voorbeeld: Toeslag tolk bij consult.

Hierbij is er altijd een zelfstandige prestatie die als hoofdprestatie dient en een of meer onderliggende prestaties die afhankelijk zijn van deze hoofdprestatie. De hoofdprestatie wordt afgehandeld als variant 1. Voor de onderliggende prestatie(s) geldt:

- o Tezamen met of na de hoofdprestatie indienen;
- o De onderliggende prestatie verwijst naar de hoofdprestatie door middel van het prestatie-koppelnummer;
- o De onderliggende debet prestatie mag niet verwijzen naar een hoofdprestatie die is afgekeurd of gecrediteerd (mits dit al bekend is);
- o In geval de hoofdprestatie is afgekeurd worden ook alle onderliggende prestaties afgekeurd. Andersom geldt dit niet: het is mogelijk de hoofdprestatie goed te keuren en een of meer onderliggende prestaties af te keuren.
- o In geval de hoofdprestatie wordt gecrediteerd worden ook onderliggende prestaties gecrediteerd en in hetzelfde declaratiebericht aangeleverd. Het gaat hierbij alleen om de onderliggende prestaties met: te declareren bedrag groter dan 0 en één van de toegekende bedragen groter dan 0, of te declareren bedrag 0 en de declaratie is goedgekeurd.

Andersom geldt dit niet: het is mogelijk een of meer onderliggende prestaties te crediteren zonder de hoofdprestatie te crediteren.

- o Bij herdeclaratie, zowel naar aanleiding van afkeur of creditering, dienen onderliggende debet prestaties altijd het prestatiekoppelnummer te hebben van de hoofdprestatie waar de onderliggende prestaties bij horen.

3. Set van prestaties / bij elkaar horende prestaties

Voorbeeld: Kosten&honorarium (geneesmiddel&terhandstelling).

Voor deze prestaties geldt:

- o Ze worden in 1 declaratiebericht aangeleverd;
- o Ze worden aan elkaar gekoppeld door een prestatiekoppelnummer, dat uniek is per set;
- o Ze worden als totaal set in het geheel goedgekeurd of afgekeurd.
- o Ze worden als totaal set in het geheel gecrediteerd en in 1 declaratiebericht aangeleverd.
- o Bij herdeclaratie, zowel naar aanleiding van afkeur of creditering, dienen de prestaties een nieuw prestatiekoppelnummer te krijgen. Het prestatiekoppelnummer van de gecrediteerde prestaties mag niet worden hergebruikt.

In de prestatiecodelijst is bij elke prestatie een indicatie opgenomen waaruit het soort samenhang kan worden afgeleid.

Opmerking: het kan voorkomen dat een verzekeraar (op verzoek van een zorgaanbieder) zelf een correctie uitvoert op een gedeclareerde prestatie. De verzekeraar kan hierbij niet zelf een prestatiekoppelnummer uitgeven. Wanneer nodig, zal de verzekeraar het prestatiekoppelnummer zoals uitgegeven door de zorgaanbieder gebruiken in de communicatie rondom de correctie (deze communicatie is geen onderdeel van de generieke declaratiestandaard).

3.5.4 DebetPrestatie

Voor alle initiële en gecorrigeerde debet prestaties moet een klasse Prestatie met daarin een klasse DebetPrestatie worden opgenomen in het bericht. Van een aantal elementen uit de DebetPrestatie volgt hieronder een invulinstructie.

3.5.4.1 PrestatieCodelijstCode, Prestatiecode

Een uitgevoerde prestatie wordt geduid door de combinatie van een PrestatieCodelijstCode en een Prestatiecode.

De prestatiecodelijst code geeft aan welke prestatiecodelijst gebruikt is. De prestatiecode geeft de prestatie aan binnen de prestatiecodelijst. De prestatiecode kan bestaan uit letters en cijfers. In de letters wordt geen onderscheid gemaakt tussen hoofdletters en kleine letters. Prestatiecode 1234a is dus dezelfde code als 1234A.

In de generieke declaratiestandaard kunnen in één declaratiebericht prestaties worden opgenomen die betrekking hebben op verschillende prestatiecodelijsten. Dit maakt het mogelijk dat bijvoorbeeld een gezondheidscentrum één declaratiebericht opstelt met daarin zowel prestaties die betrekking hebben tot huisartsenzorg als prestaties die betrekking hebben tot medicatie uitgifte. Voor de prestatiecodelijsten die via de generieke declaratiestandaard kunnen worden gedeclareerd, zijn aparte aanvullende prestatiecodelijst specifieke invulinstructies beschikbaar.

NB. Het gebruik van de prestatiecodelijsten met code 990 (= Lokaal/regionaal/bilateraal geldende code) en code 999 (= (Onderdeel van een) prestatie waarvoor geen code bestaat) worden niet in de generieke declaratiestandaard ondersteund.

3.5.4.2 SoortKosten

Er geldt geen generieke invulinstructie voor SoortKosten. Per prestatiecodelijst kan wel een invulinstructie zijn opgenomen in de prestatiecodelijst specifieke invulinstructies.

3.5.4.3 AanvullendPrestatieKenmerk

Met de elementen ApkCodelijstCode en ApkCode zijn aanvullende identificerende kenmerken bij een prestatie aan te geven. Er zijn aanvullende prestatiekenmerken voor o.a. Hulpmiddelen, Mondzorg en de GGZ. Voorbeelden van aanvullende prestatiekenmerken zijn:

- hulpmiddelen: Aanvullende generieke productcode;
- mondzorg: Indicatie boven/onder, gebitselementcode, vlakcode
- GGZ: zorglabel

Voor meer informatie over het gebruik van het aanvullend prestatiekenmerk, zie de prestatiecodelijst specifieke invulinstructies.

3.5.4.4 Begindatum, Einddatum

Via de begin- en einddatum kan de periode waarop de prestatie betrekking heeft worden opgegeven. Met begindatum van een prestatie wordt de (eerste) dag waarop een prestatie heeft plaatsgevonden weergegeven.

Met einddatum van een prestatie wordt de laatste dag waarop een prestatie heeft plaatsgevonden weergegeven.

Methodes opnemen periode van prestatie

Voor het declareren van prestaties gelden twee verschillende methodes om te declareren, te weten "per dag" en "per zorgperiode".

Een zorgperiode is een periode waarbinnen dezelfde prestatie iedere dag te declareren is. De zorgperiode wordt bepaald door de NZa Beleidsregels.

Per dag

Bij een prestatie die per dag wordt gedeclareerd volstaat om alleen de begindatum van een prestatie te vullen. In deze methode mag de einddatum van een prestatie niet voorkomen.

Per zorgperiode

Bij een prestatie die per zorgperiode wordt gedeclareerd moeten altijd de begindatum van een prestatie en de einddatum van een prestatie per zorgperiode voorkomen.

De begindatum van de prestatie is veelal bepalend voor de geldigheid van de aan de prestatie gerelateerde codes uit de codelijsten.

In het beleid dat voor een bepaalde prestatiecodelijst geldt kan de begindatum daarnaast bepalend zijn voor bijvoorbeeld:

- Jaarovergang: Welk deel van een prestatie in welk jaar gedeclareerd moet worden.
- Wijziging van zorgverzekeraar: bij welke zorgverzekeraar een prestatie gedeclareerd mag worden.

Hoe deze bepaling is, kan in het desbetreffende beleid worden teruggevonden.

3.5.4.5 Begintijd en Eindtijd

Afhankelijk van de soort prestatie bestaat de mogelijkheid om naast de begin- en einddatum ook de begintijd en eindtijd te vullen. Begintijd en eindtijd geven de mogelijkheid tot het precies duiden van een prestatie. In de prestatiecodelijst specifieke invulinstructies zijn eventuele nadere regels over het gebruik van begintijd en eindtijd bij weergegeven.

3.5.4.6 Volgnummer

Volgnummer is een nummer dat bij verzekerde (deel)prestaties, de prestaties met gelijke identificatie: prestatiecodelijst, prestatiecode, begindatum en (indien gevuld) begintijd uniek maakt. Het zorgt ervoor dat deze prestaties als verschillende prestaties herkenbaar zijn en hierdoor niet om administratieve reden worden afgekeurd.

Het volgnummer is een verplicht te vullen element. De wijze waarop dit nummer wordt gevuld kan per aanbieder verschillen. De enige functionele eis die aan het volgnummer wordt gesteld, is dat deze wordt bepaald bij het registreren van de prestatie en uniek is binnen de set van verzekerde, prestatiecodelijst, prestatiecode, begindatum en indien aanwezig begintijd. (Wanneer het volgnummer pas wordt bepaald bij het opnemen van de prestatie in een declaratiebericht, kan aan de hand van het volgnummer niet worden bepaald of prestaties dubbel worden gedeclareerd.)

Tabel 3-14 Voorbeeld vulling volgnummer

Situatie		
Een verzekerde heeft 3 prestaties, waarvan er 2 op dezelfde datum en begintijd plaatsvonden. De wijze van vullen van Begindatum, Begintijd en Volgnummer voor deze 3 prestaties is in de tabel weergegeven.		
Kenmerken element		
Verplicht, alfanumeriek		
Casus	Waarde	Vulling in bericht
Prestatie A1	'A1'	<PrestatieCode>A1</PrestatieCode> <Begindatum>2022-05-12</Begindatum> <Begintijd>09:00:00+01:00</Begintijd> <Volgnummer>01</Volgnummer>
Prestatie A1	'A1'	<PrestatieCode>A1</PrestatieCode> <Begindatum>2022-05-12</Begindatum> <Begintijd>09:00:00+01:00</Begintijd> <Volgnummer>02</Volgnummer>
Prestatie B1	'B1'	<PrestatieCode>B1</PrestatieCode> <Begindatum>2022-05-19</Begindatum> <Begintijd>11:00:00+01:00</Begintijd> <Volgnummer>01</Volgnummer>

3.5.4.7 Aantal

In de declaratie wordt het aantal van een geleverde prestatie met het element Aantal weergegeven. De eenheid van dit aantal ligt vast bij de prestatie die wordt gedeclareerd. Hieronder volgen een aantal voorbeelden van de vulling van het aantal afhankelijk van de prestatiecode.

Tabel 3-15 Voorbeeld vulling aantal

Casus	Vulling in bericht	Invulinstructie
Een huisarts declareert een consult van 20 minuten. Bijbehorende prestatie is 12001 (Consult regulier 20 minuten en langer)	<PrestatieCodelijstCode>008</PrestatieCodelijstCode> <PrestatieCode>12001</PrestatieCode> <Aantal>1</Aantal>	Er wordt 1 consult van 20 minuten gedeclareerd.
Een kraamverzorger declareert 4 uur geleverde kraamzorg. Bijbehorende prestatie is 196201 (Uur kraamzorg (K 201) (niet in een achterstandswijk))	<PrestatieCodelijstCode>011</PrestatieCodelijstCode> <PrestatieCode>196201</PrestatieCode> <Aantal>4</Aantal>	Er wordt 4 keer een uur kraamzorg gedeclareerd.

Een hulpmiddelen leverancier declareert de afgifte van een paar orthopedische schoenen. Bijbehorende GPH-code is 061203330000 (Lage orthopedische schoenen)	<pre><PrestatieCodelijstCode>047 </PrestatieCodelijstCode> <PrestatieCode>061203330000 </PrestatieCode> <Aantal>1</Aantal></pre>	De afleverhoeveelheid die bij de GPH-code hoort is 1 paar. Er wordt 1 keer een paar orthopedische schoenen gedeclareerd.
Een apotheek verstrekt 6 tabletten van 250mg Acetazolamide. Bijbehorend ZI-nummer is 14991527 (ACETAZOLAMIDE SANDOZ TABLET 250MG)	<pre><PrestatieCodelijstCode>001 </PrestatieCodelijstCode> <PrestatieCode>14991527 </PrestatieCode> <Aantal>0.2</Aantal></pre>	De verpakkingseenheid die bij het ZI-nummer hoort is gelijk aan 30 stuks. De apotheek verstrekt dus $6/30 = 0,2$ verpakkingen.

Wanneer het aantal het maximale aantal decimalen overschrijdt, gelden in eerste instantie de standaard afrondingsregels. Per prestatiecodelijst kan hiervan worden afgeweken. Als dit het geval is, staat dit beschreven in de prestatiecodelijst specifieke invulinstructies.

3.5.4.8 Verwijzing

Verwijzing bestaat uit:

- TypeVerwijzingCode
- Verwijzer
- Verwijsdatum

Via de TypeVerwijzingCode wordt aangegeven welk type verwijzing het betreft. Wanneer bij een prestatie een verwijzing aanwezig is, moet dit veld verplicht worden gevuld.

In hoofdlijnen zijn de volgende typen verwijzingen te onderscheiden:

- De verwijzing is gedaan door een zorgaanbieder die een AGB-code heeft, bijvoorbeeld een huisarts of medisch specialist.
- De verwijzing is gedaan door een zorgaanbieder die geen AGB-code heeft of de AGB-code van de zorgaanbieder is onbekend bij de declarant, bijvoorbeeld als de verwijzer een waarnemend huisarts is.
- De verwijzing is gedaan door een instantie die niet direct zorg levert, bijvoorbeeld een gemeente of de raad voor kindbescherming. In dit geval is er nooit sprake van een AGB-code van de verwijzer.
- Er is sprake van zelfverwijzing.

Welke typen van toepassing kunnen zijn, hangt af van de prestatiecodelijst van de prestatie.

Onderstaande tabel geeft een overzicht hoe binnen een Verwijzing de Verwijzer dient te worden gevuld, afhankelijk van het type verwijzing.

Tabel 3-16 Wijze van toevoegen verwijzer

Verwijzing gedaan door	Verwijzer opnemen?	Elementen op te nemen bij de verwijzer
Zorgaanbieder met AGB-code	Ja	Zorgaanbiedercode ZorgaanbiederSoort ZorgaanbiederRol
Zorgaanbieder zonder AGB-code of AGB-code is niet bekend	Ja	ZorgaanbiederSpecificatie NaamZorgverlener (alleen als dit specifiek is aangegeven voor de prestatiecodelijst) ZorgaanbiederRol
Instantie zonder AGB-code	Nee	n.v.t.
Zelfverwijzing	Nee	n.v.t.

De AGB-code van de verwijzer wordt meestal op persoonsniveau gevraagd (ZorgaanbiederSoort = 3). Indien de verwijzer echter een waarnemend huisarts is, mag de AGB-code op ook instellings- (ZorgaanbiederSoort = 1) of praktijkniveau (ZorgaanbiederSoort = 2) aangeleverd worden. Voordelen hiervan zijn dat ook waarnemende huisartsen zonder AGB-code kunnen verwijzen. Daarnaast komt kerende post zoals een afsluitbrief niet terecht op het adres van de waarnemend huisarts, vaak het thuisadres.

Tabel 3-17 Voorbeeld 1 vulling Verwijzing

Situatie		
Een verzekerde is van de trap gevallen en heeft het vermoeden zijn arm te hebben gebroken.		
De vaste huisarts van de verzekerde heeft AGB-code: 01000654		
Casus	Verwijzing	Vulling in declaratiebericht spoedeisende hulp aanwezig?
De verzekerde wordt door zijn vaste huisarts doorverwezen naar de spoedeisende hulp.	ja	<pre> <Verwijzing> <TypeVerwijzingcode>01 (=verwijzing aanwezig) </TypeVerwijzingcode> <Verwijzer> <Zorgaanbiedercode>01000654 </Zorgaanbiedercode> <ZorgaanbiederSoort>3 (=zorgverlener) </ZorgaanbiederSoort> <ZorgaanbiederRol>03 (=verwijzer) </ZorgaanbiederRol> </Verwijzer> <Verwijsdatum>2021-01-01</Verwijsdatum> </Verwijzing> </pre>

De verzekerde gaat uit eigen beweging naar de spoedeisende hulp.	ja	<Verwijzing> <TypeVerwijzingcode>05 (=geen verwijzing) </TypeVerwijzingcode> </Verwijzing>
--	----	---

Tabel 3-18 Voorbeeld 2 vulling Verwijzing

Situatie		
Een op straat levende drugsverslaafde wordt verwezen naar de verslavingszorg.		
Casus	Verwijzing	Vulling in declaratiebericht spoedeisende hulp aanwezig?
De drugsverslaafde wordt door de gemeente verwezen naar de verslavingszorg.	ja	<Verwijzing> <TypeVerwijzingcode>01 (=Verwijzing aanwezig) </TypeVerwijzingcode> </Verwijzing>
De drugsverslaafde wordt door een straatarts verwezen naar de verslavingszorg.	ja	<Verwijzing> <TypeVerwijzingcode>01 (=Verwijzing aanwezig) </TypeVerwijzingcode> <Verwijzer> <ZorgaanbiederSpecificatie>8424 (=Overige artsen, verslavingsartsen) </ZorgaanbiederSpecificatie > <ZorgaanbiederRol>03 (=verwijzer) </ZorgaanbiederRol> </Verwijzer> <Verwijsdatum>2022-01-01</Verwijsdatum> </Verwijzing>

Opmerking:

- Wanneer voor een prestatiecodelijst is aangegeven dat een verwijzing dient te worden opgenomen bij een declaratie en er was geen sprake van een verwijzer, dan moet via het type verwijzing expliciet worden aangegeven dat het om zelfverwijzing gaat. De verwijzing mag in deze gevallen niet worden weggelaten.

3.5.4.9 Zorgaanbieder

De definitie van zorgaanbieder staat in paragraaf [3.2.1](#). In het declaratiebericht wordt de zorgaanbieder op meerdere plekken gebruikt. Deze paragraaf beschrijft hoe de repeterende klasse 'Zorgaanbieder' binnen de debetprestatie wordt gebruikt. Gebruik van de zorgaanbieder op andere plekken in het bericht, wordt beschreven in aparte, gerelateerde, paragrafen.

In de (debet)prestatie heeft het element zorgaanbieder tot doel aan te geven wie de zorg daadwerkelijk geleverd heeft als behandelaar of daarbij betrokken is (bijvoorbeeld Regiebehandelaar of Hoofdaannemer). Binnen de debetprestatie heeft de zorgaanbieder daarom geen vooraf gedefinieerde rol, maar kunnen meerdere zorgaanbieders worden opgenomen met verschillende rollen. Welke rollen mogelijk zijn, staat beschreven in de prestatiecodelijst specifieke invulinstructie. Wanneer een zorgaanbieder meerdere rollen vervult bij een prestatie (bijvoorbeeld zowel behandelaar als regiebehandelaar), wordt de zorgaanbieder in meerdere klassen Zorgaanbieder opgenomen, voor elke rol een klasse.

In de debetprestatie kunnen de volgende elementen worden opgenomen bij de zorgaanbieder:

- **Zorgaanbiedercode**
Dit is de AGB-code van de zorgaanbieder die de betreffende rol vervult. Moet verplicht worden gevuld als de AGB-code van de zorgaanbieder bekend is of kan zijn.
- **ZorgaanbiederSoort**
Dit geeft aan of de zorgaanbieder met de opgegeven zorgaanbiedercode een instelling, praktijk of zorgverlener is. Moet verplicht worden gevuld als de zorgaanbiedercode is gevuld.
- **ZorgaanbiederSpecificatie**
Geeft een verdere specificatie van de zorgaanbieder, zoals het beroep. De ZorgaanbiederSpecificatie wordt opgegeven als de zorgaanbieder wel een AGB-code kan hebben, maar deze niet heeft of deze niet bekend is bij de declarerende partij. ZorgaanbiederSpecificatie wordt niet opgegeven als de Zorgaanbiedercode gevuld is.
- **BeroepZorgverlener**
Het BeroepZorgverlener wordt gevuld als de zorgaanbieder een beroep heeft waarvoor geen AGB-code kan worden aangevraagd. Dit is alleen toegestaan bij de behandelaar en ook alleen als hier specifiek iets over is vermeld in de prestatiecodelijst specifieke invulinstructie. BeroepZorgverlener wordt niet opgegeven als de Zorgaanbiedercode gevuld is.
- **NaamZorgverlener**
Bevat de naam van de zorgverlener. Dit element wordt verplicht opgenomen als BeroepZorgverlener gevuld is. Afhankelijk van de prestatiecodelijst, wordt NaamZorgverlener ook opgenomen als ZorgaanbiederSpecificatie gevuld is. Als dit het geval is, staat dit beschreven in de prestatiecodelijst specifieke invulinstructie.
- **ZorgaanbiederRol**
Dit geeft de rol aan van de zorgaanbieder. Vanuit de klasse DebetPrestatie zijn de rollen Verwijzer en Diagnosesteller niet toegestaan. Zorgaanbieders met deze rollen moeten worden opgenomen in de daarvoor bedoelde subklasse (respectievelijk Verwijzing of Diagnose).

Tabel 3-19 geeft voor elke zorgaanbiederrol aan welke velden mogelijk aanwezig kunnen zijn bij de zorgaanbieder.

Tabel 3-19 Mogelijke elementen per rol

Element	Rol				
	Behandelaar	Regiebehandelaar	Hoofdaanemer	Onderaanemer	Anders
Zorgaanbiedercode	G	G	G	G	G
ZorgaanbiederSoort	G	G	G	G	G
ZorgaanbiederSpecificatie	G	G	G	G	G
NaamZorgverlener	P	P	P	P	P
BeroepZorgverlener	P				
ZorgaanbiederRol	G*	G*	G*	G*	G*

Legenda

G	Generiek mogelijk
P	Alleen mogelijk voor specifieke prestatiecodelijsten
*	Verplicht aanwezig

Soort zorgaanbieder

Het kan voorkomen dat voor de zorgaanbieder die een bepaalde rol heeft vervuld verschillende AGB-codes van verschillende soorten beschikbaar zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval bij zelfstandig werkende zorgaanbieders, deze hebben een AGB-code als zorgverlener én een AGB-code als praktijk. In deze gevallen moet de AGB-code van het soort zorgaanbieder worden gebruikt zoals dit is aangegeven in de beleidsregels en veldafspraken van de betreffende prestatiecodelijst.

Tabel 3-20 Voorbeeld gebruik verschillende AGB-codes bij zorgaanbieder

Situatie		
Een zorgaanbieder in de GGZ werkt 4 dagen in de week als zelfstandige en werkt daarnaast één dag in de week in een instelling. De zelfstandige zorgaanbieder heeft twee AGB-codes:		
• AGB-code praktijk (waar maar één persoon werkt):	94001234	
• AGB-code zorgverlener:	94025678	
De AGB-code van de instelling is:	94009876	
Casus	Declarant	Zorgaanbieder (rol = behandelaar)
Zorgaanbieder declareert een behandeling die in zijn praktijk heeft plaatsgevonden	94.001234	94.025678
Instelling declareert een behandeling die de zorgaanbieder in de instelling heeft gegeven.	94.009876	94.025678

Relatie tot ZIB's Zorgaanbieder en Zorgverlener

Zoals aangegeven in paragraaf [3.2.1](#) hanteert het declaratiebericht de definitie van zorgaanbieder zoals gebruikt in AGB-oud. Binnen de Zorginformatiebouwstenen (ZIB's) wordt een onderscheid gemaakt tussen zorgaanbieders (organisaties) en zorgverleners (natuurlijke personen). Onderstaande tabel geeft aan hoe deze ZIB's moeten worden opgenomen in het declaratiebericht. De ZIB waarvan de relevante informatie moet worden opgenomen in het bericht, is de ZIB die de gevraagde rol vervult.

Tabel 3-21 Mapping Zorgaanbieder op ZIB's Zorgaanbieder en Zorgverlener

Zorgaanbieder (Declaratiebericht)	Zorgaanbieder (ZIB, NL-CM:17.2.1)	Zorgverlener (ZIB, NL-CM:17.1.1)
Zorgaanbiedercode	ZorgaanbiederIdentificatienummer (NL-CM:17.2.2)	ZorgverlenerIdentificatienummer (NL-CM:17.1.2)
ZorgaanbiederSoort	1 of 2	3
NaamZorgverlener	n.v.t.	Naamgegevens (NL-CM:17.1.3)
ZorgaanbiederSpecificatie	AfdelingSpecialisme (NL-CM:17.2.7)	Specialisme (NL-CM:17.1.4)
ZorgaanbiederRol	Niet opgenomen in de ZIB. In het zorgproces is het echter wel mogelijk dat een organisatie een bepaalde rol vervult. De vervulde rol moet daarom ook worden opgenomen in het declaratiebericht voor de ZIB zorgaanbieder.	ZorgverlenerRol (NL-CM:17.1.5)

3.5.4.10 Bedrag elementen (inclusief BTW)

Binnen een prestatie spelen de volgende bedragen een rol

- Tarief;
- Berekend bedrag;
- Declaratiebedrag.

Deze paragraaf legt uit hoe de verschillende elementen voor deze bedragen moeten worden gevuld in het declaratiebericht en hoe de bedragen zich tot elkaar verhouden. Alle bedragen zijn inclusief BTW.

Tarief

Het tarief is een vastgesteld bedrag wat een zorgaanbieder per eenheid van de geleverde prestatie in rekening kan brengen bij de verzekeraar of de patiënt. Een tarief kan bepaald worden door de NZa, maar kan ook een door de verzekeraar vastgesteld tarief zijn. Het tarief wat de NZa vaststelt is het maximumtarief. Als de NZa een tarief vaststelt, mag de zorgaanbieder nooit een hoger tarief dan dit maximumtarief in rekening brengen. Als de NZa geen maximumtarief heeft vastgesteld, dan geldt het tarief dat een verzekeraar heeft vastgesteld in de polisvoorwaarden of die contractueel zijn overeengekomen.

Bij niet gecontracteerde zorgaanbieder zal als een maximum NZA tarief geldt, het tarief van de zorgaanbieder niet hoger zijn dan dit maximum tarief. Als er geen NZA tarief of een vrij tarief geldt dan zal de niet-gecontracteerde zorgaanbieder zijn eigen tarief (passantentarief) in rekening brengen.

Het tarief is inclusief eigen betalingen. Een eigen betaling kunnen de volgende gronden kennen:

- Een eigen betaling omdat er een wettelijk grondslag is in de vorm van een eigen bijdrage. Bijvoorbeeld bij hoorzorg hulpmiddelen waarbij er een wettelijke eigen bijdrage geldt van 25% van het tarief;
- Een eigen betaling omdat bij de polisvoorwaarden aangegeven is dat in het geval van een natura verzekering er geen gebruik gemaakt mag worden van niet gecontracteerde zorgaanbieders. Mocht een verzekerde wel naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaan, dan wordt een percentage van bijvoorbeeld 25% in mindering gebracht op het tarief.

In geval van specifieke expliciete afspraken met een verzekeraar kan het voorkomen dat voor een prestatie een tarief van 0 wordt afgesproken.

Een zorgaanbieder kan altijd een lager tarief in rekening brengen. Dit kan diverse redenen hebben, bijvoorbeeld dat een apotheek of hulpmiddelenleverancier nog een voorraad heeft staan die tegen een lagere inkoop prijs is ingekocht en dat het lagere tarief daar ook passender is.

Alle drie de bedrag elementen (Tarief, BerekendBedrag en DeclaratieBedrag) moeten altijd voorkomen en alleen bij expliciete afspraak zijn de bedrag elementen alle drie met nul gevuld. Eén van de bedrag elementen met nul vullen is niet toegestaan.

Berekend bedrag

Het berekend bedrag geeft weer wat de zorgaanbieder berekend heeft als totaalprijs voor de gedeclareerde Prestatie, ongeacht wie het betaalt. Net als bij het tarief, is het berekend bedrag inclusief een eigen betaling, ongeacht wie deze int, of deze nog geïnd wordt, of dat deze wordt kwijtgescholden. Het berekend bedrag is dus de totaalprijs inclusief de bedragen die niet worden geclaimd via deze Prestatie.

De basis van het berekend bedrag is altijd het bedrag dat in het tarief is weergegeven. Dit bedrag geldt als grondslag voor de vergoeding van gemaakte zorgkosten. De samenstellende elementen van het berekende bedrag dienen in de declaratie zichtbaar te zijn.

Berekend bedrag = tarief x aantal.

Declaratiebedrag

Het declaratiebedrag is het deel van het berekende bedrag dat de zorgaanbieder daadwerkelijk in rekening brengt.

Declaratiebedrag is of gelijk aan het berekend bedrag of is lager dan het berekend bedrag. De eigen betalingen kunnen geheel of gedeeltelijk worden geïnt ofwel door de zorgaanbieder ofwel door de verzekeraar geïnt bij de verzekerden.

Berekend bedrag als grondslag voor vergoeding

De samenhang van de bedrag elementen is bepaald door het onderscheid tussen verzekerde zorg en niet verzekerde zorg en hoe met niet toegekende delen wordt omgegaan. Volgens deze opzet is in elk geval de grondslag zichtbaar en wordt voorkomen dat een onbekend deel zit verscholen in een verschil tussen declaratiebedrag en berekend bedrag.

Volgens dit principe geldt het berekend bedrag als de grondslag voor de vergoeding.

Essentieel is het onderscheid dat wordt gemaakt tussen wat van invloed is op de grondslag en wat van invloed is op de vergoeding. Van invloed op de grondslag is het tarief, het aantal prestaties waarover het berekend bedrag wordt berekend op het berekend bedrag van toepassing zijn.

De specifieke voorwaarden op polis niveau en contractuele afspraken tussen zorgaanbieder en verzekeraar bepalen het uiteindelijke declaratiebedrag. Eigen bijdrage, maximering van de vergoeding, eigen risico of een combinatie van deze factoren maken het verschil uit tussen het berekend bedrag en het declaratiebedrag.

Deze opbouw van de bedrag elementen stelt de verzekeraar in staat via het retourdeclaratiebericht aan te geven hoe hij eventueel tot een ander berekend bedrag komt.

Werken met de grondslag

De declarant (zorgaanbieder) bepaalt eerst welke prestaties (zorgproduct/ prestatie) er te declareren vallen, voordat hij kan bepalen welke eigen betalingen (eigen bijdrage, eigen risico, maximering of combinaties hiervan) er eventueel van toepassing zijn. Of deze de eigen

betalingen wil bepalen hangt af van de betaalvariant die met de verzekeraar is afgesproken.

In de verwerking van declaraties bepaalt de verzekeraar eerst het berekend bedrag, dat er voor een bepaalde behandeling in rekening mag worden gebracht, dat is een te declareren prestatie met aantal. Dit op basis van vastgestelde tarieven. Dat levert een berekend bedrag verzekeraar op waarmee een verzekeraar vervolgens nagaat in hoeverre een verzekerde daarvoor is verzekerd.

Met de het element BerekendBedrag Zorgverzekeraar in het retourdeclaratiebericht meldt de verzekeraar terug wat zijn berekend bedrag is, zodat de declarant bij een niet volledig toegekend bedrag weet welk deel wordt veroorzaakt door een ander berekend bedrag en welk deel voortkomt uit het gebrek aan dekking bij de verzekerde. Het verschil tussen berekend bedrag declarant en berekend bedrag verzekeraar stelt de declarant in staat de eigen administratie bij te stellen, bijvoorbeeld het gebruikte tarief.

Het resterende verschil tussen declaratiebedrag en toegekend bedrag kan de declarant (zorgaanbieder) dan verhalen op de verzekerde, omdat die daar geen dekking voor had. Ook servicebureaus bepalen op basis van deze extra informatie uit de berekende bedrag elementen (heenbericht en retourbericht) waar welk deel verhaald moet worden, zorgaanbieder of verzekerde.

Hieronder volgen enkele voorbeelden met betrekking tot de vulling van de verschillende bedragen. In de bijlagen (5.2) zijn meer voorbeelden opgenomen.

Tabel 3-22 Voorbeeld 1 opbouw bedrag

Situatie		
Een behandeling met een overeengekomen tarief van € 50,00. Er is een wettelijke eigen bijdrage van € 5,00 per behandeling die door de verzekerde aan de zorgverlener is betaald. Bedragen zijn inclusief eventuele BTW.		
Gegeven	Bedrag	Vulling in bericht
Tarief	€ 50	<TariefInclBtw>50,00</TariefInclBtw>
Berekend bedrag	€ 50	<BerekendBedragInclBtw>50,00</BerekendBedragInclBtw>
Declaratiebedrag	€ 45	<DeclaratieBedragInclBtw>45,00<DeclaratieBedragInclBtw>

Tabel 3-23 Voorbeeld 2 opbouw bedrag

Situatie		
Van een hoortoestel wordt 75% vergoed door de verzekeraar. De eigen bijdrage van de overige 25% neemt de audicien voor eigen rekening en brengt hij niet in rekening bij de verzekerde. Het hoortoestel kost €200,00.		
Gegeven	Bedrag	Vulling in bericht
Tarief	€ 200	<TariefInclBtw>200,00</TariefInclBtw>
Berekend bedrag	€ 200	<BerekendBedragInclBtw>200,00</BerekendBedragInclBtw>
Declaratiebedrag	€ 150	<DeclaratieBedragInclBtw>150,00<DeclaratieBedragInclBtw>

Tabel 3-24 Voorbeeld 3 opbouw bedrag

Situatie		
Een behandeling met een overeengekomen tarief van € 50,00. Het is ongecontracteerde zorg die de zorgaanbieder rechtstreeks bij de zorgverzekeraar declareert (hiervoor is normaliter een betaalovereenkomst vereist). De verzekeraar betaalt 75% voor ongecontracteerde zorg. De zorgaanbieder declareert het bedrag dat de verzekeraar zal vergoeden en het restant (12,50) bij de verzekerde. Bedragen zijn inclusief eventuele BTW.		
Gegeven	Bedrag	Vulling in bericht
Tarief	€ 50	<TariefInclBtw>50,00</TariefInclBtw>
Berekend bedrag	€ 50	<BerekendBedragInclBtw>50,00</BerekendBedragInclBtw>
Declaratiebedrag	€ 37,505	<DeclaratieBedragInclBtw>37,50<DeclaratieBedragInclBtw>

Tabel 3-255 Voorbeeld 4 opbouw bedrag

Situatie		
Van een hoortoestel wordt 75% vergoed door de verzekeraar. De eigen bijdrage van de overige 25% neemt de audicien voor eigen rekening en brengt hij niet in rekening bij de verzekerde. Het hoortoestel kost €200,00. De zorgaanbieder weet echter de exacte eigen betaling niet en declareert het gehele bedrag bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar houdt 25% eigen bijdrage in of niet, afhankelijk van of er een afspraak is over innen door de zorgverzekeraar of niet.		
Gegeven	Bedrag	Vulling in bericht
Tarief	€ 200	<TariefInclBtw>200,00</TariefInclBtw>
Berekend bedrag	€ 200	<BerekendBedragInclBtw>200,00</BerekendBedragInclBtw>
Declaratiebedrag	€ 200	<DeclaratieBedragInclBtw>200,00<DeclaratieBedragInclBtw>

Tabel 3-26 Voorbeeld 5a opbouw bedrag

Situatie		
Als er een verschil tussen Berekend Bedrag en Declaratiebedrag wordt aangeleverd dan moet dit verschil overeenkomen met het bedrag dat de verzekeraar berekent als het bedrag dat de verzekerde als eigen betaling zou moeten betalen.		
Als de verzekeraar een ander bedrag berekent aan eigen betaling die de verzekerde zou moeten betalen dan het verschil tussen gedeclareerd en berekend bedrag, dan wordt de declaratieregel afgewezen. De verzekerde heeft dan ofwel teveel aan eigen betaling betaald of moet deze nog betalen aan de zorgaanbieder ofwel de verzekeraar zou in geval van incasseren van eigen betalingen door de zorgverzekeraar ook een (resterend) bedrag aan eigen betaling bij de verzekerde gaan innen. Dit is voor een verzekerde niet te volgen.		
Van een hoortoestel wordt volgens de zorgaanbieder 75% vergoed door de verzekeraar. De eigen bijdrage van de overige 25% neemt de audicien voor eigen rekening en brengt hij niet in rekening bij de verzekerde. Het hoortoestel kost €200,00. De verzekeraar vergoedt echter 80%.		
De verzekeraar zal de regel afwijzen met een retourcode 9508: Bedrag berekende eigen betaling te hoog.		
Gegeven	Bedrag	Vulling in bericht

Tarief	€ 200	<TariefInclBtw>200,00</TariefInclBtw>
Berekend bedrag	€ 200	<BerekendBedragInclBtw>200,00</BerekendBedragInclBtw>
Declaratiebedrag	€ 150	<DeclaratieBedragInclBtw>150,00<DeclaratieBedragInclBtw>

In tabel 3-27 staat voor voorbeeld 5 aangegeven hoe het heenbericht gevuld had moeten zijn.

Tabel 3-27 Voorbeeld 5b opbouw bedrag

Situatie		
Voorbeeld 5 vulling heenbericht hoe het had moeten zijn.		
Gegeven	Bedrag	Vulling in bericht hoe het had moeten zijn
Tarief	€ 200	<TariefInclBtw>200,00</TariefInclBtw>
Berekend bedrag	€ 200	<BerekendBedragInclBtw>200,00</BerekendBedragInclBtw>
Declaratiebedrag	€ 160	<DeclaratieBedragInclBtw>160,00<DeclaratieBedragInclBtw>

Tabel 3-28 Voorbeeld 6 opbouw bedrag

Situatie		
<p>Als er een verschil tussen Berekend Bedrag en Declaratiebedrag wordt aangeleverd dan moet dit verschil overeenkomen met het bedrag dat de verzekeraar berekent als het bedrag dat de verzekerde als eigen betaling zou moeten betalen.</p> <p>Als de verzekeraar een ander bedrag berekent aan eigen betaling die de verzekerde zou moeten betalen dan het verschil tussen gedeclareerd en berekend bedrag, dan wordt de declaratieregel afgewezen. De verzekerde heeft dan ofwel teveel aan eigen betaling betaald of moet deze nog betalen aan de zorgaanbieder ofwel de verzekeraar zou in geval van incasseren van eigen betalingen door de zorgverzekeraar ook een (resterend) bedrag aan eigen betaling bij de verzekerde gaan innen. Dit is voor een verzekerde niet te volgen.</p> <p>Een behandeling met een overeengekomen tarief van € 50,00. Er is een wettelijke eigen bijdrage van € 5,00 per behandeling die door de verzekerde aan de zorgverlener is betaald of bij de verzekerde zal worden geïncasseerd. De verzekeraar berekent echter een bedrag van € 10,00 aan wettelijke eigen bijdrage</p> <p>De verzekeraar zal de regel afwijzen met een retourcode 9509: Bedrag berekende eigen betaling te laag.</p>		
Gegeven	Bedrag	Vulling in bericht
Tarief	€ 50	<TariefInclBtw>50,00</TariefInclBtw>
Berekend bedrag	€ 50	<BerekendBedragInclBtw>50,00</BerekendBedragInclBtw>
Declaratiebedrag	€ 45	<DeclaratieBedragInclBtw>45,00<DeclaratieBedragInclBtw>

In tabel 3-29 staat voor voorbeeld 6 aangegeven hoe het heenbericht gevuld had moeten zijn.

Tabel 3-299 Voorbeeld 6b opbouw bedrag

Situatie		
Voorbeeld 6 vulling heenbericht hoe het had moeten zijn.		

Gegeven	Bedrag	Vulling in bericht hoe het had moeten zijn
Tarief	€ 50	<TariefInclBtw>50,00</TariefInclBtw>
Berekend bedrag	€ 50	<BerekendBedragInclBtw>50,00</BerekendBedragInclBtw>
Declaratiebedrag	€ 40	<DeclaratieBedragInclBtw>40,00<DeclaratieBedragInclBtw>

Opmerking: Voor declaraties in de forensische zorg gelden geen toeslagen of maximeringen die verhaald kunnen worden op de verzekerde. Het verschil tussen Declaratiebedrag en BerekendBedrag zal hier altijd een verschil van inzicht zijn tussen DJI en de zorgaanbieder in het gebruikte tarief.

3.5.4.11 Herdeclaratiecode

Een herdeclaratie is een opnieuw ingediende declaratie, bijvoorbeeld omdat een eerdere declaratie was afgewezen of door de aanbieder was gecrediteerd.

Voor het bepalen van de juiste herdeclaratiecode wordt alleen gekeken naar de debiteur van de direct voorgaande declaratie. Eerdere declaraties bij dezelfde debiteur of andere debiteuren (n.a.v. meerdere keren corrigeren) worden buiten beschouwing gelaten.

Voorbeelden:

- Een prestatie die aan debiteur A wordt gedeclareerd, na goedkeuring wordt gecrediteerd en opnieuw aan debiteur A wordt gedeclareerd, krijgt herdeclaratiecode 05.
- Een prestatie die aan debiteur A wordt gedeclareerd, na een afwijzing of goedkeuring wordt gecrediteerd en aan debiteur B wordt gedeclareerd (bijv. de verzekerde), en daarna nogmaals wordt gecrediteerd en opnieuw aan debiteur A wordt gedeclareerd, krijgt herdeclaratiecode 02.

Binnen de FZ wordt herdeclaratiecode 02 (= Initiële declaratie na afwijzing door of creditering bij andere zorgverzekeraar) niet gebruikt. Omdat DJI als enige verzekeraar optreedt binnen de FZ, is het binnen de FZ namelijk niet mogelijk dat een prestatie eerder aan een andere zorgverzekeraar is aangeboden.

3.5.4.12 InformatieCode

De informatiecode geeft aan met welke reden een prestatie is opgenomen in de declaratie. De mogelijke redenen zijn:

- Declaratie: prestatie is opgenomen om te worden uitbetaald.
- Specificatie: prestatie is opgenomen als verdere verbijzondering. Gegevens geleverd via deze prestaties worden gebruikt in de verantwoording;
- Informatie: prestatie is opgenomen als toelichting. Gegevens geleverd via deze prestaties worden gebruikt bij het opstellen van contractafspraken en in managementinformatie.

Wanneer een prestatie is opgenomen ter informatie, dan is er altijd een andere prestatie aanwezig met reden 'Declaratie' die wordt ondersteund door de prestatie met reden 'Informatie'.

Voor prestaties ter specificatie hoeft er niet in alle gevallen een prestatie ter declaratie aanwezig te zijn. Deze gevallen staan beschreven per prestatiecodelijst.

Via het prestatiekoppelnummer is duidelijk welke prestaties aan elkaar gerelateerd zijn.

Tabel 3-30 Voorbeeld prestatie ter informatie

Situatie		
Een apotheker heeft met een zorgverzekeraar een abonnement afgesloten. De apotheker en de zorgverzekeraar hebben afgesproken dat de zorgverzekeraar een vast bedrag betaalt voor de verstrekking van geneesmiddelen, ongeacht welk middel in welke hoeveelheid wordt verstrekt. Er is een aparte prestatie aanwezig waarmee het abonnement wordt gedeclareerd. Als de zorgverzekeraar wel op de hoogte wil worden gebracht van welke hoeveelheid van welk middel is verstrekt dan worden dat gedaan met prestaties die ter informatie in het declaratiebericht zijn opgenomen. Dat er een relatie bestaat tussen de prestaties wordt duidelijk gemaakt door in alle betrokken prestaties hetzelfde prestatiekoppelnummer in te vullen.		
Prestatie	PrestatieKoppelnummer	InformatieCode
Abonnement	12345	01 (=Declaratie)
Verstrekt geneesmiddel 1	12345	03 (=Informatie)
Verstrekt geneesmiddel 2	12345	03 (=Informatie)

Tabel 3-31 Voorbeeld prestatie ter specificatie

Situatie		
Binnen de medisch specialistische zorg wordt een DBC gedeclareerd. Deze DBC is het gevolg van 3 zorgactiviteiten die zijn uitgevoerd. In het declaratiebericht is de DBC opgenomen ter declaratie, de zorgactiviteiten zijn opgenomen ter specificatie.		
Prestatie	PrestatieKoppelnummer	InformatieCode
DBC	54321	01 (=Declaratie)
Zorgactiviteit 1	54321	02 (=Specificatie)
Zorgactiviteit 2	54321	02 (=Specificatie)
Zorgactiviteit 3	54321	02 (=Specificatie)

3.5.4.13 DoorsturenToegestaan

De waarde van het element DoorsturenToegestaan (ja of nee) bepaalt of vanuit een servicebureau de betreffende prestatie mag worden doorgestuurd naar de verzekeraar. Als doorsturen niet is toegestaan dan wordt niets van de prestatie aangeleverd aan de verzekeraar.

De verzekerde moet bezwaar hebben gemaakt tegen het doorsturen. De zorgaanbieder maakt de wens van de verzekerde kenbaar bij elke te declareren prestatie.

Wanneer de zorgaanbieder het declaratiebericht direct naar de verzekeraar stuurt, moet altijd de waarde 'ja' worden opgenomen.

3.5.4.14 PrivacyCode

De waarde van het element Privacycode (ja of nee) bepaalt of bepaalde elementen niet of wel mogen worden meegegeven. Dit wordt per zorgsoort vastgesteld en in de NZa regelgeving vastgelegd. Hierbij geeft 'ja' aan dat er sprake is van een privacyverklaring.

3.5.5 Aanvullende prestatiegegevens

Van een aantal elementen uit de aanvullende prestatiegegevens voor de debetprestatie volgt hieronder een invulinstructie.

3.5.5.1 Diagnose

Diagnose bestaat uit:

- DiagnoseCodelijstCode
- Diagnosecode
- Diagnosesteller
- Diagnosedatum

Welke van deze elementen aanwezig moeten zijn is afhankelijk van de prestatiecodelijst van de Prestatie en staat beschreven in de prestatiecodelijst specifieke invulinstructies.

Wanneer de Diagnosesteller wordt opgenomen, moeten bij de Diagnosesteller de elementen worden opgenomen zoals aangegeven in onderstaande tabel.

Tabel 3-32 Wijze van toevoegen diagnosesteller

Diagnose gesteld door	Elementen op te nemen bij de diagnosesteller
Zorgaanbieder met AGB-code	Zorgaanbiedercode ZorgaanbiederSoort ZorgaanbiederRol
Zorgaanbieder zonder AGB-code of AGB-code is niet bekend	ZorgaanbiederSpecificatie NaamZorgverlener (alleen als dit specifiek is aangegeven voor de prestatiecodelijst) ZorgaanbiederRol

3.5.5.2 Zorgtraject

Het zorgtraject koppelt via het zorgtrajectnummer alle prestaties die door een zorgaanbieder zijn geleverd aan een patiënt voortvloeiend uit een zorgvraag van de patiënt tot het moment waarop de zorgaanbieder en/of patiënt de behandeling afsluiten.

De wijze waarop het zorgtrajectnummer wordt bepaald en afgegeven, hangt af van het beleid dat voor de betreffende prestatiecodelijst geldt. Zie hiervoor de invulinstructies van de specifieke prestatiecodelijsten.

Vanuit de declaratiestandaard is het mogelijk om het zorgtrajectnummer te delen over zorgaanbieders en zelfs zorgsoorten heen. Het beleid voor de betreffende prestatiecodelijst(en) geeft aan of dit ook mogelijk is en hoe het zorgtrajectnummer in dat geval tussen de zorgaanbieders en zorgsoorten moet worden gedeeld.

3.5.5.3 Contractnummer

Er geldt geen generieke invulinstructie voor Contractnummer. Per prestatiecodelijst kan wel een invulinstructie zijn opgenomen in de prestatiecodelijst specifieke invulinstructies.

3.5.5.4 IndicatiebesluitNummer

Er geldt geen generieke invulinstructie voor IndicatiebesluitNummer. Per prestatiecodelijst kan wel een invulinstructie zijn opgenomen in de prestatiecodelijst specifieke invulinstructies.

3.5.5.5 Plaatsingsbesluit

Het plaatsingsbesluit is opgenomen om forensische zorg correct te kunnen declareren en is niet van belang voor andere zorgsoorten.

Indien het bericht naar DJI wordt gestuurd moet deze klasse daarom verplicht aanwezig zijn. Voor berichten die niet naar DJI worden gestuurd, is deze klasse niet van toepassing.

3.5.5.6 Commentaar

Via het commentaar is het mogelijk de debetprestatie van aanvullende informatie te voorzien. Prestaties waarbij commentaar aanwezig is, kunnen niet automatisch worden verwerkt. Daarom kan commentaar alleen worden toegevoegd als daar werkafspraken over zijn. In de prestatiecodelijst specifieke invulinstructies is aangegeven of en welke werkafspraken er zijn voor het gebruik van commentaar.

3.5.6 CreditPrestatie

Via een creditprestatie geeft de zorgaanbieder (indiener) aan dat een eerder ingediende debetprestatie gecrediteerd moet worden. De creditprestatie bevat niet alle elementen die ook in de debetprestatie aanwezig waren, enkel het referentienummer en de elementen die een verzekeraar nodig heeft om te controleren of de debetprestatie uit een eerder declaratiebericht met het opgegeven referentienummer overeenkomt met de te crediteren prestatie. Daarnaast wordt bij de creditprestatie ook de eerder door de verzekeraar berekende en toegekende bedragen opgenomen.

Bij een creditering wordt in geval van een hoofdprestatie, de hoofdprestatie inclusief onderliggende prestaties als een geheel gecrediteerd. Hierbij hoeven alleen de onderliggende prestaties te worden opgenomen waarvoor

- Als het oorspronkelijke te declareren bedrag ongelijk was aan 0: één van de toegekende bedragen door de verzekeraar ongelijk is aan 0

- Als het oorspronkelijke te declareren bedrag gelijk was aan 0: de oorspronkelijke declaratie is goedgekeurd.

Bij creditering van een onderliggende prestatie wordt enkel de prestatie die wijzigt gecrediteerd.

Tabel 3-33 Voorbeeld crediteren hoofdprestatie

Situatie				
Binnen de GGZ is een consult gedeclareerd. Er zijn twee toeslagen van toepassing op het consult.				
In de declaratie van het consult blijkt een fout te zitten, waardoor de zorgaanbieder besluit deze te crediteren en het gecorrigeerde consult opnieuw te declareren.				
DebetPrestatie (oud)	PrestatieKoppelnummer (oud)	Crediteren?	Nieuwe Debetprestatie?	PrestatieKoppelnummer (nieuwe DebetPrestatie)
Consult	12345	Ja	Ja	54321
Toeslag 1	12345	Ja	Ja	54321
Toeslag 2	12345	Ja	Ja	54321

Tabel 3-34 Voorbeeld crediteren onderliggende prestatie

Situatie				
Binnen de GGZ is een consult gedeclareerd. Er zijn twee toeslagen van toepassing op het consult.				
In de declaratie van de eerste toeslag blijkt een fout te zitten, waardoor de zorgaanbieder besluit deze te crediteren en de gecorrigeerde toeslag opnieuw te declareren.				
DebetPrestatie (oud)	PrestatieKoppelnummer (oud)	Crediteren?	Nieuwe Debetprestatie?	PrestatieKoppelnummer (nieuwe DebetPrestatie)
Consult	67890	Nee	Nee	
Toeslag 1	67890	Ja	Ja	67890
Toeslag 2	67890	Nee	Nee	

Tabel 3-35 Voorbeeld crediteren prestatie met prestaties ter specificatie

Situatie				
Binnen de medisch specialistische zorg wordt een DBC gedeclareerd. Deze DBC is het gevolg van 2 zorgactiviteiten die zijn uitgevoerd. In het declaratiebericht is de DBC opgenomen ter declaratie, de zorgactiviteiten zijn opgenomen ter specificatie.				
In de declaratie van de DBC blijkt een fout te zitten, waardoor de zorgaanbieder besluit deze te crediteren en de gecorrigeerde DBC opnieuw te declareren.				

DebetPrestatie (oud)	PrestatieKoppelnummer (oud)	Crediteren?	Nieuwe Debetprestatie?	PrestatieKoppelnummer (nieuwe DebetPrestatie)
DBC	87654	Ja	Ja	45678
Zorgactiviteit 1	87654	Ja	Ja	45678
Zorgactiviteit 2	87654	Ja	Ja	45678

Tabel 3-36 Foute wijze crediteren hoofdprestatie

Situatie

Binnen de GGZ is een consult gedeclareerd. Er zijn twee toeslagen van toepassing op het consult.

In de declaratie van het consult blijkt een fout te zitten, waardoor de zorgaanbieder besluit deze te crediteren en het gecorrigeerde consult opnieuw te declareren.

In het nieuwe declaratiebericht is alleen de declaratie van het consult (de hoofdprestatie) gecrediteerd en opnieuw gedeclareerd. Omdat de onderliggende toeslagen niet zijn gecrediteerd en opnieuw gedeclareerd, keurt de zorgverzekeraar de credit prestatie en nieuwe debetprestatie van het consult af.

DebetPrestatie (oud)	PrestatieKoppelnummer (oud)	Crediteren?	Nieuwe Debetprestatie?	PrestatieKoppelnummer (nieuwe DebetPrestatie)
Consult	12345	Ja	Ja	54321
Toeslag 1	12345	Nee	Nee	
Toeslag 2	12345	Nee	Nee	

3.5.6.1 Verzekerde

Het kan voorkomen dat tussen het moment dat de originele debetprestatie is ingediend en het moment dat de creditprestatie wordt ingediend, de identificerende gegevens van de verzekerde wijzigen. In dit geval wordt de creditprestatie opgenomen in het declaratiebericht onder de laatst bekende identificerende gegevens van de verzekerde. Op deze manier wordt geborgd dat een verzekerde maar één keer in het declaratiebericht voorkomt per verzekeraar.

Bijvoorbeeld: bij het indienen van een debetprestatie is het BSN van de verzekerde nog niet bekend. De debetprestatie wordt daarom opgenomen bij de verzekerde met verzekerdenummer en geboortedatum als identificerende gegevens. Op het moment dat de prestatie wordt gecrediteerd, is het BSN van de verzekerde echter wel bekend. De creditprestatie wordt daarom opgenomen bij de verzekerde met BSN en geboortedatum als identificerende gegevens.

3.5.6.2 Redenen voor crediteren

Een eerder ingediende debet prestatie moet worden gecrediteerd als:

- de declarant van de prestatie wijzigt;
- de verzekerde waar de prestatie bij hoort wijzigt;

- de waarde van tenminste een van de onderstaande elementen wijzigt:
 - Prestatiecodelijst
 - Prestatiecode
 - PrestatieKoppelnummer
 - Begindatum
 - Einddatum
 - Begintijd
 - Eindtijd
 - Volgnummer
 - Aantal
 - TariefInclBtw
 - BerekendBedragInclBtw
 - DeclaratieBedragInclBtw

Naast deze velden kunnen per prestatiecodelijst ook andere velden zijn die voor prestaties van die prestatiecodelijst tot een creditering lijden. Dit staat verder beschreven in de prestatiecodelijst specifieke invulinstructies.

3.6 Samengestelde elementen

3.6.1 Naamgegevens

In het declaratiebericht kunnen naamgegevens worden opgenomen bij:

- de verzekerde;
- de debiteur;
- zorgaanbieders.

De NAW-gegevens van een verzekerde worden door de verzekeraar niet gebruikt om de verzekerde te identificeren. Daarom hoeven de NAW-gegevens van de verzekerde alleen te worden opgenomen in het declaratiebericht als het volgende geldt:

- het bericht wordt verstuurd naar een servicebureau;
- het servicebureau heeft niet al op een andere wijze toegang tot deze gegevens (bijvoorbeeld omdat het servicebureau toegang heeft tot het EPD of de BRP).

Wanneer het declaratiebericht naar een servicebureau wordt verstuurd en het bericht bevat een debiteur klasse, dan worden van de debiteur alleen de NAW-gegevens opgenomen als het servicebureau niet al op een andere wijze toegang heeft tot deze gegevens.

Verzekeraars ontvangen alleen de naamgegevens van zorgaanbieders. Er geldt geen restrictie op de lengte van de naamgegevens die wordt aangeleverd. Het kan echter voorkomen dat een verzekeraar maar een beperkt aantal karakters kan verwerken in zijn systeem. In dit geval worden de naamvelden door de verzekeraar afgekapt na de eerst 25 karakters.

Naamgegevens

Het gebruik van de naam van een persoon volgt in de EI-berichten de NEN 1888. Dit houdt in dat achternamen, voorvoegsels en voorletters gescheiden worden weergegeven. Hierbij beschrijft de NEN 1888 (nl) de achternaam als volgt: "significant deel van de achternaam: de achternaam zonder voorvoegsel en zonder de scheidingsspatie volgend op het voorvoegsel".

In Naamgebruik wordt gecodeerd de tenaamstelling aangegeven. Hiermee bepaalt men onder meer de volgorde in het gebruik van de geboortenaam en naam van de partner bij correspondentie. Het vullen van Naamgebruik van een persoon hangt dus af van hoe de persoon zijn/haar naam hanteert. Codering van Naamgebruik gaat volgens codetabel COD829.

NB: Deze codetabel bevat ook een code voor pseudoniem. In de ZIB's is geen code voor pseudoniem opgenomen. Informatiesystemen die de ZIB's hanteren, zullen daarom nooit een pseudoniem aanleveren.

Invulvoorbeeld naamgebruik (zonder voorvoegsels)

Tabel 3-37 toont enkele voorbeelden voor de diverse naamgegevens en het naamgebruik. De heer Joosten en mevrouw Verduijn zijn partners. De namen van de heer Joosten en mevrouw Verduijn kunnen op verschillende manieren opgenomen worden. In het voorbeeld zijn alleen variaties van de naam van mevrouw Verduijn opgenomen, maar de naam van de heer Joosten kan op dezelfde manier worden afgeleid.

Tabel 3-37 Invulvoorbeeld naamgebruik (zonder voorvoegsels)

Code geslacht	Geslachtsnaam		Geslachtsnaam Partner		Naam- gebruik	Resultaat van naamgebruik	Correspondentie- naam (tenaamstelling)
	Achternaam	Vv	Achternaam	Vv			
2 (vrouw)	Verduijn				1	Eigen naam van mevrouw.	Mw. Verduijn
2 (vrouw)	Verduijn		Joosten		2	Naam partner.	Mw. Joosten
2 (vrouw)	Verduijn		Joosten		3	Naam partner gevolgd door eigen naam van mevrouw.	Mw. Joosten-Verduijn
2 (vrouw)	Verduijn		Joosten		4	Eigen naam van mevrouw gevolgd door naam partner.	Mw. Verduijn-Joosten

Opmerking: met "eigen naam" wordt de geboortenaam bedoeld.

Onderstaande tabel toont enkele voorbeelden van de samenstelling van de naam, waarbij tenminste één naam een voorvoegsel heeft (notatie conform de NEN).

Tabel 3-38 Invulvoorbeeld naamgebruik (met voorvoegsels)

Code geslacht	Geslachtsnaam		Geslachtsnaam Partner		Naam gebr.	Resultaat van naamgebruik	Correspondentie- naam (tenaamstelling)
	Achternaam	Vv	Achternaam	Vv			
1 (man)	Steen	van der			1	<i>Eigen naam</i> van meneer	Dhr. van der Steen
1 (man)	Steen	van der	Voorst tot Voorst		4	<i>Eigen naam</i> van meneer gevolgd door <i>naam partner</i>	Dhr. van der Steen – Voorst tot Voorst
1 (man)	Steen	van der	Voorst tot Voorst	van	4	<i>Eigen naam</i> van meneer gevolgd door <i>naam partner</i>	Dhr. van der Steen – van Voorst tot Voorst

3.6.2 Adresgegevens verzekerde en debiteur

In de adresgegevens zijn onderstaande elementen opgenomen om het gebouw te kunnen identificeren:

- Huisnummer
- HuisnummerLetter
- HuisnummerToevoeging
- AanduidingBijNummer

Om met verschillende typen adresseringen om te kunnen gaan (woonboten, bis, hs, sous constructies, etc.) is elk van deze elementen conditioneel. Het is verplicht om tenminste een van deze elementen op te nemen.

Tabel 3 39 toont enkele voorbeelden van het gebruik van deze elementen voor verschillende typen adresseringen.

Tabel 3-39 Invulvoorbeeld adresgegevens

Adres	Vulling in bericht
Biltstraat 113, 3572 AN Utrecht	<Straatnaam>Biltstraat</Straatnaam> <Huisnummer>113</Huisnummer> <Postcode>3572AN</Postcode> <Woonplaats>Utrecht</Woonplaats>
Biltstraat 113 A, 3572 AN Utrecht	<Straatnaam>Biltstraat</Straatnaam> <Huisnummer>113</Huisnummer> <HuisnummerLetter>A</HuisnummerLetter> <Postcode>3572AN</Postcode> <Woonplaats>Utrecht</Woonplaats>
Biltstraat 113 BIS, 3572 AN Utrecht	<Straatnaam>Biltstraat</Straatnaam> <Huisnummer>113</Huisnummer> <HuisnummerToevoeging>BIS</HuisnummerToevoeging> <Postcode>3572AN</Postcode> <Woonplaats>Utrecht</Woonplaats>
Biltstraat 113 A BIS, 3572 AN Utrecht	<Straatnaam>Biltstraat</Straatnaam> <Huisnummer>113</Huisnummer> <HuisnummerLetter>A</HuisnummerLetter> <HuisnummerToevoeging>BIS</HuisnummerToevoeging> <Postcode>3572AN</Postcode> <Woonplaats>Utrecht</Woonplaats>
Biltstraat 113 B BIS A, 3572 AN Utrecht	<Straatnaam>Biltstraat</Straatnaam> <Huisnummer>113</Huisnummer> <HuisnummerLetter>B</HuisnummerLetter> <HuisnummerToevoeging>BIS A</HuisnummerToevoeging> <Postcode>3572AN</Postcode> <Woonplaats>Utrecht</Woonplaats>
Biltstraat 22 BIS A, 3572 BB Utrecht	<Straatnaam>Biltstraat</Straatnaam> <Huisnummer>22</Huisnummer> <HuisnummerToevoeging>BIS A</HuisnummerToevoeging> <Postcode>3572BB</Postcode> <Woonplaats>Utrecht</Woonplaats>
Woonboot tegenover Steenkade 56	<Straatnaam>Steenkade</Straatnaam> <Huisnummer>56</Huisnummer> <AanduidingBijNummer>to</AanduidingBijNummer>
Woonboot 'Twee Gezusters' aan de Steenkade	<Straatnaam>Steenkade</Straatnaam> <HuisnummerToevoeging>Twee Gezusters</HuisnummerToevoeging>

4 Generieke invulinstructie EI Retourbericht Generieke Declaratiestandaard

In dit hoofdstuk is een invulinstructie opgenomen voor verschillende gegevens of groepen van gegevens die voorkomen in de EI-retourinformatie van de generieke declaratiestandaard.

Deze instructie is gebaseerd op de berichtuitwisseling tussen een zorgaanbieder of servicebureau via VECOZO naar een verzekeraar. De berichtuitwisseling tussen zorgaanbieder en servicebureau gaat niet via VECOZO en is buiten beschouwing gelaten.

4.1 Gegevens in retourbericht

Zoals aangegeven in Standaardbeschrijving Externe integratie Generieke Declaratiestandaard GDS801- GDS802, bevat het retourbericht de volgende gegevens:

- Header
- DeclaratieContext
- Overzicht
- Verzekerde: alleen de verzekerden waarvoor een retourommelding aanwezig is bij de verzekerde zelf of bij onderliggende prestaties.
- Prestatie: alleen de prestaties waarvoor een retourommelding aanwezig is bij de prestatie of gegevens uit onderliggende klassen.

Van de Header, DeclaratieContext en Overzicht zijn in het retourbericht alle gegevens aanwezig die ook in het heenbericht aanwezig waren. Van de Verzekerde, Prestatie en onderliggende klassen zijn alleen de gegevens aanwezig die nodig zijn om de klasse waarvoor een retourommelding aanwezig is uniek te kunnen identificeren. Daarnaast kunnen Header, DeclaratieContext, Overzicht, Verzekerde, Prestatie en onderliggende klassen een klasse Feedback bevatten, zie hiervoor paragraaf [4.1.4](#).

Deze paragraaf beschrijft waar de vulling van de klassen en elementen in het retourbericht afwijkt van de vulling in het heenbericht. Daarnaast geeft deze paragraaf ook een invulinstructie van de gegevens die alleen in het retourbericht aanwezig zijn.

4.1.1 Header

In de header worden onderstaande gegevens niet overgenomen uit het heenbericht, maar gevuld op basis van de informatie van het retourbericht.

- Verzender: wordt gevuld met de opsteller van het retourbericht. Wanneer het bericht wordt opgesteld door VECOZO, blijft dit veld leeg. Via de VerzenderRol is in dit geval herkenbaar dat VECOZO het retourbericht heeft opgesteld.
- Ontvanger: wordt gevuld met de verzender van het heenbericht.
- Verzenddatum: wordt gevuld met de datum waarop het retourbericht is opgesteld en verzonden.

4.1.2 DeclaratieContext

In het retourbericht worden de gegevens uit de DeclaratieContext van het heenbericht overgenomen. Daarnaast heeft de verzekeraar de mogelijkheid om het nummer dat zij hebben toegekend aan de declaratie op te nemen in het element DeclaratienummerVerzekeraar. Dit nummer kan worden gebruikt in de verdere communicatie met de zorgaanbieder over de declaratie.

4.1.3 Bedrag elementen (inclusief BTW)

In het retourbericht worden bedrag elementen opgenomen die aangeven welke toe te kennen bedragen de verzekeraar heeft berekend. De bedragen die door de verzekeraar worden toegevoegd zijn:

- Berekend bedrag zorgverzekeraar
- Toegekend bedrag financieel
- Toegekend bedrag niet financieel

Deze bedragen worden aan elke Prestatie toegevoegd die is opgenomen in het retourbericht. Daarnaast wordt voor de twee soorten toegekende bedragen een totaal opgenomen in de klasse Overzicht. Voor deze totaalbedragen geldt dat deze het totaal aan toegekende bedragen ten opzichte van het originele totaal gedeclareerde bedrag weergeven. Dit is dus inclusief de toegekende bedragen van prestaties die niet zijn opgenomen in het retourbericht omdat de prestaties in zijn geheel zijn goedgekeurd.

Berekend bedrag zorgverzekeraar

Het berekend bedrag zorgverzekeraar is het bedrag dat de zorgverzekeraar voor de geleverde prestatie heeft berekend op basis van de tarieven en afspraken die voor de zorgaanbieder gelden.

Toegekend bedrag financieel

Het toegekend bedrag financieel is het bedrag dat door de verzekeraar is toegekend en dat vanuit de verzekeringsadministratie wordt doorgegeven aan de financiële administratie van de verzekeraar om uit te keren. Het bedrag dat uiteindelijk wordt uitgekeerd aan de declarant kan afwijken van dit bedrag als er in de financiële administratie nog andere uit te keren of te vorderen bedragen openstaan.

Toegekend bedrag niet financieel

Het toegekend bedrag niet financieel is het bedrag dat door de verzekeraar is toegekend. Vanwege afspraken over het aftoppen van uitkeringen wordt dit bedrag echter niet uitgekeerd aan de declarant.

Het toegekend bedrag niet financieel wordt gevuld in de situatie dat er sprake is van een betaalstop, ook wel contractplafond of omzetplafond genoemd. In de situatie van een betaalstop gelden de volgende uitgangspunten:

- De zorgaanbieder declareert en crediteert regulier bij de verzekeraar over een periode met een betaalstop.
- De verzekeraar handelt deze declaratie af volgens het reguliere proces, met 1 verschil met een reguliere, niet betaalstop, situatie: het toegekende bedrag wordt (altijd in zijn geheel) in het toegekend bedrag niet financieel gezet (toegekend bedrag financieel is in dit geval dus 0). De verzekeraar voegt aan de klasse DebetPrestatie ook een klasse Feedback toe met daarin retourcode 9147 (= Deze declaratieregel is goedgekeurd, maar wordt niet uitbetaald wegens contractplafond.).
- De declaratieregels worden met deze vulling dus niet afgewezen, het toegekende bedrag wordt wegens betaalstop alleen niet financieel gemaakt.

Tabel 4-1 Declaratie zonder contractplafond

Situatie		
Voor een prestatie heeft de zorgaanbieder € 50,00 gedeclareerd. De verzekeraar heeft op basis van de afspraken die er voor deze zorgaanbieder gelden ook een bedrag van € 50,00 berekend. Er is voor deze zorgaanbieder geen sprake van een contractplafond.		
Gegeven	Bedrag	Vulling in bericht
Berekend bedrag zorgverzekeraar	€ 50	<BerekendBedragZorgverzekeraarInclBtw>50,00 </ BerekendBedragZorgverzekeraarInclBtw >
Toegekend bedrag financieel	€ 50	<ToegekendBedragInclBtwFinancieel>50,00 </ToegekendBedragInclBtwFinancieel >
Toegekend bedrag niet financieel	€ 0	<ToegekendBedragInclBtwNietFinancieel>0,00 <ToegekendBedragInclBtwNietFinancieel>

Tabel 4-2 Declaratie waarbij contractplafond is bereikt

Situatie		
Voor een prestatie heeft de zorgaanbieder € 50,00 gedeclareerd. De verzekeraar heeft op basis van de afspraken die er voor deze zorgaanbieder gelden ook een bedrag van € 50,00 berekend. Voor deze zorgaanbieder is eerder al het contractplafond bereikt.		
Gegeven	Bedrag	Vulling in bericht
Berekend bedrag zorgverzekeraar	€ 50	<BerekendBedragZorgverzekeraarInclBtw>50,00 </ BerekendBedragZorgverzekeraarInclBtw >
Toegekend bedrag financieel	€ 0	<ToegekendBedragInclBtwFinancieel>0,00 </ToegekendBedragInclBtwFinancieel >
Toegekend bedrag niet financieel	€ 50	<ToegekendBedragInclBtwNietFinancieel>50,00 <ToegekendBedragInclBtwNietFinancieel>

Zie voor een uitgebreid voorbeeld van de toegekende bedragen paragraaf [4.2.6](#).

4.1.4 Feedback

Wanneer voor (elementen uit) een klasse een retourmelding moet worden opgenomen, wordt deze in het retourbericht opgenomen door het toevoegen van een klasse Feedback. Voor elke retourmelding wordt een aparte klasse Feedback opgenomen. Wanneer voor een klasse meerdere retourmeldingen gelden, worden in het retourbericht bij die klasse meerdere Feedback klassen opgenomen.

De klasse feedback bevat de volgende gegevens:

- Retourcode
Bevat de retourcode die bij de retourmelding hoort.
- BetrokkenElement
BetrokkenElement is een repeterende klasse waarin de naam en waarde uit het heenbericht worden opgenomen van de elementen die de retourmelding veroorzaken. Wanneer het voorkomen van de retourcode niet direct aan de waarde van elementen uit het heenbericht kan worden toegewezen, bevat de feedback geen betrokken elementen.
In paragraaf [4.2](#) zijn voor verschillende retourmeldingen voorbeelden opgenomen van de betrokken elementen.

4.2 Controles op het EI-declaratiebericht

De controles op een EI-declaratiebericht bestaan uit een bericht-controle en element-controles.

De bericht-controle betreft de structuur van het bericht (validatie tegen de XSD). Indien daarin een fout wordt geconstateerd wordt door VECOZO een foutbericht naar de oorspronkelijke verzender gestuurd. Dat wordt hier verder niet beschreven. Meer informatie over het foutbericht is te vinden in de documentatie van VECOZO.

De element-controles betreffen de verband- en referentie-controles (XSLT-validaties). Een verbandcontrole betreft de samenhang van de elementen binnen het bericht. Een referentiecontrole betreft controle van de inhoud van een element op bestaan (en geldigheid) van die waarde in de bijbehorende xml-codelijst.

Indien in de element-controles een fout wordt geconstateerd, wordt door VECOZO een retourbericht naar de oorspronkelijke verzender gestuurd. Een verzekeraar zal altijd op elk ontvangen EI-declaratiebericht een retourbericht naar de oorspronkelijke verzender sturen.

Hieronder volgen een aantal voorbeelden van element-controles van een EI-declaratiebericht en de samenstelling van een EI-retourbericht. Elk voorbeeld is uitgewerkt voor enerzijds VECOZO en anderzijds de verzekeraar. In de meeste voorbeelden zal een verzekeraar een bestand nooit ontvangen omdat VECOZO dat al afkeurt. Voor de volledigheid is echter ook beschreven hoe een verzekeraar een dergelijk bestand verwerkt. De tekst sluit aan op die van het STB hoofdstuk 5.

4.2.1 Bericht zonder fouten (Voorbeeld 1)

VECOZO

In deze situatie ontvangt VECOZO een EI-declaratiebericht van een zorgaanbieder of een servicebureau. VECOZO valideert het bericht tegen de XSD en constateert geen afwijkingen. Vervolgens voert VECOZO de controles op elementniveau uit. Hierin worden eveneens geen afwijkingen geconstateerd. VECOZO keurt het gehele EI-declaratiebericht goed en stuurt dit door naar de verzekeraar. VECOZO stuurt géén EI-retourinformatiebericht retour naar de zorgaanbieder of het servicebureau.

Verzekeraar

De verzekeraar ontvangt een EI-declaratiebericht van VECOZO. De verzekeraar valideert het bericht tegen de XSD. Hierin worden geen afwijkingen geconstateerd. Vervolgens voert de verzekeraar de controles op elementniveau uit. Hierin worden eveneens geen afwijkingen geconstateerd. De verzekeraar keurt het gehele EI-declaratiebericht goed en stuurt alleen de klassen Header, DeclaratieContext en Overzicht van het EI-retourinformatiebericht retour naar VECOZO. In deze klassen worden geen retourcodes opgenomen.

In de Header worden elementen aangepast zodat deze voor het retourbericht kloppen. Dit betreft o.a. Berichtcode, Verzender, Ontvanger en Verzenddatum.

In de klasse Overzicht worden TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel en TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel gevuld. (De som van deze beide elementen moet gelijk zijn aan de waarde van TotaalDeclaratiebedragInclBtw, rekening houdend met de DebetCreditCode.)

Zie Tabel 4-3 Voorbeeld 1 retourbericht.

VECOZO

VECOZO ontvangt van een verzekeraar het EI-retourinformatiebericht retour. Het gaat hier om een volledig goedgekeurd EI-declaratiebericht. VECOZO valideert het retourbericht tegen de XSD. VECOZO keurt het EI-retourinformatiebericht goed en stuurt het EI-retourinformatiebericht ongewijzigd door naar de zorgaanbieder of het servicebureau.

Uit de vulling van de elementen Verzender en VerzenderRol blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van een verzekeraar.

Zie Tabel 4-3 Voorbeeld 1 retourbericht.

Tabel 4-3 Voorbeeld 1 retourbericht
Bericht zonder fouten

Element	Waarde	
	Heen	Retour
Header		
Berichtcode	573	574
Berichtversie	1	1
Berichtsubversie	0	0
Berichtsoort	P	P
Verzender	55012708	8926
VerzenderRol	1	3
Ontvanger	8926	55012708
OntvangerRol	3	1
Verzenddatum	2022-02-06	2022-02-06
Referentienummer	170126578	170126578
DeclaratieContext		
DeclaratieContext/Declarant		
Zorgaanbiedercode	55012708	55012708
ZorgaanbiederSoort	1	1
DeclaratieContext		
BetalingAanServicebureau	false	false
Factuurnummer	98072657	98072657
Factuurdatum	2022-02-01	2022-02-01
Valutacode	EUR	EUR
Overzicht		
Overzicht/TotaalDeclaratiebedragInclBtw		
Bedrag	6000.00	6000.00
DebetCreditCode	D	D
Overzicht/TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel		
Bedrag		6000.00
DebetCreditCode		D
Overzicht/TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel		
Bedrag		
DebetCreditCode		
Verzekerde		
BSN	156325489	
UzoviNummer	8926	
Geboortedatum	1954-07-12	
Prestatie		
*		*
Geen fouten in bericht, dus geen terugkoppeling op verzekerde en verder		

LEGENDA	
9900	incorrecte vulling
	n.v.t. / leeg / niet meegezonden
*	Willekeurig element / waarde

4.2.2 Bericht met fout in header, declaratiecontext of overzicht (Voorbeeld 2a en 2b)

VECOZO (voorbeeld 2a)

VECOZO valideert het bericht tegen de XSD en constateert geen afwijkingen. In het EI-declaratiebericht is door de zorgaanbieder of het servicebureau in het element Verzenddatum een datum in de toekomst ingevuld. VECOZO stelt dat bij de verbandcontrole vast. Omdat er een fout is geconstateerd in een van de klassen Header, DeclaratieContext of Overzicht wordt het bericht niet verder gecontroleerd voor de onderliggende klassen. VECOZO keurt het gehele EI-declaratiebericht af en stuurt alleen de klassen Header, DeclaratieContext of Overzicht van het EI-retourinformatiebericht retour. De klasse feedback wordt onderaan in de klasse Header opgenomen met daarin retourcode 8986 (= Verzenddatum moet kleiner zijn dan of gelijk zijn aan huidige datum.) en bij betrokken elementen wordt de waarde van het element Verzenddatum opgegeven.

In de klasse Header worden elementen aangepast zodat deze voor het retourbericht kloppen. Dit betreft o.a. Berichtcode, Verzender, Ontvanger en Verzenddatum. Verzender wordt niet opgenomen omdat VECOZO geen AGB-code of UZOVI-nummer heeft. VerzenderRol krijgt waarde '6' (= VECOZO), zodat wel duidelijk is het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van VECOZO.

In de klasse Overzicht worden TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel en TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel niet opgenomen.

Zie Tabel 4-4 Voorbeeld 2a retourbericht.

Verzekeraar (voorbeeld 2b)

Een verzekeraar ontvangt een EI-declaratiebericht van VECOZO, waarin het element Verzenddatum een datum in de toekomst is ingevuld. De verzekeraar accepteert de Verzenddatum niet. Buiten de klassen Header, DeclaratieContext en Overzicht wordt het bericht verder niet gecontroleerd. De verzekeraar keurt het EI-declaratiebericht af en stuurt alleen de klassen Header, DeclaratieContext en Overzicht van het EI-retourinformatiebericht retour. De klasse Feedback wordt onderaan de Header opgenomen met daarin retourcode 8986 (= Verzenddatum moet kleiner zijn dan of gelijk zijn aan huidige datum.) en bij betrokken elementen wordt de waarde van het element Verzenddatum opgegeven.

In de klasse Header worden elementen aangepast zodat deze voor het retourbericht kloppen. Dit betreft o.a. Berichtcode, Verzender, Ontvanger en Verzenddatum.

In de klasse Overzicht worden TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel en TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel niet opgenomen.

NB. Situatie verzekeraar: deze situatie zal normaliter niet voorkomen voor een verzekeraar. Voorbeeld 2b is niet opgenomen in Tabel 4-4.

VECOZO

VECOZO ontvangt van een verzekeraar een EI-retourinformatiebericht retour. Het bericht bestaat uit alleen de header, declaratiecontext, overzicht. Er is feedback in de klasse header geplaatst, dat betekent dat het bericht is afgekeurd.

Het overeenkomstige EI-heenbericht is eerder door VECOZO goedgekeurd. De verzekeraar heeft het EI-bericht afgekeurd.

VECOZO valideert het retourbericht tegen de XSD. VECOZO keurt het EI-retourinformatiebericht goed en stuurt het EI-retourinformatiebericht ongewijzigd door naar de zorgaanbieder of het servicebureau.

Uit de vulling van de elementen Verzender en VerzenderRol blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van een verzekeraar.

NB. Situatie VECOZO: deze situatie zal normaliter niet voorkomen voor VECOZO, omdat VECOZO het EI-heenbericht eerder zelf al heeft afgekeurd.

Voorbeeld 2b is niet opgenomen in Tabel 4-4.

Tabel 4-4 Voorbeeld 2a retourbericht

Fout in Header, DeclaratieContext of Overzicht

Element	Waarde	
	Heen	Retour
Header		
Berichtcode	573	574
Berichtversie	1	1
Berichtsubversie	0	0
Berichtsoort	P	P
Verzender	55012708	
VerzenderRol	1	6
Ontvanger	9900	55012708
OntvangerRol	3	1
Verzenddatum	3022-02-06	3022-02-06
Referentienummer	170126578	170126578
Header/Feedback		
Retourcode		8986
Header/Feedback/BetrokkenElement		
Elementnaam		Verzenddatum
Elementwaarde		3022-02-06
DeclaratieContext		
DeclaratieContext/Declarant		
Zorgaanbiedercode	55012708	55012708
ZorgaanbiederSoort	1	1
DeclaratieContext		
BetalingAanServicebureau	false	false
Factuurnummer	98072657	98072657
Factuurdatum	2022-02-01	2022-02-01
Valutacode	EUR	EUR
Overzicht		
Overzicht/TotaalDeclaratiebedragInclBtw		
Bedrag	6000.00	6000.00
DebetCreditCode	D	D
Overzicht/TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel		
Bedrag		
DebetCreditCode		
Overzicht/TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel		
Bedrag		
DebetCreditCode		
Verzekerde		
BSN	156325489	
UzoviNummer	8926	
Geboortedatum	1954-07-12	
Prestatie		
*		*
Fout in Header, Declaratie-context of Overzicht, dus geen terugkoppeling op Verzekerde en verder		

Betekenis gebruikte retourcodes (COD954-VEKT) in de tabel (onder voorbehoud)

8986 Verzenddatum moet kleiner zijn dan of gelijk zijn aan huidige datum.

LEGENDA	
9900	incorrecte vulling
	n.v.t. / leeg / niet meegezonden
*	Willekeurig element / waarde

4.2.3 Bericht met fout in Verzekerde (Voorbeeld 3)

VECOZO

In deze situatie ontvangt VECOZO een EI-declaratiebericht van een zorgaanbieder of een servicebureau. VECOZO valideert het bericht tegen de XSD en constateert geen afwijkingen. Ook in de verbandscontroles en referentiecontroles worden geen afwijkingen geconstateerd. VECOZO keurt het gehele EI-declaratiebericht goed en stuurt dit door naar de verzekeraar. VECOZO stuurt geen EI-retourinformatiebericht retour naar de zorgaanbieder of het servicebureau.

Verzekeraar

Een verzekeraar ontvangt een EI-declaratiebericht van VECOZO, waarin in de klasse Verzekerde het element Geboortedatum een waarde 1932-03-22 heeft. De verzekeraar voert naast de verbandscontroles en de referentiecontroles ook formele controles uit. Daarbij wordt het BSN (100197243) in combinatie met Geboortedatum in de klasse Verzekerde gecontroleerd. Vastgesteld wordt dat de opgegeven combinatie niet correct is. De verzekeraar keurt daarop de klasse Verzekerde af en de onderliggende klassen worden voor deze verzekerde verder niet gecontroleerd. Daarnaast wordt vastgesteld dat er verder in het bericht geen fouten zitten.

De verzekeraar stelt het EI-retourinformatiebericht op met de klassen Header, DeclaratieContext en Overzicht en neemt de klasse Feedback op in de klasse Verzekerde. De klasse Verzekerde wordt geïdentificeerd door het BSN van de verzekerde (100197243) en het UZOVI-nummer van de zorgverzekeraar. Als retourcode wordt opgegeven 8004 (= Combinatie BSN en geboortedatum verzekerde is onjuist.). De betrokken elementen zijn burgerservicenummer (100197243) en geboortedatum (1932-03-22).

Van de onderliggende klassen voor deze verzekerde wordt niets opgenomen in het retourbericht. Van alle overige goedgekeurde verzekerden en prestaties wordt niets opgenomen in het retourbericht.

In de klasse Header worden de elementen aangepast zodat deze voor het retourbericht kloppen. Dit betreft o.a. Berichtcode, Verzender, Ontvanger en Verzenddatum.

In de klasse Overzicht wordt bij TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel en TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel rekening gehouden met het gedeclareerde bedrag voor de afgekeurde verzekerde (€500).

Zie Tabel 4-5 Voorbeeld 3 retourbericht.

VECOZO

VECOZO ontvangt van een verzekeraar een EI-retourinformatiebericht. Het bericht bestaat uit alleen de klassen Header, DeclaratieContext, Overzicht en één klasse feedback (in de klasse Verzekerde).

VECOZO valideert dit bericht tegen de XSD. VECOZO keurt het EI-retourinformatiebericht goed en stuurt het EI-retourinformatiebericht ongewijzigd door naar de zorgaanbieder of het servicebureau. Uit de vulling van de elementen Verzender en VerzenderRol blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van een verzekeraar.

Zie Tabel 4-5 Voorbeeld 3 retourbericht.

Tabel 4-5 Voorbeeld 3 retourbericht

Fout in Verzekerde

Element	Waarde	Waarde
	Heen	Retour
Header		
Berichtcode	573	574
Berichtversie	1	1
Berichtsubversie	0	0
Berichtsoort	P	P
Verzender	55012708	8926
VerzenderRol	1	3
Ontvanger	8926	55012708
OntvangerRol	3	1
Verzenddatum	2022-02-06	2022-02-06
Referentienummer	170126578	170126578
DeclaratieContext		
DeclaratieContext/Declarant		
Zorgaanbiedercode	55012708	55012708
ZorgaanbiederSoort	1	1
DeclaratieContext		
BetalingAanServicebureau	false	false
Factuurnummer	98072657	98072657
Factuurdatum	2022-02-01	2022-02-01
Valutacode	EUR	EUR
Overzicht		
Overzicht/TotaalDeclaratiebedragInclBtw		
Bedrag	3500.00	3500.00
DebetCreditCode	D	D
Overzicht/TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel		
Bedrag		3000.00
DebetCreditCode		D
Overzicht/TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel		
Bedrag		
DebetCreditCode		
Verzekerde		
BSN	100197243	100197243
UzoviNummer	8926	8926
Geboortedatum	1932-03-22	
Verzekerde/Feedback		
Retourcode		8004
Verzekerde/Feedback/BetrokkenElement		
Elementnaam		BSN
Elementwaarde		100197243
Verzekerde/Feedback/BetrokkenElement		
Elementnaam		Geboortedatum
Elementwaarde		1932-03-22
Prestatie		
Prestatie/DebetPrestatie		
Referentienummer		*
*		*
Begindatum		*
*		*

Element	Waarde	Waarde
	Heen	Retour
		Fout in Verzekerde, dus geen terugkoppeling op Prestatie

Betekenis gebruikte retourcodes (COD954-VEKT) in de tabel (onder voorbehoud)

8004 Combinatie BSN en geboortedatum verzekerde is onjuist.

LEGENDA	
9900	incorrecte vulling
	n.v.t. / leeg / niet meegezonden
*	Willekeurig element / waarde

4.2.4 Bericht met fout in Prestatie (Voorbeeld 4a en 4b)

Verband- of referentie-controle

VECOZO (Voorbeeld 4a)

In deze situatie ontvangt VECOZO een EI-declaratiebericht van een zorgaanbieder of een servicebureau. VECOZO valideert het bericht tegen de XSD en constateert geen afwijkingen. Vervolgens voert VECOZO de verbandcontroles en referentiecontroles uit. Hierin wordt vastgesteld dat bij een prestatie (met Referentienummer A100G1207) de Prestatie/Begindatum na de Verzenddatum ligt. Daarnaast wordt vastgesteld dat er verder in het bericht geen fouten zitten.

VECOZO stelt het EI-retourinformatiebericht op met de klassen Header, DeclaratieContext en Overzicht en neemt de klasse Feedback op in de klasse Prestatie onder de juiste klasse Verzekerde. De klasse Prestatie wordt geïdentificeerd door het referentienummer van de prestatie (A100G127). Als retourcode wordt opgegeven 8007 (= (Begin-/eind)datum prestatie ontbreekt of is onjuist.). De betrokken elementen zijn Begindatum en Verzenddatum. Buiten deze feedback wordt er verder geen feedback opgenomen in het retourbericht. In de klasse Header worden elementen aangepast zodat deze voor het retourbericht kloppen. Dit betreft o.a. Berichtcode, Verzender, Ontvanger en Verzenddatum. Verzender wordt niet opgenomen omdat VECOZO geen AGB-code of UZOVI-nummer heeft. VerzenderRol krijgt waarde '6' (= VECOZO), zodat wel duidelijk is het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van VECOZO.

In het overzicht worden TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel en TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel niet opgenomen.

Zie Tabel 4-6 Voorbeeld 4a retourbericht.

Verzekeraar (Voorbeeld 4b)

Wanneer VECOZO geen fouten constateert, stuurt VECOZO het EI-declaratiebericht door naar de verzekeraar. Verzekeraar valideert het bericht tegen de XSD en constateert geen afwijkingen. Vervolgens voert verzekeraar de verbandscontroles en referentiecontroles uit. Hierin wordt vastgesteld dat bij een prestatie (met referentienummer A100G127) de AGB-code van de behandelaar niet geldig is. Daarnaast wordt vastgesteld dat er verder in het bericht geen fouten zitten.

De verzekeraar stelt het EI-retourinformatiebericht soortgelijk op als VECOZO, alleen wordt het element Verzender gevuld met de waarde van de Ontvanger uit het heenbericht.

Daarnaast wordt in de klasse Overzicht bij TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel en TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel rekening gehouden met het gedeclareerde bedrag voor de afgekeurde prestatie.

Voorbeeld 4b is niet opgenomen in Tabel 4-6.

VECOZO

VECOZO ontvangt van een verzekeraar een EI-retourinformatiebericht. Het bericht bestaat uit alleen de klassen Header, DeclaratieContext, Overzicht en één klasse Feedback in de klasse Prestatie.

VECOZO valideert dit bericht tegen de XSD. VECOZO keurt het EI-retourinformatiebericht goed en stuurt het EI-retourinformatiebericht ongewijzigd door naar de zorgaanbieder of het servicebureau.

Uit de vulling van de elementen Verzender en VerzenderRol blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van een verzekeraar.

NB. Situatie VECOZO: deze situatie zal normaliter niet voorkomen voor VECOZO, omdat VECOZO het EI-heenbericht eerder zelf al heeft afgekeurd.

Voorbeeld 4b is niet opgenomen in Tabel 4-6.

Tabel 4-6 Voorbeeld 4a retourbericht

Fout in Prestatie (Verband- of referentie-controle)

Element	Waarde	Waarde
	Heen	Retour
Header		
Berichtcode	573	574
Berichtversie	1	1
Berichtsubversie	0	0
Berichtsoort	P	P
Verzender	55012708	-
VerzenderRol	1	6
Ontvanger	8926	55012708
OntvangerRol	3	1
Verzenddatum	2022-02-06	2022-02-06
Referentienummer	170126578	170126578
DeclaratieContext		
DeclaratieContext/Declarant		
Zorgaanbiedercode	55012708	55012708
ZorgaanbiederSoort	1	1
DeclaratieContext		
BetalingAanServicebureau	false	false
Factuurnummer	98072657	98072657
Factuurdatum	2022-02-01	2022-02-01
Valutacode	EUR	EUR
Overzicht		
Overzicht/TotaalDeclaratiebedragInclBtw		
Bedrag	6000.00	6000.00
DebetCreditCode	D	D
Overzicht/TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel		
Bedrag		
DebetCreditCode		
Overzicht/TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel		
Bedrag		
DebetCreditCode		
Verzekerde		
BSN	156325489	156325489
UzoviNummer	8926	8926
Geboortedatum	1954-07-12	
Prestatie		
Prestatie/DebetPrestatie		
Referentienummer	A100G127	A100G127
*	*	
Begindatum	2022-02-12	
*	*	
Prestatie/DebetPrestatie/Feedback		
Retourcode		8007
Prestatie/DebetPrestatie/Feedback/BetrokkenElement		
Elementnaam		Begindatum
Elementwaarde		2022-02-12
Prestatie/DebetPrestatie/Feedback/BetrokkenElement		
Elementnaam		Verzenddatum
Elementwaarde		2022-02-06

Betekenis gebruikte retourcodes (COD954-VEKT) in de tabel (onder voorbehoud)

8007 (Begin-/eind)datum prestatie ontbreekt of is onjuist.

LEGENDA	
9900	incorrecte vulling
	n.v.t. / leeg / niet meegezonden
*	Willekeurig element / waarde

4.2.5 Bericht met fout in Prestatie (Voorbeeld 5)

Formele controle

VECOZO

VECOZO ontvangt een EI-declaratiebericht van een zorgaanbieder of een servicebureau. VECOZO valideert het bericht tegen de XSD en constateert geen afwijkingen. Vervolgens voert VECOZO de verbandscontroles en referentiecontroles uit. Hierin worden eveneens geen afwijkingen geconstateerd. VECOZO keurt het gehele EI-declaratiebericht goed en stuurt dit door naar de verzekeraar. VECOZO stuurt geen EI-retourinformatiebericht retour naar de zorgaanbieder of het servicebureau.

Verzekeraar

VECOZO stuurt het EI-declaratiebericht door naar de verzekeraar. Verzekeraar valideert het bericht tegen de XSD en constateert geen afwijkingen. Ook in de verbandscontroles en referentiecontroles worden geen afwijkingen gevonden.

In de formele controles constateert de verzekeraar dat voor een prestatie (met referentienummer A100G158) het DeclaratieBedragInclBtw (€100) niet overeenkomt met de geleverde prestatie, waardoor er slechts €80 zal worden toegekend. (Een andere werkwijze kan zijn dat de gedeclareerde prestatie in zijn geheel wordt afgekeurd en er €0 wordt toegekend. Dit is afhankelijk van de verzekeraar en soms ook de zorgaanbieder. Dit voorbeeld gaat uit van gedeeltelijke toekenning.) Daarnaast wordt vastgesteld dat er verder in het bericht geen fouten zitten. Omdat de controle een financieel gevolg heeft, worden in de klasse Prestatie de elementen BerekendBedragZorgverzekeraarInclBtw, ToegekendBedragInclBtwFinancieel en ToegekendBedragInclBtwNietFinancieel opgenomen in het retourbericht.

De verzekeraar stelt het EI-retourinformatiebericht op met de klassen Header, DeclaratieContext en Overzicht en neemt de klasse Feedback op in de klasse Prestatie. De klasse Prestatie wordt geïdentificeerd door het referentienummer van de prestatie (A100G158). De elementen BerekendBedragZorgverzekeraarInclBtw, ToegekendBedragInclBtwFinancieel en ToegekendBedragInclBtwNietFinancieel worden gevuld zoals de verzekeraar heeft vastgesteld.

Als retourcode wordt opgegeven 8299 (= Declaratiebedrag ontbreekt of is onjuist in relatie met soort prestatie/tarief.). Het betrokken element is in dit geval DeclaratieBedragInclBtw. Buiten deze feedback wordt er verder niets opgenomen in het retourbericht.

In de klasse Header worden elementen aangepast zodat deze voor het retourbericht kloppen. Dit betreft o.a. Berichtcode, Verzender, Ontvanger en Verzenddatum.

In de klasse Overzicht wordt bij TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel en TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel rekening gehouden met de geconstateerde afwijking tussen het gedeclareerde bedrag en het toegekende bedrag.

Zie Tabel 4-7 Voorbeeld 5 retourbericht.

VECOZO

VECOZO ontvangt van een verzekeraar een EI-retourinformatiebericht, waarin een prestatieregel is afgekeurd.

VECOZO valideert dit bericht tegen de XSD. VECOZO keurt het EI-retourinformatiebericht goed en stuurt het EI-retourinformatiebericht ongewijzigd door naar de zorgaanbieder of het servicebureau.

Uit de vulling van de elementen Verzender en VerzenderRol blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van een verzekeraar.

Tabel 4-7 Voorbeeld 5 retourbericht

Bericht met fout in Prestatie (Formele controle)

Element	Waarde	Waarde
	Heen	Retour
Header		
Berichtcode	573	574
Berichtversie	1	1
Berichtsubversie	0	0
Berichtsoort	P	P
Verzender	55012708	9900
VerzenderRol	1	3
Ontvanger	9900	55012708
OntvangerRol	3	1
Verzenddatum	2022-02-06	2022-02-06
Referentienummer	170126578	170126578
DeclaratieContext		
DeclaratieContext/Declarant		
Zorgaanbiedercode	55012708	55012708
ZorgaanbiederSoort	1	1
DeclaratieContext		
BetalingAanServicebureau	false	false
Factuurnummer	98072657	98072657
Factuurdatum	2022-02-01	2022-02-01
Valutacode	EUR	EUR
Overzicht		
Overzicht/TotaalDeclaratiebedragInclBtw		
Bedrag	6000.00	6000.00
DebetCreditCode	D	D
Overzicht/TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel		
Bedrag		5980.00
DebetCreditCode		D
Overzicht/TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel		
Bedrag		0
DebetCreditCode		D
Verzekerde		
BSN	156325489	156325489
UzoviNummer	8926	8926
Geboortedatum	1954-07-12	-
Prestatie		
Prestatie/DebetPrestatie		
Referentienummer	A100G158	A100G158
*		
DeclaratieBedragInclBtw	100	
*	*	
BerekendBedragZorgverzekeraarInclBtw		80
ToegekendBedragInclBtwFinancieel		80
ToegekendBedragInclBtwNietFinancieel		0
Prestatie/DebetPrestatie/Feedback		
Retourcode		8299
Prestatie/DebetPrestatie/Feedback/BetrokkenElement		
Elementnaam		Declaratie- BedragInclBtw
Elementwaarde		100

Betekenis gebruikte retourcodes (COD954-VEKT) in de tabel (onder voorbehoud)

8299 Declaratiebedrag ontbreekt of is onjuist in relatie met soort prestatie/tarief.

LEGENDA	
9900	incorrecte vulling
	n.v.t. / leeg / niet meegezonden
*	Willekeurig element / waarde

4.2.6 Bericht met fout in Prestatie (Voorbeeld 6)

Contractplafond

VECOZO

VECOZO ontvangt een EI-declaratiebericht van een zorgaanbieder of een servicebureau. VECOZO valideert het bericht tegen de XSD en constateert geen afwijkingen. Vervolgens voert VECOZO de verbandscontroles en referentiecontroles uit. Hierin worden eveneens geen afwijkingen geconstateerd. VECOZO keurt het gehele EI-declaratiebericht goed en stuurt dit door naar de verzekeraar. VECOZO stuurt geen EI-retourinformatiebericht retour naar de zorgaanbieder of het servicebureau.

Verzekeraar

VECOZO stuurt het EI-declaratiebericht door naar de verzekeraar. Verzekeraar valideert het bericht tegen de XSD en constateert geen afwijkingen. Ook in de verbandscontroles en referentiecontroles worden geen afwijkingen gevonden.

In de formele controles constateert de verzekeraar dat voor een prestatie (met referentienummer B286F27) het contractplafond voor deze zorgaanbieder is bereikt. Het DeclaratieBedragInclBtw (€162) is op zich correct, maar zal vanwege het contractplafond niet worden uitgekeerd. Daarnaast wordt vastgesteld dat er verder in het bericht geen fouten zitten. Doordat er een fout is geconstateerd in de klasse Prestatie zal dat financiële gevolgen hebben. Daarom worden bij een fout in de klasse Prestatie altijd de elementen BerekendBedragZorgverzekeraarInclBtw, ToegekendBedragInclBtwFinancieel en ToegekendBedragInclBtwNietFinancieel opgenomen in het retourbericht.

De verzekeraar stelt het EI-retourinformatiebericht op met de klassen Header, DeclaratieContext en Overzicht en neemt de klasse Feedback op in de klasse Prestatie. De klasse Prestatie wordt geïdentificeerd door het referentienummer van de prestatie (A100G158). De elementen BerekendBedragZorgverzekeraarInclBtw, ToegekendBedragInclBtwFinancieel en ToegekendBedragInclBtwNietFinancieel worden gevuld zoals de verzekeraar heeft vastgesteld.

Als retourcode wordt opgegeven 9147 (= Deze declaratieregel is goedgekeurd, maar wordt niet uitbetaald wegens contractplafond.). Het betrokken element is in dit geval DeclaratieBedragInclBtw.

Buiten deze feedback wordt er verder niets opgenomen in het retourbericht.

In de klasse Header worden elementen aangepast zodat deze voor het retourbericht kloppen. Dit betreft o.a. Berichtcode, Verzender, Ontvanger en Verzenddatum.

In de klasse Overzicht wordt bij TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel en TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel rekening gehouden met de geconstateerde afwijking tussen het gedeclareerde bedrag en het toegekende bedrag.

Zie Tabel 4-8 Voorbeeld 6 retourbericht.

VECOZO

VECOZO ontvangt van een verzekeraar een EI-retourinformatiebericht, waarin een prestatieregel is afgekeurd.

VECOZO valideert dit bericht tegen de XSD. VECOZO keurt het EI-retourinformatiebericht goed en stuurt het EI-retourinformatiebericht ongewijzigd door naar de zorgaanbieder of het servicebureau.

Uit de vulling van de elementen Verzender en VerzenderRol blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van een verzekeraar.

Tabel 4-8 Voorbeeld 6 retourbericht

Fout in Prestatie (Contractplafond)

Element	Waarde	
	Heen	Retour
Header		
Berichtcode	573	574
Berichtversie	1	1
Berichtsubversie	0	0
Berichtsoort	P	P
Verzender	55012708	9900
VerzenderRol	1	3
Ontvanger	9900	55012708
OntvangerRol	3	1
Verzenddatum	2022-02-06	2022-02-06
Referentienummer	170126578	170126578
Declaratiecontext		
DeclaratieContext/Declarant		
Zorgaanbiedercode	55012708	55012708
ZorgaanbiederSoort	1	1
DeclaratieContext		
BetalingAanServicebureau	false	false
Factuurnummer	98072657	98072657
Factuurdatum	2022-02-01	2022-02-01
Valutacode	EUR	EUR
Overzicht		
Overzicht/TotaalDeclaratiebedragInclBtw		
Bedrag	6000.00	6000.00
DebetCreditCode	D	D
Overzicht/TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel		
Bedrag		5838.00
DebetCreditCode		D
Overzicht/TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel		
Bedrag		162
DebetCreditCode		D
Verzekerde		
BSN	156325489	156325489
UzoviNummer	8926	8926
Geboortedatum	1954-07-12	-
Prestatie		
Prestatie/DebetPrestatie		
Referentienummer	B286F27	B286F27
*		
DeclaratieBedragInclBtw	162	
*	*	
BerekendBedragZorgverzekeraarInclBtw		162
ToegekendBedragInclBtwFinancieel		0
ToegekendBedragInclBtwNietFinancieel		162
Prestatie/DebetPrestatie/Feedback		
Retourcode		9147
Prestatie/DebetPrestatie/Feedback/BetrokkenElement		
Elementnaam		Declaratie- BedragInclBtw
Elementwaarde		162

Betekenis gebruikte retourcodes (COD954-VEKT) in de tabel (onder voorbehoud)

9147 Deze declaratieregel is goedgekeurd, maar wordt niet uitbetaald wegens contractplafond.

LEGENDA	
9900	incorrecte vulling
	n.v.t. / leeg / niet meegezonden
*	Willekeurig element / waarde

4.2.7 Bericht met fout in Prestatie (Voorbeeld 7)

Hoofdprestatie en onderliggende prestatie waarbij hoofdprestatie wordt afgekeurd

VECOZO

VECOZO ontvangt een EI-declaratiebericht van een zorgaanbieder of een servicebureau. Dit bericht bevat een hoofdprestatie samen met een onderliggende prestatie.

VECOZO valideert het bericht tegen de XSD en constateert geen afwijkingen. Vervolgens voert VECOZO de verbandscontroles en referentiecontroles uit. Hierin worden eveneens geen afwijkingen geconstateerd. VECOZO keurt het gehele EI-declaratiebericht goed en stuurt dit door naar de verzekeraar. VECOZO stuurt geen EI-retourinformatiebericht retour naar de zorgaanbieder of het servicebureau.

Verzekeraar

De verzekeraar valideert het bericht tegen de XSD en constateert geen afwijkingen. Ook in de verbandscontroles en referentiecontroles worden geen afwijkingen gevonden. In de formele controles constateert de verzekeraar dat de uitvoerder van de hoofdprestatie (met referentienummer H101P16) volgens de contractvoorwaarden de prestatie niet had mogen uitvoeren. Omdat de hoofdprestatie waar de onderliggende prestatie (met referentienummer O102P73) bij hoort wordt afgekeurd, wordt de onderliggende prestatie niet gecontroleerd maar meteen afgekeurd.

Verder worden er in het bericht geen fouten gevonden. Doordat er een fout is geconstateerd in de klasse Prestatie zal dat financiële gevolgen hebben. Daarom worden bij een fout in de klasse Prestatie altijd de elementen `BerekendBedragZorgverzekeraarInclBtw`, `ToegekendBedragInclBtwFinancieel` en `ToegekendBedragInclBtwNietFinancieel` opgenomen in het retourbericht. Dit geldt zowel voor de hoofdprestatie als de onderliggende prestatie.

De verzekeraar stelt het EI-retourinformatiebericht op met de klassen `Header`, `DeclaratieContext` en `Overzicht` en neemt bij de hoofdprestatie de klasse `Feedback` op in de klasse `Zorgaanbieder`. De klasse `Zorgaanbieder` van de hoofdprestatie wordt geïdentificeerd door het referentienummer van de prestatie (H101P16), de `Zorgaanbiedercode`, `ZorgaanbiederSoort` en `ZorgaanbiederRol`.

De onderliggende prestatie neemt de zorgverzekeraar ook op in het retourbericht met de klasse Feedback in de klasse Prestatie. De klasse Prestatie van de onderliggende prestatie wordt geïdentificeerd door het referentienummer van de prestatie (O102P73).

De elementen BerekendBedragZorgverzekeraarInclBtw, ToegekendBedragInclBtwFinancieel en ToegekendBedragInclBtwNietFinancieel worden gevuld zoals de verzekeraar heeft vastgesteld.

Als retourcode bij de hoofdprestatie wordt opgegeven 8010 (= Prestatie mag volgens de contractvoorwaarden met de zorgverzekeraar niet verricht worden door behandelaar/uitvoerder.). De betrokken elementen zijn in dit geval Zorgaanbiedercode, ZorgaanbiederSoort en ZorgaanbiederRol.

Buiten deze feedback wordt er voor de hoofdprestatie verder niets opgenomen in het retourbericht.

Als retourcode bij de onderliggende prestatie wordt opgegeven 8002 (= Record is niet beoordeeld (wegens afkeuring boven- of ondergeschikt[e] record[s])). Er zijn bij deze retourcode verder geen elementen betrokken. Buiten deze feedback wordt er voor de onderliggende prestatie verder niets opgenomen in het retourbericht.

In de klasse Header worden elementen aangepast zodat deze voor het retourbericht kloppen. Dit betreft o.a. Berichtcode, Verzender, Ontvanger en Verzenddatum.

Zie Tabel 4-9 Voorbeeld 7 retourbericht.

VECOZO

VECOZO ontvangt van een verzekeraar een EI-retourinformatiebericht, waarin de twee prestatieregels zijn afgekeurd.

VECOZO valideert dit bericht tegen de XSD. VECOZO keurt het EI-retourinformatiebericht goed en stuurt het EI-retourinformatiebericht ongewijzigd door naar de zorgaanbieder of het servicebureau.

Uit de vulling van de elementen Verzender en VerzenderRol blijkt dat het EI-retourinformatiebericht afkomstig is van een verzekeraar.

Tabel 4-9 Voorbeeld 7 retourbericht

Fout in Prestatie (Hoofdprestatie)

Element	Hoofdprestatie		Onderliggende prestatie	
	Waarde Heen	Waarde Retour	Waarde Heen	Waarde Retour
Header				
Berichtcode	573	574		
Berichtversie	1	1		
Berichtsubversie	0	0		
Berichtsoort	P	P		
Verzender	55012708	9900		
VerzenderRol	1	3		
Ontvanger	9900	55012708		
OntvangerRol	3	1		
Verzenddatum	2022-02-06	2022-02-06		
Referentienummer	170126578	170126578		
DeclaratieContext				
DeclaratieContext/Declarant				
Zorgaanbiedercode	55012708	55012708		
ZorgaanbiederSoort	1	1		
DeclaratieContext				
BetalingAanServicebureau	false	false		
Factuurnummer	98072657	98072657		
Factuurdatum	2022-02-01	2022-02-01		
Valutacode	EUR	EUR		
Overzicht				
Overzicht/TotaalDeclaratiebedragInclBtw				
Bedrag	6000.00	6000.00		
DebetCreditCode	D	D		
Overzicht/TotaalToegekendBedragInclBtwFinancieel				
Bedrag		5850.00		
DebetCreditCode		D		
Overzicht/TotaalToegekendBedragInclBtwNietFinancieel				
Bedrag		0		
DebetCreditCode		D		
Verzekerde				
BSN	156325489	156325489		
UzoviNummer	8926	8926		
Geboortedatum	1954-07-12			
Prestatie				
Prestatie/DebetPrestatie				
Referentienummer	H101P16	H101P16	O102P73	O102P73
*	*		*	
Prestatie/DebetPrestatie/Zorgaanbieder				
Zorgaanbiedercode	01000123	01000123	*	
ZorgaanbiederSoort	3	3	*	
ZorgaanbiederRol	01	01	*	
Prestatie/DebetPrestatie/Zorgaanbieder/Feedback				
Retourcode		8010		
Prestatie/DebetPrestatie/Zorgaanbieder/Feedback/BetrokkenElement				
Elementnaam		Zorgaanbieder- code		
Elementwaarde		01000123		
Prestatie/DebetPrestatie/Zorgaanbieder/Feedback/BetrokkenElement				

Element	Hoofdprestatie		Onderliggende prestatie	
	Waarde Heen	Waarde Retour	Waarde Heen	Waarde Retour
Elementnaam		Zorgaanbieder- Soort		
Elementwaarde		3		
Prestatie/DebetPrestatie/Zorgaanbieder/Feedback/BetrokkenElement				
Elementnaam		Zorgaanbieder- Rol		
Elementwaarde		01		
Prestatie/DebetPrestatie				
*		*		*
DeclaratieBedragInclBtw	100	100	50	50
BerekendBedrag- ZorgverzekeraarInclBtw		0		0
ToegekendBedrag- InclBtwFinancieel		0		0
ToegekendBedrag- InclBtwNietFinancieel		0		0
Prestatie/DebetPrestatie/Feedback				
Retourcode				8002

Betekenis gebruikte retourcodes (COD954-VEKT) in de tabel (onder voorbehoud)

- 8010 Prestatie mag volgens de contractvoorwaarden met de zorgverzekeraar niet verricht worden door behandelaar/uitvoerder.
- 8002 Record/Klasse is niet beoordeeld (wegens afkeuring boven- of ondergeschikt[e] record[s]).

LEGENDA	
9900	incorrecte vulling
	n.v.t. / leeg / niet meegezonden
*	Willekeurig element / waarde

5 Bijlagen

5.1 Mutatieoverzicht

Tabel 5-1 Mutatieoverzicht bij deze uitgave

Datum	RfC# / CorrID	Documentdeel	Aard wijziging
23-05-2022	S22013	Paragraaf 3.5.3 PrestatieKoppel- nummer	Tekst toegevoegd.
29-04-2022	S22007	Paragraaf 2.4 Vullen elementen referentie	Paragraaf 2.4 toegevoegd.
29-04-2022	S22009	Paragraaf 3.5.4.10 Bedrag elementen (inclusief Btw)	Teksten integraal aangepast: <ul style="list-style-type: none"> • Tarief • Berekend bedrag • Declaratiebedrag • Berekend bedrag als grondslag voor vergoeding • Werken met grondslag Toegevoegd: tabel 3-24, 3-25, 3-26 en 3-27; Voorbeelden opbouw bedrag.
28-03-2022	S22002	Paragraaf 3.2.2 Relatie tussen declarant en verzender	Duiding relatie instelling/praktijk en VEZOZO certificaat. Toevoegen voorbeelden: tabel 3-9 Declaratie door instelling/praktijk tabel 3-10 Declaratie door zorgverlener voor zichzelf
28-03-2022		Algemeen	Generieke Declaratie Standaard vervangen door Generieke Declaratiestandaard.
19-11-2021		Paragraaf 2.4 Omgang met lengte- beperkingen	In tabel 2.7 het vervolnummer beperkt tot 2 posities
19-11-2021		Paragraaf 3.5.4.1 PrestatieCodelijst Code, Prestatiecode	Uitsluiten van gebruik van PrestatieCodelijstCode 990 en 999
19-11-2021		Paragraaf 3.5.4.6 Volgnummer	<ul style="list-style-type: none"> • In tabel 3.14 het vervolnummer beperkt tot 2 posities. • Verduidelijking van het gebruik van het volgnummer bij identieke prestaties op één dag (en eventueel tijdstip).

Datum	RfC# / CorrID	Documentdeel	Aard wijziging
14-07-2021		Paragraaf 3.5.3 Prestatiekoppel- nummer	Beter gespecificeerd wanneer een nieuw prestatiekoppelnummer moet worden gebruikt. Opmerking toegevoegd over werkwijze rondom het prestatiekoppelnummer bij correctie door de verzekeraar.
30-06-2021		Paragraaf 3.2.1 Declarant en Zorgaanbieder	Uitleg toegevoegd wat wordt bedoeld met zorgverleners die geen natuurlijk persoon zijn.
30-06-2021		Paragraaf 3.5.1 Werkwijze opnemen prestaties in declaratie- bericht	Werkwijze beschreven voor prestaties waarvoor een samenhang bestaat (d.m.v. het prestatie koppelnummer) met betrekking tot verschillende declaranten en/of declaratievormen.
30-06-2021		Paragraaf 3.5.3 PrestatieKoppel- nummer & Paragraaf 3.5.6 CreditPrestatie	De onderliggende prestaties die moeten worden gecrediteerd bij het crediteren van een hoofdprestatie beter gespecificeerd.
30-06-2021		Paragraaf 4.1.4 Feedback	Beschrijving van de wijze waarop de betrokken elementen zijn opgenomen in het retourbericht aangepast
30-06-2021		Paragraaf 4.2 Controles op het EI-declaratie- bericht	De wijze waarop betrokken elementen zijn opgenomen in het retourbericht aangepast in de voorbeelden.
16-06-2021		Paragraaf 2.5 Verschillende prestatiecode- lijsten in één bericht	Paragraaf toegevoegd.
16-06-2021		Paragraaf 3.5.6 CreditPrestatie	Het wijzigen van de verzekerde of de declarant van de prestatie toegevoegd als redenen voor crediteren.
16-06-2021		Paragraaf 3.6.3 Retourcode	Paragraaf verwijderd.
16-06-2021		Paragraaf 4.1.2 Declaratie- Context	Paragraaf toegevoegd.
16-06-2021		Paragraaf 4.1.3 Bedrag	Uitgangspunten voor het gebruik van het toegekend bedrag niet financieel toegevoegd.

Datum	RfC# / CorrID	Documentdeel	Aard wijziging
		elementen (inclusief BTW)	
16-06-2021		Paragraaf 4.2.6 Bericht met fout in Prestatie (Voorbeeld 6)	Gebruikte retourcode gecorrigeerd naar 9147.

5.2 Voorbeelden bedrag elementen

Onderstaande tabel toont verschillende voorbeelden van de wijze waarop de bedrag elementen in het generieke declaratiebericht worden gevuld. Bij deze voorbeelden wordt uitgegaan van de vergoeding van een hoortoestel met een maximumtarief van €100 waarvoor een eigen bijdrage van 25% geldt.

Situatie	Tarief	Berekend bedrag	Declaratie- bedrag	Toegekend bedrag	Geïnd door zorgverzekeraar bij verzekerde	Toelichting
Er is een betaalafpraak dat verzekeraar de eigen bijdrage niet int.	100	100	100	75	0	De verzekeraar kent het berekende bedrag – eigen bijdrage toe omdat er geen afspraak is dat de verzekeraar de eigen bijdrage int. De zorgaanbieder dient de eigen bijdrage zelf bij de verzekerde te innen.
Er is een betaalafpraak dat de verzekeraar de eigen bijdrage int.	100	100	100	Geen feedback	25	De verzekeraar kent het hele declaratiebedrag toe omdat er een afspraak is dat de verzekeraar de eigen bijdrage int. De verzekeraar int de eigen bijdrage bij de verzekerde.
Er is een betaalafpraak dat verzekeraar de eigen bijdrage niet int.	100	100	75	Geen feedback	0	De verzekeraar kent het berekende bedrag - eigen bijdrage toe omdat er geen afspraak is dat de verzekeraar de eigen bijdrage int. Dit is gelijk aan het declaratiebedrag.

Situatie	Tarief	Berekend bedrag	Declaratie- bedrag	Toegekend bedrag	Geïnd door zorgverzekeraar bij verzekerde	Toelichting
						De zorgaanbieder moet de eigen bijdrage zelf bij de verzekerde innen.
Er is een betaalafpraak dat de verzekeraar de eigen bijdrage int.	100	100	75	Geen feedback	0	De zorgaanbieder neemt de kosten voor de eigen bijdrage op zich en declareert daarom het berekende bedrag – eigen bijdrage. De verzekeraar kent het declaratiebedrag toe en int geen eigen bijdrage bij de verzekerde.
Er is een betaalafpraak dat verzekeraar de eigen bijdrage niet int. De zorgaanbieder heeft 5 euro korting gegeven.	95	95	95	71,25	0	De verzekeraar kent het berekende bedrag – eigen bijdrage toe (op basis van het gereduceerde tarief) omdat er geen afspraak is dat de verzekeraar de eigen bijdrage int. De zorgaanbieder dient de eigen bijdrage zelf bij de verzekerde te innen.
Er is een betaalafpraak dat de verzekeraar de eigen bijdrage int. De zorgaanbieder heeft 5 euro korting gegeven.	95	95	95	Geen feedback	23,75	De verzekeraar kent het hele declaratiebedrag toe (op basis van het gereduceerde tarief) omdat er een afspraak is dat de verzekeraar de eigen bijdrage int. De verzekeraar int de eigen bijdrage bij de verzekerde.

Situatie	Tarief	Berekend bedrag	Declaratie- bedrag	Toegekend bedrag	Geïnd door zorgverzekeraar bij verzekerde	Toelichting
Er is een betaalafpraak dat verzekeraar de eigen bijdrage niet int. De zorgaanbieder heeft 5 euro korting gegeven.	95	95	71,25			De verzekeraar kent het berekende bedrag - eigen bijdrage toe (op basis van het gereduceerde tarief) omdat er geen afspraak is dat de verzekeraar de eigen bijdrage int. Dit is gelijk aan het declaratiebedrag. De zorgaanbieder moet de eigen bijdrage zelf bij de verzekerde innen.
Er is een betaalafpraak dat de verzekeraar de eigen bijdrage int. De zorgaanbieder heeft 5 euro korting gegeven.	95	95	71,25			De zorgaanbieder neemt de kosten voor de eigen bijdrage op zich en declareert daarom het berekende bedrag – eigen bijdrage (op basis van het gereduceerde tarief). De verzekeraar kent het declaratiebedrag toe en int geen eigen bijdrage bij de verzekerde.