

Bijlage bij de overeenkomst GGZ 2018: Declaratieprotocol

Definities

1. **Betaalbaarstelling:** Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank tot betaling van de declaratie over te gaan.
2. **Betaling aan een derde in opdracht van de zorgaanbieder:** Op schriftelijke aanwijzing van de zorgaanbieder betalen aan een derde zodanig dat de zorgverzekeraar geacht wordt te hebben betaald aan de zorgaanbieder
3. **Datum beschikbaarstelling retourinformatie bij VECOZO:** Datum waarop het retourbestand via VECOZO beschikbaar wordt gesteld aan de zorgaanbieder
4. **Derdenbeslag:** Beslag gelegd onder de zorgverzekeraar ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de schuldenaar
5. **Einddatum prestatie:** Voor verrichtingen: datum van de verrichting; voor samengestelde producten (zoals DBC's): Einddatum samengesteld product
6. **Externe integratie standaard:** Door Vektis opgesteld en gepubliceerd rapport waarin de specificaties van berichtuitwisseling eenduidig beschreven zijn na reguliere besluitvorming. Vanaf hier ook wel EI of EI-standaard genoemd
7. **Ontvangstdatum factuur:** Datum waarop de declaratie op het VECOZO portaal beschikbaar is voor de zorgverzekeraar
8. **Overeenkomst:** Geldende zorgovereenkomst of administratieve overeenkomst
9. **VECOZO:** VECOZO is hét internetportaal voor veilige communicatie in de zorg (zie www.vecozo.nl).
10. **Zorgaanbieder:** Zorgverlener of praktijk voor curatieve GGZ
11. **Zorgverzekeraar:** Een organisatie die zorgverzekeringen in de zin van de zorgverzekeringswet of aanvullende verzekeringen aanbiedt of de volmachthouder voor wie de zorgverzekeraar het verzekeringsrisico draagt.
12. **Verzekerde:** Een persoon als bedoeld in artikel 1 onder f van de zorgverzekeringswet, voor zover ten behoeve van hem een zorgverzekering is gesloten bij de zorgverzekeraar. Met inbegrip van een klant van een volmachthouder voor wie de zorgverzekeraar het verzekeringsrisico draagt.
13. **Indieningstermijn:** de termijn waarbinnen de declaratie moet zijn ingediend, gerekend vanaf de sluitdatum van de prestatie.

Artikel 1 Algemeen

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

Declaratieprotocol GGZ 2018
Zilveren Kruis - Zorgverlener

Artikel 2 Controle verzekeringsrecht en BSN

1. De zorgverzekeraar stelt elke werkdag de op die dag actuele gegevens van haar verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO.
2. De zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO vóór:
 - a. aanvang behandeling;
 - b. inzending van de declaratie.
3. Een COV-bericht via VECOZO wordt uitgevoerd op basis van de geldende versie van de externe integratie (EI) standaard die van toepassing is.
4. Alleen in uitzonderlijke situaties zijn gegevens over verzekeringsrecht en BSN telefonisch bij de zorgverzekeraar op te vragen omdat COV beschikbaar is.
5. De zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt en de verzekerde dezelfde persoon zijn. COV kan pas dan gebruikt worden voor het verifiëren van het BSN.
6. Bij twijfel over de identiteit van de verzekerde of wanneer er gerichte aanwijzingen zijn voor fraude, wordt een melding gedaan bij de afdeling fraude van de zorgverzekeraar.

Artikel 3 Declareren

1. Een declaratie wordt door de zorgaanbieder elektronisch ingediend met de geldende versie van de EI standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg via VECOZO
2. De zorgaanbieder declareert verleende zorg die binnen de afspraken van dit contract vallen rechtstreeks (dus zonder tussenkomst van de verzekerde) bij de zorgverzekeraar.
3. De zorgaanbieder gebruikt bij een declaratie de UZOVI-codes zoals die zijn opgenomen in bijlage A UZOVI-codes.
4. De Zorgaanbieder levert minimaal 12 keer en maximaal 52 keer per kalenderjaar de declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Als het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de zorgaanbieder zelf verantwoordelijk voor het zo snel mogelijk aanleveren van een nieuw declaratiebestand.
5. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de basisverzekering en/of aanvullende verzekering van de verzekerde vallen, kunnen door de zorgaanbieder aan de verzekerde worden voorgelegd. In dat geval vermeldt de zorgaanbieder duidelijk op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking:

“Deze nota is door [NAAM zorgaanbieder] rechtstreeks ingediend bij uw zorgverzekeraar. Voor zover u recht heeft op een vergoeding van – het deel – verzekerde zorg is dat door uw zorgverzekeraar al aan [NAAM zorgaanbieder] betaald. Het resterende niet voor vergoeding in aanmerking komende bedrag à € ... [BEDRAG te voldoen] dient u zelf aan [NAAM zorgaanbieder] te betalen. Stuurt u deze nota dus niet door aan uw verzekeraar.”

6. Alleen als er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratie verstuurd worden. Een papieren declaratie (ook een restitutie nota aan de patiënt) bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze voldoen aan de definities zoals die in de externe integratie standaard zijn vastgesteld. In artikel 10 en in bijlage D zijn de elementen opgenomen.

Declaratieprotocol GGZ 2018
Zilveren Kruis - Zorgverlener

7. a. De zorgaanbieder dient, behalve in geval van overmacht, ten opzichte van de einddatum van de prestatie de declaratie binnen 6 maanden bij de zorgverzekeraar in.
Let op: Alle in 2018 geopende prestaties dienen uiterlijk vóór 1 april 2020 te zijn gedeclareerd. Voor prestaties met een einddatum na 1 oktober 2019 geldt dus een indieningstermijn korter dan 6 maanden.
b. Indien de zorgaanbieder de initiële declaratie(s) niet binnen de in dit declaratieprotocol opgenomen indientermijn aanlevert, dan vervalt het recht op betaling van de betreffende declaratie(s).
8. In geval van overmacht, zoals bedoeld in artikel 3 lid 7a, neemt de zorgaanbieder contact op met de zorgverzekeraar met de intentie om alsnog de betreffende declaratie(s) zowel administratief als financieel juist af te handelen. Partijen houden zich hierbij aan de specifiek overeengekomen indieningstermijn.
9. De afhandeling van declaratieregels wordt door de zorgverzekeraar uitgevoerd volgens het principe dat de zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, neemt de zorgverzekeraar contact op met de zorgaanbieder.

Artikel 4 Declareren via derden

1. Alle bepalingen uit dit declaratieprotocol zijn ook van toepassing op declaraties via derden.
2. De zorgaanbieder is er ook verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit dit declaratieprotocol naleeft. Als dit niet gebeurt, dan kan de zorgverzekeraar hier nooit aansprakelijk voor worden gesteld.
3. Als de zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan derden blijft de zorgaanbieder te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van verplichtingen die uit de overeenkomst voortvloeien, ongeacht wat tussen de zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De zorgaanbieder vrijwaart de zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door een gemachtigde van de bepalingen uit dit declaratieprotocol.
4. Betaling door de zorgverzekeraar aan derden geldt als een betaling aan de zorgaanbieder.

Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

7. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties en/of (interne) correcties, als gevolg van eerdere afwijzingen, binnen 2 maanden na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO opnieuw worden gedeclareerd.
8. Correcties op declaraties die al zijn betaald door de zorgverzekeraar, worden door de zorgaanbieder door middel van creditnota's via de externe integratie standaard aangeboden.
9. Als er omgangsregels (uniforme omgangsregels controles) zijn afgesproken t.a.v. achterafcontroles is het de zorgverzekeraar niet toegestaan om zelf declaraties te corrigeren als gevolg van achteraf controles. Alleen wanneer het recht op verrekenen ontstaat conform de afspraken die zijn vastgelegd in de omgangsregels bij achteraf controles is het de zorgverzekeraar toegestaan om declaratiegegevens te corrigeren zonder dat zij daarvoor een creditnota van de zorgaanbieder heeft ontvangen.
10. De zorgverzekeraar is gerechtigd om een uitbetaalde declaratie bij de zorgaanbieder terug te vorderen als er sprake is van:
 - a. ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties;
 - b. incorrecte tarieven;
 - c. fraude;
 - d. dubbel uitbetaalde declaraties.

Declaratieprotocol GGZ 2018
Zilveren Kruis - Zorgverlener

11. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties ten gevolge van achteraf controles en de wijze waarop zij de terugvordering voornemens is om uit te voeren. Als de zorgaanbieder de terugvordering betwist heeft zij 30 kalenderdagen de tijd om de declaratie te motiveren voordat de zorgverzekeraar de terugvordering uitvoert. Als de (eventueel gedeeltelijke) onrechtmatigheid van de terugvordering is aangetoond, vervalt de vordering (gedeeltelijk).

Artikel 6 Betaling

1. De zorgaanbieder informeert de patiënt/verzekerde voor aanvang behandeling wanneer uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn basisverzekering of dat een machtiging van de verzekeraar nodig is.
2. Als een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg plaats waarvoor de verzekerde bij de zorgverzekeraar is verzekerd, tegen de in de zorgovereenkomst overeengekomen en/of de wettelijke tarieven.
3. De zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven bankrekeningnummer.
4. Bij digitale declaraties hanteert de zorgverzekeraar een betaaltermijn met een inspanningsverplichting van 15 dagen en een maximum tot 28 dagen vanaf datum ontvangst declaratie.
5. Als bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag volledig aan de zorgaanbieder vergoeden conform bijlage B (Betaalafspraken).
6. Als bij verwerking van de declaratie blijkt dat er sprake is van een eigen bijdrage voor de verzekerde, dan zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag vergoeden aan de zorgaanbieder, conform bijlage B (Betaalafspraken).
7. Als de zorgverzekeraar bij een door de zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling ter hoogte van 90% van het gedeclareerde bedrag.
8. Als achteraf blijkt dat de zorgverzekeraar met de voorlopige betaling teveel heeft betaald, betaalt de zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen veertien werkdagen nadat de zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven terug. De zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk bankrekeningnummer het te veel betaalde terug betaald dient te worden.
9. Als de terugbetaling conform artikel 6 lid 8 niet binnen veertien werkdagen plaatsvindt, is de verzekeraar gerechtigd al zijn vorderingen op de zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder dient te betalen ter hoogte van het bedrag dat als voorlopige betaling is betaald.
10. Bij surseance van betaling en/of een – naderend – faillissement worden uitstaande voorschotten aan de zorgaanbieder direct verrekend met nog openstaande ingediende en/of in te dienen declaraties.
11. De zorgaanbieder gaat akkoord met onderlinge verrekening binnen de in Bijlage A genoemde vennootschappen van Zilveren Kruis van betalingen en vorderingen, als de zorgaanbieder door surseance van betaling, faillissement en/of liquidatie is opgehouden te bestaan.

Declaratieprotocol GGZ 2018
Zilveren Kruis - Zorgverlener

Artikel 7 Retourinformatie

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

Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

1. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden van de door hem/haar geregistreerde gegevens in AGB.
2. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het registreren van een actueel e-mailadres en telefoonnummer in AGB.
3. De zorgaanbieder dient wijzigingen van AGB-gegevens zo snel mogelijk door te geven aan AGB-VEKTIS. Zie informatie en wijzigingsformulieren op www.AGBCODE.nl. Wijzigingen in uw AGB registratie kunt u ook doorgeven via www.vecozo.nl (als men beschikt over een VECOZO certificaat).
4. De zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem//haar werkzame zorgverleners, actueel in AGB vastgelegd zijn.
5. De zorgaanbieder dient bij beëindiging van het beroep of bij het aangaan van een nieuwe relatie met een zorgaanbieder dit zo spoedig mogelijk te melden bij AGB.
6. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het actueel houden van hun gegevens behorende bij UZOVI-nummers.
7. Als zorgverzekeraars wijzigingen in hun gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoeren die gevolgen hebben voor zorgaanbieders, stellen zij de zorgaanbieders hiervan tijdig en schriftelijk op de hoogte.

Declaratieprotocol GGZ 2018
Zilveren Kruis - Zorgverlener

Addendum

In dit addendum zijn de voor de zorgverzekeraar aanvullende bepalingen opgenomen.

1. Als aanvulling op artikel 3.4 geldt voor de maand januari van enig kalenderjaar dat de zorgverlener de declaraties over de maand januari niet eerder zal toezenden dan vanaf de vierde week.

Declaratieprotocol GGZ 2018
Zilveren Kruis - Zorgverlener

BIJLAGE A

UZOVI-codes

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

Label	UZOVI-nummer
Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (inclusief Pro Life)	3311
De Friesland Zorgverzekeringen	7084
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	3313
OZF Zorgverzekeringen N.V.	3314
FBTO Zorgverzekeringen N.V.	3351 (tot 2018 0211)
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	3329
Volmachten Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	
IAK Volmacht B.V.	8971
Aevitae B.V.	8958

BIJLAGE B

Contactgegevens, wijzigingen en melden fraudegevallen

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

Naam	Telefoon	E-mail	Postadres
Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (inclusief Pro Life)	071 – 751 00 99	info.declaraties@achmea.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	071 – 751 00 99	info.declaraties@achmea.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle
OZF Zorgverzekeringen N.V.	074 - 789 07 89	info@ozf.nl	Postbus 94 7550 AB Hengelo
FBTO zorgverzekeringen N.V.	058 - 234 53 33	info.zorgverleners@fbto.nl	Afdeling Declaratieservice Postbus 318 8901 BC Leeuwarden
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	0900 - 56 65 665	info.declaraties@achmea.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle
De Friesland zorgverzekeraar	058 – 291 31 31	GGZ@defriesland.nl	Postbus 270 8901 BB Leeuwarden

Declaratieprotocol GGZ 2018
Zilveren Kruis - Zorgverlener

Contactgegevens Volmachten Avero Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Naam	Telefoon	E-mail	Postadres
IAK Verzekeringen B.V.	040 - 26 11 888	zorgaanbieders@iak.nl	Postbus 90165 5600 RV Eindhoven
Aevitae B.V.	0900 – 36 93 333	info@aevitae.com	Postbus 2705 6401 DE Heerlen

Voor actuele informatie kunt u terecht op onze internetsite: www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders

Voor vragen over het declaratieprotocol kunt u contact opnemen met uw Relatiebeheerder GGZ.
E-mail: relatiebeheerzwolle@zilverenkruis.nl

Wijzigingsprocedure betalingsgegevens

- Voor het wijzigen of opgeven van bankrekeningnummers moet het digitale formulier 'Wijzigings-/ Opgaveformulier Rekeningnummer GGZ Instellingen' worden gebruikt. Dit formulier treft u aan op de website: www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/ggz/declareren Hier vindt u het wijzigingsformulier rekeningnummer tweedelijnszorg. Uiterlijk twee weken na invoer worden de nieuwe betalingsgegevens door de zorgverzekeraar gebruikt.

Melden van fraude

- Als er aanwijzingen of vermoedens van fraude zijn, of zelfs als er twijfel bestaat of deze vermoedens vallen onder de definitie van fraude, dan dient de zorgverzekeraar hiervan op de hoogte gesteld te worden. Meldingen kunnen gedaan worden bij de afdeling Speciale Zaken via email: zorg.speciale.zaken@zilverenkruis.nl

BIJLAGE C

Betaalafspraken

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

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico	Aanvullende Clausules
Eigen risico	Overname geldt voor alle merken	Overname geldt voor alle merken	n.v.t.
Eigen bijdrage (co-payment)	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Onverzekerde zorg	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

Declaratieprotocol GGZ 2018
Zilveren Kruis - Zorgverlener

BIJLAGE D



Een papieren nota van een moet minimaal de gegevens bevatten. Deze voldoen aan de definities zoals die in de externe integratie standaard zijn vastgesteld.

De factuur is opgebouwd uit een aantal samenhangende blokken:

1. Declarantgegevens (voorlooprecord),
2. Geadresseerde,
3. Factuurgegevens (voorlooprecord),
4. Verzekerde (verzekerde record),
5. Algemene declaratiegegevens (prestatie records),
6. Declaratieregels (prestatie records en tarief records),
7. Totaalbedrag (sluitrecord),
8. Optionele gegevens zoals acceptgiro en
9. Voettekst met bladzijdenummering (blz. van totaal aantal blz.).

Een voorbeeld ziet u hieronder

Voorbeeld restitutie nota Basis GGZ

	<naam zorgaanbieder> <naam praktijkinstelling> <straat> <huisnummer> <postcode> <plaatsnaam> Telefoonnummer <telefoonnummer> IBAN/Bankrekening <rekeningnummer> AGB <AGB-declarant (0110)> <AGB-praktijk (0111) of instelling (0112)>	1	Indien via servicebureau <naam servicebureau> <straat> <huisnr> of Postbus <postbusnummer> <postcode> <plaatsnaam> Telefoonnummer <telefoonnummer> IBAN/Bankrekening <rekeningnummer> AGB <AGB-servicebureau (0109)>																																																																							
	KvK <kvk-nummer> <url praktijk>	10	KvK <kvk-nummer> <url servicebureau>																																																																							
<naam geadresseerde> <straat> <huisnummer> <postcode> <PLAATSNAAM>	2	Factuur Factuurnummer <Factuurnummer declarant (0116)> 3 Factuurdatum <dd-mm-jjj (0117)>																																																																								
	10	Debiteurnummer <debiteurnummer> 10 Te betalen voor <dd-mm-jjj>																																																																								
Betref patiënt <naam verzekerde (0215 0211 0210)> <dd-mm-jjj (0207)> 4 BSN <BSN-nummer (0203)> of Verzekerde <Verz.nummer (0205)> <UZOV1 (0204)> <naam zorgverzekeraar>	4	Algemene declaratiegegevens Machtigingsnummer: <Machtiging (0406)> 5 Diagnose: <Diagnose (0427-0428)> Afsluitreden: <Afsluitreden (0431 + oms0431)> Hoofdbehandelaar(s): <AGB (0416) Beroep (oms0417)> <AGB (0418) Beroep (oms0419)> Voorschrijver / verwijzer: <AGB (0420 - 0421)>																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Declaratiegegevens</th> <th>Uitvoerder</th> <th>Aantal</th> <th>Bedrag (€)</th> </tr> <tr> <th>Begindatum</th> <th>Einddatum</th> <th>Prestatie</th> <th>Verwachte prestatie</th> <th>Omschrijving</th> <th><AGB-code></th> <th><nrrrr></th> <th><999999,99></th> </tr> <tr> <th><dd-mm-jjjj></th> <th><dd-mm-jjj></th> <th><Prest.code></th> <th><Prest.code venw></th> <th><omschrijving></th> <th>(0614)</th> <th>(0618)</th> <th>(0625)</th> </tr> <tr> <th>(0616)</th> <th>(0617)</th> <th>(0606-0612)</th> <th>(0426)</th> <th>(omschrijving0612)</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tijdsbesteding</td> <td>Begindatum</td> <td>Einddatum</td> <td>Behandelaar</td> <td></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">9</td> <td colspan="2"> Aantal minuten direct indirect <nrrrrrr> <nrrrrr> <nrrrrrr> <nrrrrrr> </td> </tr> <tr> <td></td> <td><dd-mm-jjjj></td> <td><dd-mm-jjj></td> <td><AGB-code of beroep></td> <td><1711 of omschrijving 1712></td> <td>(1715)</td> <td>(1716)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10-01-2014</td> <td>31-01-2014</td> <td>063-180002</td> <td>063-180003</td> <td>Basis GGZ Middel (BM)</td> <td>12345678</td> <td>1 773,19</td> </tr> <tr> <td>Tijdsbesteding</td> <td>Begindatum</td> <td>Einddatum</td> <td>Behandelaar</td> <td></td> <td colspan="3"> Aantal minuten direct indirect 200 50 200 50 </td> </tr> <tr> <td></td> <td>10-01-2014</td> <td>31-01-2014</td> <td>12345678</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table>				Declaratiegegevens					Uitvoerder	Aantal	Bedrag (€)	Begindatum	Einddatum	Prestatie	Verwachte prestatie	Omschrijving	<AGB-code>	<nrrrr>	<999999,99>	<dd-mm-jjjj>	<dd-mm-jjj>	<Prest.code>	<Prest.code venw>	<omschrijving>	(0614)	(0618)	(0625)	(0616)	(0617)	(0606-0612)	(0426)	(omschrijving0612)				Tijdsbesteding	Begindatum	Einddatum	Behandelaar		9	Aantal minuten direct indirect <nrrrrrr> <nrrrrr> <nrrrrrr> <nrrrrrr>			<dd-mm-jjjj>	<dd-mm-jjj>	<AGB-code of beroep>	<1711 of omschrijving 1712>	(1715)	(1716)		10-01-2014	31-01-2014	063-180002	063-180003	Basis GGZ Middel (BM)	12345678	1 773,19	Tijdsbesteding	Begindatum	Einddatum	Behandelaar		Aantal minuten direct indirect 200 50 200 50				10-01-2014	31-01-2014	12345678				
Declaratiegegevens					Uitvoerder	Aantal	Bedrag (€)																																																																			
Begindatum	Einddatum	Prestatie	Verwachte prestatie	Omschrijving	<AGB-code>	<nrrrr>	<999999,99>																																																																			
<dd-mm-jjjj>	<dd-mm-jjj>	<Prest.code>	<Prest.code venw>	<omschrijving>	(0614)	(0618)	(0625)																																																																			
(0616)	(0617)	(0606-0612)	(0426)	(omschrijving0612)																																																																						
Tijdsbesteding	Begindatum	Einddatum	Behandelaar		9	Aantal minuten direct indirect <nrrrrrr> <nrrrrr> <nrrrrrr> <nrrrrrr>																																																																				
	<dd-mm-jjjj>	<dd-mm-jjj>	<AGB-code of beroep>	<1711 of omschrijving 1712>		(1715)	(1716)																																																																			
	10-01-2014	31-01-2014	063-180002	063-180003	Basis GGZ Middel (BM)	12345678	1 773,19																																																																			
Tijdsbesteding	Begindatum	Einddatum	Behandelaar		Aantal minuten direct indirect 200 50 200 50																																																																					
	10-01-2014	31-01-2014	12345678																																																																							
				7	Door u te voldoen <999999,99> (9907)																																																																					