

**Definities**

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

**Artikel 1 Algemeen**

1. Wetgeving, regelgeving (beleidsregels en andere regels), landelijke richtlijnen en overige bilateraal overeengekomen afspraken zijn altijd leidend.
2. De declaratieparagraaf geldt voor:
  - a. het declaratieproces en onderwerpen die daar mee samenhangen, en
  - b. declaraties betrekking hebbende op zorg, zoals omschreven in de overeenkomst en zoals is verleend aan de verzekerden van de zorgverzekeraar.

3. Deze declaratieparagraaf is niet van toepassing op afspraken onder de beleidsregel innovatie, tenzij specifiek afgesproken bij die afspraken onder de beleidsregel innovatie.
4. De declaratieparagraaf is een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst of administratieve overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Het staat de zorgverzekeraar vrij om de uniforme declaratieparagraaf geheel of gedeeltelijk buiten toepassing te verklaren voor een administratieve overeenkomst<sup>1</sup>.
5. Het is uitsluitend toegestaan te declareren bij de zorgverzekeraar en de verzekerden namens zorgaanbieders die in de overeenkomst genoemd worden.

## **Artikel 2      Controle verzekeringsrecht en BSN**

1. De zorgverzekeraar stelt elke werkdag geactualiseerde gegevens van haar verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO.
2. De zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO vóór:
  - a. aanvang behandeling en voor
  - b. inzending declaratie
3. Een COV-bericht via VECOZO dient in overeenstemming te zijn met de meest recente vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is.
4. Door de beschikbaarheid van COV is het slechts mogelijk om in uitzonderlijke situaties gegevens over verzekeringsrecht of BSN van een verzekerde telefonisch bij de zorgverzekeraar op te vragen.
5. De zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt en de verzekerde dezelfde persoon zijn. De zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt dezelfde persoon is als uit diens legitimatiebewijs blijkt. Vervolgens wordt door middel van de COV check gecontroleerd of de patiënt ook verzekerd is.
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 dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. De zorgaanbieder declareert de in het kader van de op grond van deze overeenkomst verleende zorg rechtstreeks (dus zonder tussenkomst van de verzekerde) bij de zorgverzekeraar met uitzondering van de prestaties die zijn opgenomen in bijlage **A.1** Uitzonderde prestaties.
3. Declaraties worden door de zorgaanbieder via VECOZO elektronisch aangeleverd bij de zorgverzekeraar.
4. De zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-codes zoals die zijn opgenomen in bijlage A.2 UZOVI-codes.
5. De zorgaanbieder levert minimaal 12x per jaar de initiële declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de zorgaanbieder gehouden per omgaande een nieuw declaratiebestand aan te leveren.

---

<sup>1</sup> Onder een administratieve overeenkomst wordt verstaan een overeenkomst op grond waarvan een zorgaanbieder zonder individuele zorgovereenkomst toch rechtstreeks kan declareren bij de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder met een administratieve overeenkomst wordt aangemerkt als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

6. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de verzekering van de verzekerde vallen, kunnen door de zorgaanbieder aan de verzekerde worden voorgelegd. In dat geval plaatst de zorgaanbieder duidelijk op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking:

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

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

7. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben de intentie uitgesproken over het gebruik van declaratiestandaarden voor de declaratie van zorg die nog wel onder de beleidsregel MSZ valt maar die vanuit het declaratie en/of controleproces beter via een andere standaard gedeclareerd kan worden. Partijen gaan gezamenlijk kijken wanneer de ondersteunende producten die betrekkingen hebben op de prestatie codelijst 012, dit zijn de prestaties in het kader van paramedische zorg, gedeclareerd kunnen gaan worden met de PM304 declaratiestandaard of dat aanpassingen plaatsvinden in de huidige ZH308 declaratiestandaard in het kader van het herontwerp declareren;
8. Alleen indien er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht (ook een nota aan de patiënt) bevat tenminste de gegevenselementen conform de Nadere Regels die de NZa aan de informatieverplichting bij factureren stelt.
9. Bij het maken van bilaterale afspraken via de declaratieparagraaf wordt onderstaande in acht genomen:
- De zorgaanbieder streeft ernaar om de doorlooptijd tussen de eind- of prestatiedatum DBC- zorgproducten en overige zorgproducten en het moment van declareren zo kort mogelijk te houden;
  - De zorgaanbieder streeft ernaar om minstens 95% van de declarabele zorgproducten binnen een termijn van 3 maanden met een streven naar 1 maand ten opzichte van de einddatum van het DBC-zorgproduct of (behandel)datum van de overige zorgproducten (zorg die niet middels een DBC-zorgproduct gedeclareerd wordt) te declareren. De resterende 5% wordt zoveel als mogelijk binnen een termijn van 6 maanden na sluiten van de DBC of geleverde prestatie gedeclareerd. Met de mogelijkheid om hierover in het lokaal overleg aanvullende afspraken over te maken.
  - Uitgezonderd hiervan zijn correcties en herdeclaraties. Zorgverzekeraars dragen zorg voor een eenvoudige procedure om een snelle én eenduidige afhandeling van herdeclaraties en correcties te faciliteren en maken hierover bilaterale afspraken met de zorgaanbieders;
  - In geval van overmacht aan de zijde van zorgaanbieder (zoals grote systeemwijzigingen waardoor overeenkomsten en/of prijslijsten niet tijdig tot stand komen) of andere situaties waarbij de zorgaanbieder voorziet dat de overeengekomen termijnen niet gehaald dreigen te worden, vindt (bilateraal) overleg plaats tussen betrokken partijen.
  - Indien de zorgverzekeraar het vermoeden heeft dat een zorgaanbieder de overeengekomen percentages niet realiseert (omdat de te verwachten schadelast voor een bepaald behandeljaar bijvoorbeeld achterblijft) dan neemt zij hierover contact op met de zorgaanbieder, teneinde vast te stellen of de vermoedens juist zijn en partijen hier indien gewenst aanvullende afspraken over dienen te maken. Dit vanuit de gedachte dat de

- f. zorgaanbieder en de zorgverzekeraar beide verantwoordelijk zijn voor een juiste, tijdige en volledige administratieve en financiële afhandeling van zorgproductiedeclaraties.
  - g. Bij digitale declaraties hanteren zorgverzekeraars voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van maximaal 28 kalenderdagen.
  - h. Indien er bij een door de zorgverzekeraar goedgekeurde declaratie sprake is van een eigen risico van de verzekerde, vergoedt de zorgverzekeraar het volledig gedeclareerde bedrag aan de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het innen van het eigen risico bij de verzekerde.
10. Als de Zorgverzekeraar – voor zover er een vorderingsrecht bestaat conform de zorgverzekeraar specifieke afspraken (deel II) - door te late indiening van declaraties door de Zorgaanbieder het eigen risico niet meer kan verrekenen, wordt het bedrag dat aan eigen risico verrekend had kunnen worden in mindering gebracht op de uit te betalen declaraties, tenzij de te late indiening aan de Zorgverzekeraar kan worden verweten
11. De afhandeling van declaratieregels wordt door de zorgverzekeraar uitgevoerd volgens het principe dat de zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt de zorgverzekeraar contact op met de zorgaanbieder.
12. Indien de zorgaanbieder een machtiging heeft aangevraagd en verkregen via het zogenoemde machtigingenportaal van VECOZO, vult de zorgaanbieder bij het declareren het door de zorgverzekeraar afgegeven machtigingsnummer (en dus niet het VECOZO machtiging -ID) in.

#### **Artikel 4 Declareren via derden**

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

metschriftelijke instemming van de zorgaanbieder, geldt als een betaling aan de zorgaanbieder.

## **Artikel 5 Herdeclaraties en correcties**

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

## **Artikel 6 Betaling**

1. De zorgaanbieder informeert de patiënt/verzekerde voor aanvang behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn basisverzekering of dat een machtiging van de verzekeraar nodig is.
2. Indien een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg waarvoor de verzekerde bij de zorgverzekeraar is verzekerd plaats tegen de in de zorgovereenkomst overeengekomen en/of de wettelijke tarieven.
3. De zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven bankrekeningnummer.
4. Bij digitale declaraties hanteert de zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn met een inspanningsverplichting van **15 dagen**.

5. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft, zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag conform contract volledig aan de zorgaanbieder vergoeden conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
6. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat er sprake is van een door de verzekerde te betalen eigen bijdrage, dan zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag al dan niet volledig aan de zorgaanbieder vergoeden, conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
7. Indien de zorgverzekeraar bij een door de zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling ter hoogte van **90%** het gedeclareerde bedrag.
- 8. Als achteraf blijkt dat de zorgverzekeraar met de voorlopige betaling teveel heeft betaald, betaalt de zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen veertien kalenderdagen nadat de zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven terug. De zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk bankrekeningnummer het te veel betaalde terug betaald dient te worden.**
9. Indien de terugbetaling conform artikel 6 lid 8 niet binnen veertien kalenderdagen plaatsvindt, is de verzekeraar gerechtigd al zijn vorderingen op de zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder dient te betalen ter hoogte van het bedrag dat als voorlopige betaling is betaald.
10. Bij surseance van betaling en/of een - naderend - faillissement worden uitstaande voorschotten aan de zorgaanbieder direct verrekend met nog openstaande ingediende en/of in te dienen declaraties.

## **Artikel 7      Retourinformatie**

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

## **Artikel 8      Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI**

1. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen, is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden van de door hem/haar geregistreerde gegevens in AGB.
2. De zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk telefonisch door te geven aan AGB via 0900-2422633 (zie hiervoor [www.AGBCODE.nl](http://www.AGBCODE.nl)) of te wijzigen via [www.vecozo.nl](http://www.vecozo.nl) (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).
3. De zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij

hem/haar werkzame zorgverleners, actueel in AGB vastgelegd zijn.

4. De zorgaanbieder dient bij beëindiging van het beroep of bij het aangaan van een nieuwe relatie met een zorgaanbieder dit zo spoedig mogelijk te melden bij AGB.
5. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het actueel houden van hun gegevens behorende bij UZOVI-nummers.
6. Indien zorgverzekeraars wijzigingen in hun gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoeren die consequenties hebben voor zorgaanbieders, stellen zij de zorgaanbieders hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.

## **Addendum**

In dit addendum zijn de voor zorgverzekeraar **Zilveren Kruis** aanvullende bepalingen opgenomen.

### **Aanvullende bepalingen**

Toelichting: In aanvulling op het declaratieprotocol gelden voor de zorgverzekeraar, de volgende aanvullende bepalingen:

1. Als aanvulling op artikel 3, lid 5 van het declaratieprotocol geldt voor de maand januari van enig kalenderjaar dat de zorgaanbieder de declaraties over de maand januari niet eerder zal toezenden dan vanaf de vierde week.
2. Als aanvulling op artikel 3.5 geldt in geval van specifiek overeengekomen tarieven dat de zorgverlener de declaraties van enig kalenderjaar niet eerder zal toezenden dan wanneer de zorgverzekeraar de tarieven/prijslijsten heeft verwerkt. Dit geldt ook voor de Dure Geneesmiddelen.
3. De zorgverzekeraar zal passende maatregelen nemen afhankelijk van de situatie wanneer de zorgaanbieder een declaratie die onder de dekking van de basisverzekering en/of aanvullende verzekering van de verzekerde valt, bij de verzekerde in rekening brengt en dus niet rechtstreeks aan de zorgverzekeraar voorlegt.
4. Voor het declareren van poliklinische fysiotherapie via de Ziekenhuisstandaard vult de zorgaanbieder indien van toepassing verplicht juist en volledig de relevante volgnummers, te weten:

0451 Aanduiding diagnosecodelijst

0452 Verwijsdiagnosecode paramedische hulp

0453 Code soort indicatie paramedische hulp

0454 Indicatie tweede operatie zelfde aandoening paramedische hulp

0455 Reden einde zorg



## Bijlage A: Specifieke afspraken

### A.1: Uitgezonderde prestaties

Onderstaande prestaties dienen niet rechtstreeks bij de verzekeraar te worden gedeclareerd

Prestatiecode/Declaratiecode	Omschrijving/toelichting
n.v.t.	n.v.t.

### A.2: UZOVI-codes

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

UZOVI-code	UZOVI-naam
3311	Zilveren Kruis (inclusief Pro Life)
3358	De Friesland
3313	Interpolis
3351	FBTO
8971	One Underwriting Health

### A.3: Betaalafspraken

Betaalafspraken gelden per UZOVI-code, voor alle prestaties en/of op prestatieniveau.

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico	Aanvullend Clausules
Eigen risico	Overname geldt voor alle merken	Overname geldt voor alle merken	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	Alleen bij poliklinische bevalling zonder medische indicatie. Declaratie dient rechtstreeks via VECOZO 100% te worden ingediend.	Wanneer de zorgaanbieder rechtstreeks digitaal via VECOZO 100% declareert.	Nee
Boven maximale vergoeding	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee

## Bijlage B: Contactgegevens, wijzigingen en melden fraudegevallen

### B.1: Contactgegevens

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

Naam	Telefoon	E-mail	Postadres
Zilveren Kruis (inclusief Pro Life )	071 – 751 00 99	<a href="mailto:Info.declaraties@zilverenkruis.nl">Info.declaraties@zilverenkruis.nl</a>	Postbus 631 8000 AP Zwolle
Interpolis	071 – 751 00 99	<a href="mailto:Info.declaraties@zilverenkruis.nl">Info.declaraties@zilverenkruis.nl</a>	Postbus 631 8000 AP Zwolle
FBTO	071 – 751 00 99	<a href="mailto:Info.declaraties@zilverenkruis.nl">Info.declaraties@zilverenkruis.nl</a>	Afdeling Declaratieservice Postbus 318 8901 BC Leeuwarden
De Friesland	058 – 291 31 31	<a href="mailto:zorgdeclaraties1@defriesland.nl">zorgdeclaraties1@defriesland.nl</a>	Postbus 270 8901 BB Leeuwarden

### Contactgegevens Volmacht

Naam	Telefoon	E-mail	Postadres
ONE Underwriting Health B.V.	040 - 26 11 888	<a href="mailto:zorgaanbieders@one-uw.nl">zorgaanbieders@one-uw.nl</a>	Postbus 90165 5600 RV Eindhoven

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

Voor vragen over het declaratieprotocol kunt u contact opnemen met uw Relatiebeheerder MSZ.

E-mail: [relatiebeheeroperations@zilverenkruis.nl](mailto:relatiebeheeroperations@zilverenkruis.nl)

### B.2. Wijzigingsprocedure betalingsgegevens en overige gegevens

Voor het wijzigen of opgeven van bankrekeningnummers moet het digitale formulier 'Wijzigings-/ Opgaveformulier Rekeningnummer' worden gebruikt. Dit formulier treft u aan op de website:

[www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact/rekeningnummer-doorgeven-of-wijzigen](http://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact/rekeningnummer-doorgeven-of-wijzigen)

Hier vindt u het wijzigingsformulier rekeningnummer tweedelijnszorg. Uiterlijk twee weken na invoer worden de nieuwe betalingsgegevens door de zorgverzekeraar gebruikt.

### B.3. Melden fraudegevallen

Bij twijfel over de identiteit van de verzekerde of wanneer er aanwijzingen zijn dat enig medewerker van de zorgaanbieder met declaraties heeft gefraudeerd, dient de zorgverzekeraar daarvan op de hoogte te worden gesteld. Meldingen kunnen gedaan worden bij de afdeling Speciale Zaken via email: [zorg.speciale.zaken@zilverenkruis.nl](mailto:zorg.speciale.zaken@zilverenkruis.nl)

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

### B.4. Zorgaanbieder

Naam	Afdeling	Telefoon	E-mail	Postadres

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

## BIJLAGE C: Restitutenota

Een papierendeclaratie van een DOT-zorgproduct of overig zorgproduct moet minimaal de gegevens bevatten zoals vermeld in nadere regel 'Regeling prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' van de Nederlandse Zorgautoriteit. De nadere regel is te raadplegen via [www.nza.nl](http://www.nza.nl). Het landelijke format Restitutie nota dat gebruikt kan worden is te raadplegen via:

[https://www.vektis.nl/uploads/standaardisatie/ZH308v90/ZH308v9.0\\_Restitutenota\\_u1.pdf](https://www.vektis.nl/uploads/standaardisatie/ZH308v90/ZH308v9.0_Restitutenota_u1.pdf)

De factuur is opgebouwd uit een aantal samenhangende blokken:

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