

Externe integratie

Declaratie DBC/Ziekenhuiszorg

ZH308

Versie EI-standaarden: 9.0, 12-07-2013

RESTITUTIENOTA

Standaard bij het gebruik van de restitutenota en de restnota

Uitgave document: 2, 03-05-2021

Kenmerk: ZH308v9.0_Restitutenota_u2.pdf

Adres- en contactgegevens

Correspondentieadres

Vektis
Postbus 703
3700 AS ZEIST

Bezoekadres

Vektis
Sparrenheuvel 18
3708 JE ZEIST

Telefoon: 030 8008 300

Voor veel gestelde vragen en om je specifieke vraag te stellen kun je terecht op de website van Vektis: www.vektis.nl.

Informatie over standaarden kun je vinden op www.vektis.nl/streams/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.

DECLARATIE DBC/Ziekenhuiszorg

Deze restitutenota hoort bij de volgende EI-standaard en documentatie:

- Berichtspecificatie ZH308, versie 9.0, versiedatum 12-07-2013
- Berichtspecificatie ZH309, versie 9.0, versiedatum 12-07-2013
- Standaardbeschrijving ZH308/ZH309, versie 9.0
- Invulinstructie ZH308/ZH309, versie 9.0.

Revisiehistorie EI-standaard

Versie EI-standaard	Uitgave document	Aard / reden wijzigingen	Datum uitgave
9.0	2	Paragraaf 2.4 Kortingen toegevoegd	3-5-2021
9.0	2	Acceptgiro's verwijderd uit de invulvoorbeelden	3-5-2021
9.0	2	Het woord 'acceptgiro' is op diverse plaatsen vervangen door 'iDEAL QR-code'.	3-5-2021
9.0	1	Afgeleid van <ul style="list-style-type: none"> • EI-standaard ZH308 v 9.0 • programma van eisen generiek formaat restitutenota 	26-02-2014

Doelgroepen

- Zorgverzekeraars
- Ziekenhuizen: algemeen (exclusief PAAZ en PUK), categoriaal, streek-, academisch exclusief psychiatrisch
- ZBC's (Zelfstandig Behandel Centrum)
- Audiologische centra
- Huisartsenlaboratoria
- Trombosediensten
- Servicebureaus (clearinghouses, factoringbureaus)
- Maatschappen van medisch specialisten
- Extramurale medisch specialisten
- Dialysecentra
- Radiotherapeutische centra
- Revalidatiecentra
- GRZ-Instellingen
- Epilepsiecentra
- Longrevalidatie en astmacentra
- Kaakchirurgen

Status

De negende versie van de EI-standaard is opgesteld in afstemming met Zorgverzekeraars Nederland, zorgverzekeraars, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), Orde van Medisch Specialisten (OMS), zorgaanbieders en softwareleveranciers van zorgaanbieders.

Beheer EI-standaard

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

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	6
1.1	Context restitutenota in de declaratieketen	6
2.	Functionele standaard restitutenota DBC/Ziekenhuiszorg	9
2.1	Indeling	9
2.2	Gegevensverzamelingen (blokken)	9
2.3	Gegevenselementen	11
2.4	Kortingen	15
3.	Functionele standaard restnota generiek	17
4.	Technische standaard restitutie- en restnota generiek	18
4.1	Leesbaarheid	18
4.2	Digitale aanlevering	18
5.	Voorbeelden restitutie- en restnota DBC/Ziekenhuiszorg	19
5.1	Voorbeeld lay-out restitutenota DBC	20
5.2	Voorbeeld lay-out restitutenota Paramedisch	22
5.3	Voorbeeld lay-out restitutenota overige zorgproducten	23
5.4	Voorbeeld lay-out restnota	24
6.	Bijlagen	25
6.1.1	Mutatieoverzicht	25

1. Inleiding

Dit document betreft de complete instructie bij het gebruik van de standaard restitutenota voor de DBC/Ziekenhuiszorg, versie 9.0, 11-07-2013.

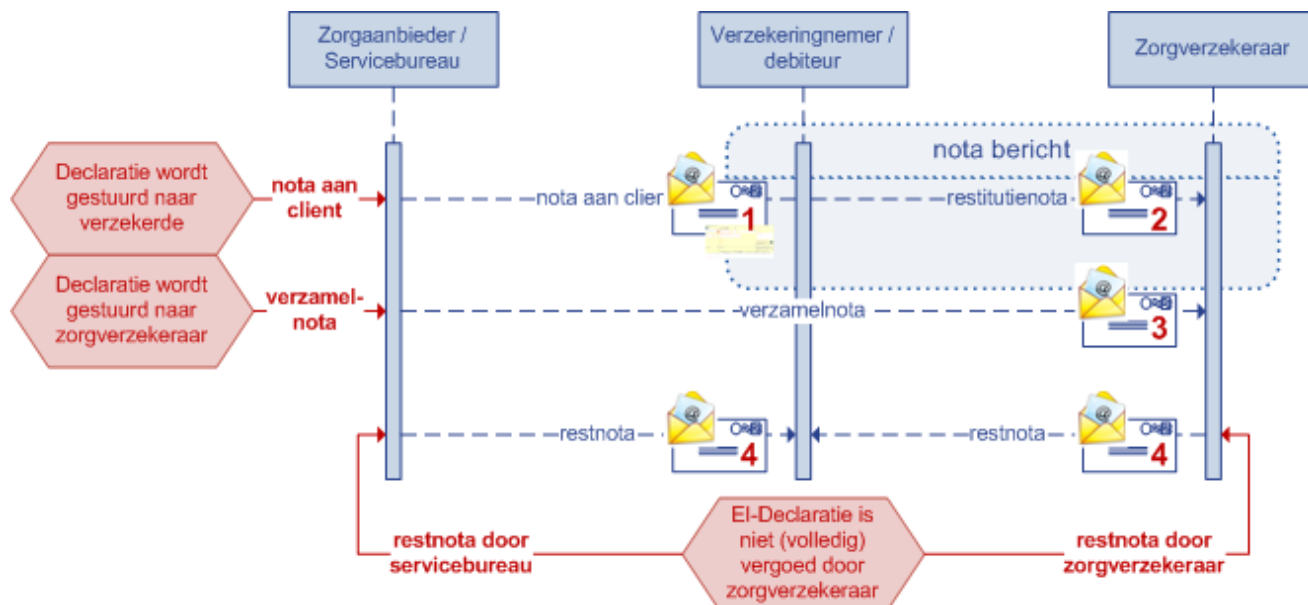
De standaard restitutenota is tot stand gekomen op basis van het generieke formaat restitutenota en aangepast naar de specifieke Ziekenhuiszorg situatie. Het generieke deel is afgeleid van het programma van eisen Generieke formaat restitutenota. Het specifieke deel behoort bij de gegevens die specifiek zijn voor de standaard EI declaratie DBC/Ziekenhuiszorg. Er is voor de restitutie geen retourinformatie beschreven.

1.1 Context restitutenota in de declaratieketen

Binnen de declaratieketen wordt het overgrote deel van de declaraties via elektronische uitwisseling van EI-berichten tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar afgehandeld. Een deel echter wordt via andere nota's afgehandeld. De volgende nota's zijn in omloop:

- de nota aan cliënt of te wel de restitutenota;
- de restnota aan cliënt, zijnde nota over de kosten die niet (meer) voor vergoeding in aanmerking komen;
- de verzamelnota van de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar.

Onderstaande illustratie geeft de informatiestromen voor de declaratie aan de verzekerde aan.



Het proces bestaat uit de volgende stappen:

1. Een nota aan cliënt (restitutenota) wordt via papier of digitaal door de zorgaanbieder of servicebureau namens de zorgaanbieder aan de verzekerde patiënt gestuurd.

2. De nota aan cliënt wordt via papier of digitaal door de verzekerde aan de zorgverzekeraar gestuurd met eventueel, als de zorgverzekeraar dit ondersteunt, een begeleiding van een aantekening aan wie de nota betaald moet worden (zichzelf of zorgaanbieder).
3. I.p.v. een elektronisch EI-bestand wordt een in uitzonderingsgevallen verzamelnota door de zorgaanbieder rechtstreeks aan de zorgverzekeraar gestuurd.
4. Wanneer in sommige gevallen de declaratie niet of gedeeltelijk is betaald omdat de verzekerde geen (volledige) dekking heeft wordt een restnota of door de zorgaanbieder of servicebureau namens de zorgaanbieder of door de zorgverzekeraar zelf aan de verzekerde patiënt gestuurd.
5. De zorgverzekeraar
 - o bepaalt aan de hand van de nota aan cliënt/verzamelnota en de verzekeringsvoorwaarden of en voor hoeveel de verzekerde in aanmerking komt voor teruggave,
 - o bericht de verzekerde of zorgaanbieder/servicebureau over de afhandeling van de declaratie en
 - o betaalt in geval van vergoeding het te vergoeden bedrag aan de verzekerde of zorgaanbieder/servicebureau.
6. Wanneer de restnota door de verzekerde naar de zorgverzekeraar wordt gestuurd wordt deze door de zorgverzekeraar afgewezen omdat deze die niet (meer) voor vergoeding in aanmerking komt.

De 1^e 4 stappen zijn in de illustratie opgenomen.

De reikwijdte van de standaard restitutenota geldt de volgende processtappen:

- processtap 2, de nota aan cliënt, of te wel de restitutenota van verzekerde aan zorgverzekeraar. De aantekening aan wie de nota betaald moet worden (zichzelf of zorgaanbieder) valt hier niet onder.
- processtap 6, de restnota, met dien verstande dat de eisen hiervoor enkel gericht zijn op het herkennen van de restnota.

De standaard van de nota's bevat alleen de door de verzekeraars ontvangen restitutenota en door de verzekerde ontvangen restnota's. Berichtgeving van verzekeraar naar verzekerde (via uitkeringspecificatie of online communicatie) valt niet onder de reikwijdte van dit document.

De restitutenota heeft primair twee doelen:

- Het betalen van het gefactureerde bedrag aan de zorgaanbieder door de verzekerde of eventueel, als de zorgverzekeraar dit ondersteunt, door de zorgverzekeraar namens de verzekerde.
- Wanneer de verzekerde het bedrag betaald heeft, het (gedeeltelijk) terugbetalen van het gefactureerde bedrag aan de verzekerde door de zorgverzekeraar.

De restnota heeft als doel:

- Het bij de verzekerde incasseren van het niet door de zorgverzekeraar vergoede bedrag.

Overige uitgangspunten zijn:

- Het gebruik van een standaard formaat voor de restitutenota wordt opgenomen in de uniforme declaratieparagraaf van het convenant tussen zorgverzekeraars en een beroepsgroep. Naleving hiervan kan contractueel tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder geregeld worden, waarbij

verwezen wordt naar de uniforme declaratieparagraaf. Bij geen contract is men voor naleving van het standaard formaat aangewezen op de bereidwilligheid van de zorgaanbieder.

- De nota's kunnen door de zorgaanbieder of het servicebureau per post of digitaal aan de verzekerde gestuurd worden (of beiden). Het heeft de voorkeur de nota digitaal te versturen. Bij de geautomatiseerde afhandeling via post is het gewenst dat de nota op maximaal één pagina staat.
- De restitutenota betreft één aandachtsgebied, het is bijvoorbeeld niet mogelijk op één nota en declaratieregels voor eerstelijns psychologische hulp en overige sectoren op te nemen. Deze worden gesplitst in twee facturen.
- De restitutenota betreft één of meer prestaties aan één verzekerde. Dit is uit het oogpunt van privacy.
- Indien er sprake is van een eigen bijdrage moet de declaratieregel op de nota altijd inclusief de eigen bijdrage worden opgenomen. Het is dus niet toegestaan om prestaties exclusief eigen bijdrage op de nota te zetten of los de eigen bijdrage op te nemen.

2. Functionele standaard restitutenota DBC/Ziekenhuiszorg

2.1 Indeling

- Staande A4,
- Indien afdruk, enkelzijdig.

- 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 iDEAL QR-code
 9. Voettekst met bladzijdenummering (blz. van totaal aantal blz.).

Alle blokken zijn minimaal beschreven, alleen deze gegevens die voor de verzekerde en zorgverzekeraar nodig zijn ter verwerking.

2.2 Gegevensverzamelingen (blokken)

1. Declarantgegevens

De declarantgegevens identificeren de persoon of instelling aan wie de factuur betaald moet worden. De declarant kan een servicebureau zijn. Het servicebureau kan namens de zorgaanbieder innen of de vordering hebben overgenomen van de zorgaanbieder.

Voor de verzekerde zijn naam, adres, contact- en bankgegevens van belang, voor de zorgverzekeraar de AGB-codes. Deze AGB-codes zijn vergelijkbaar met de AGB-codes uit het declaratievoorlooprecord van een EI-bestand.

- De declarantgegevens worden bovenaan de factuur afgedrukt. Wanneer de factuur aan een servicebureau is uitbesteed worden de gegevens van de zorgaanbieder en de gegevens van het servicebureau beide afgedrukt.
- De standaard voor declarantgegevens is voor alle aandachtsgebieden gelijk, per aandachtsgebied wordt niet afgeweken van het generieke formaat.

2. Geadresseerde

De geadresseerde is de ontvanger van de nota, deze kan afwijken van verzekerde. Via de geadresseerde kan eventueel de juiste verzekerde gevonden worden in de administratie van de zorgverzekeraar.

- De geadresseerde staat links- of rechtsboven, onder de afgedrukte declarantgegevens op de factuur.
- De standaard voor geadresseerde is voor alle aandachtsgebieden gelijk, per aandachtsgebied wordt niet afgeweken van het generieke formaat.

3. Factuurgegevens

Identificatie van de factuur met nummer en datum. Deze factuurgegevens zijn vergelijkbaar met factuurnummer en datum uit het declaratie voorlooprecord van een EI-bestand.

- Afhankelijk van de geadresseerde staan de factuurgegevens rechts of links naast de geadresseerde.
- Het factuurnummer dient over een periode van minimaal 5 jaar uniek te zijn.
- De standaard voor factuurgegevens is voor alle aandachtsgebieden gelijk, per aandachtsgebied wordt niet afgeweken van het generieke formaat.

4. Verzekerde

Het verzekerdeblok vertegenwoordigt de patiënt voor wie de prestaties zijn verricht. Deze wordt gelijk het verzekerderecord in het declaratie EI-bestand geïdentificeerd. Dit gebeurt volgens de geboortedatum en het BSN-nummer. Wanneer geen BSN-nummer bekend is wordt het Verzekerdenummer gevuld.

- Afhankelijk van de geadresseerde staat de verzekerde direct rechtsonder of direct linksonder de geadresseerde.
- De standaard voor verzekerde is voor alle aandachtsgebieden gelijk, per aandachtsgebied wordt niet afgeweken van het generieke formaat.

5. Algemene declaratiegegevens

De algemene declaratiegegevens vertegenwoordigen de gegevens die behoren bij de prestaties die bij de verzekerde in rekening zijn gebracht, maar die gelden voor alle prestaties. Deze zijn vergelijkbaar met het prestatie- en tariefrecords uit het EI-bestand.

6. Declaratiegegevens

De declaratiegegevens vertegenwoordigen het geheel aan prestaties dat bij de verzekerde in rekening is gebracht. Deze zijn vergelijkbaar met de prestatie-, tarief- en zorgactiviteitrecords uit het EI-bestand.

- De declaratiegegevens worden opgedeeld in declaratieregels en staan direct onder de verzekerde.
- De regel start altijd met de kolom 'datum' en eindigt met de kolommen 'aantal' en 'bedrag'.
- De kolommen zijn duidelijk gescheiden door middel van minimaal 2 spaties tussen de kolomwaarden.
- Op een restitutenota komt maximaal één DBC voor.
Op een restitutenota kunnen meerdere OZP en meerdere paramedische prestaties voorkomen.
- De prestatie en de bijbehorende tarieven worden zoveel mogelijk op één regel gerepresenteerd op de nota.
- Wanneer de declaratieregels meerdere regels op de pagina bevatten wordt elke volgende regel als volgt opgebouwd:
 - <naam element A>: <waarde element A> <naam element B>: <waarde element B> etc.
Zie het voorbeeld voor paramedische prestaties.

- Bij een DBC worden de verschillende componenten over verschillende regels verdeeld, er is geen totaalstelling voor een DBC, alleen een totaalstelling van de hele declaratie.
- De hashcode behorende bij de DBC wordt onder de twee regels van de componenten opgenomen.
- Per prestatiecode word een regel gemaakt, dus ook voor laboratoria één regel per code
- Een DBC zorgproduct declaratieregel heeft 2 regels (honorarium en kosten) en een aantal zorgactiviteitrecords. De zorgactiviteitrecords worden na de bij elkaar horende prestatie records opgenomen met een inspring aan het begin van de regel en een inleidende en afsluitende zin om duidelijk te maken dat het informatieve records betreffen. De zin voor de ZA records is "Nu volgen <X> informatieve zorgactiviteiten ter onderbouwing van het hierboven opgenomen zorgproduct:" en de afsluitende zin is "Einde opsomming zorgactiviteiten" (zie voorbeeld in hoofdstuk 5).

7. Totaalbedrag

Het totaalbedrag is het totaal van de bovenstaande regels en moet de verzekerde in zijn geheel voldoen aan de declarant. Dit totaalbedrag is inclusief korting en BTW en is vergelijkbaar met het totaalbedrag uit het declaratiesluitrecord van een EI-bestand.

- Het totaalbedrag staat rechtsonder de laatste declaratieregel van de declaratiegegevens onder de kolom 'bedrag'.
- De standaard voor totaalbedrag is voor alle aandachtsgebieden gelijk, per aandachtsgebied wordt niet afgeweken van het generieke formaat.

8. Optionele gegevens

De optionele gegevens worden niet door de zorgverzekeraars verwerkt.

- Het zijn gegevens die voor de verzekerde van belang zijn. Het betreft bijvoorbeeld de iDEAL QR-code, extra declarantgegevens zoals KvK-nummer en URL en factuurgegevens.
- Ook kunnen logo's van beroepsverenigingen waar de zorgaanbieder lid van is worden toegevoegd.
- Ondanks dat de factuur enkelzijdig is kunnen optionele gegevens zoals betalingsvoorwaarden en uitleg op de andere zijde geplaatst worden.

Afhankelijk of ze bij een blok horen en bij welk blok ze horen worden ze daar logisch bijgevoegd.

2.3 Gegevens-elementen

Een aantal zorgverzekeraars scant de nota's en transformeert deze automatisch naar een EI-bericht. Bij de gegevens-elementen op het generieke formaat is daarom aangegeven met welke gegevens-elementen uit de EI-standaard deze overeenkomen.

1. Declarantgegevens

- | | |
|-----------------------------|--|
| a. Naam zorgaanbieder | verplicht (indien niet uitbesteed aan servicebureau) |
| b. Naam praktijk/instelling | verplicht |
| c. Straat en huisnummer | verplicht |
| d. Postcode en plaatsnaam | verplicht |
| e. Telefoonnummer | verplicht (indien niet uitbesteed aan |

- f. IBAN/Bankrekening
servicebureau)
verplicht (indien niet uitbesteed aan servicebureau)
- g. AGB Zorgaanbieder
verplicht, 12345678 zonder scheidingsteken
0110 ZORGVERLENERSCODE
- h. AGB Praktijk / instelling
verplicht, 12345678 zonder scheidingsteken
0111 PRAKTIJKCODE of 0112 INSTELLINGSCODE

Indien uitbesteed aan servicebureau

- i. Naam servicebureau
verplicht
- j. Straat en huisnummer of postbusnummer
verplicht
- k. Postcode en plaatsnaam
verplicht
- l. Telefoonnummer
verplicht
- m. IBAN/Bankrekening
verplicht
- n. AGB Servicebureau
verplicht, 12345678 zonder scheidingsteken
0109 SERVICEBUREAU

2. Geadresseerde

- a. Naam geadresseerde
verplicht
- b. Straat en huisnummer
verplicht
- c. Postcode en plaatsnaam
verplicht

3. Factuurgegevens

- a. Factuurnummer
verplicht, maximaal 12 tekens
0116 FACTUURNUMMER DECLARANT
- b. Factuurdatum
verplicht dd-mm-jjjj
0117 DAGTEKENING FACTUUR

4. Verzekerde

- a. Naam verzekerde
verplicht
0215 VOORLETTERS VERZEKERDE
0211 VOORVOEGSEL VERZEKERDE (01)
0210 NAAM VERZEKERDE (01)
- b. Geboortedatum verzekerde
verplicht dd-mm-jjjj
0207 DATUM GEBOORTE VERZEKERDE
- c. BSN- of Verzekerdnummer
verplicht, wanneer geen BSN-nummer dan Verzekerdnummer
BSN-nummer opvullen met voorloopenullen
0203 BURGERSERVICENUMMER (BSN)
0205 VERZEKERDENNUMMER
- d. UZOVI-nummer
verplicht
0204 UZOVI-NUMMER
- e. Naam zorgverzekeraar
verplicht, is labelnaam zoals aangeleverd met de entiteit verzekering uit het COV bericht

5. Algemene declaratiegegevens

- | | |
|------------------------------------|--|
| a. Machtigingnummer | Verplicht indien bekend
0406 MACHTIGINGSNUMMER |
| b. Type verwijzer | Verplicht
0421 CODE (ZELF)VERWIJZER |
| c. Verwijzer | Conditioneel, zie invulinstructie
0422 ZORGVERLEENERSCODE
VOORSCHRIJVER/VERWIJZER |
| d. Verwijzend specialisme | Conditioneel, zie invulinstructie
0423 SPECIALISME VOORSCHRIJVER/VERWIJZER |
| e. Verwijzende instelling/praktijk | Conditioneel, zie invulinstructie
0424 INSTELLINGSCODE OF PRAKTIJKCODE
VOORSCHRIJVER/VERWIJZER |
| f. Zorgtraject | verplicht bij DBC-zorgproduct, Add-on
(geneesmiddelen en IC) en MSBD
0415 ZORGTRAJECTNUMMER |
| g. Subtraject | verplicht bij DBC-zorgproducten, Add-on
(geneesmiddelen en IC) en MSBD.
0419 SUBTRAJECTNUMMER |
| h. Afsluitreden | Verplicht bij DBC-zorgproduct
0418 AFSLUITREDEN
ZORGTRAJECT/SUBTRAJECT |
| i. Indicatie machtiging | Verplicht bij DBC-zorgproducten
0435 INDICATIE MACHTIGING |

6. Declaratiegegevens

- | | |
|--|---|
| a. Begindatum | verplicht dd-mm-jjjj
0411 BEGINDATUM PRESTATIE |
| b. Einddatum | optioneel wanneer begindatum = einddatum dd-mm-jjjj
0412 EINDDATUM PRESTATIE |
| c. Prestatiecode | verplicht, combinatie prestatiecodelijst / prestatiecode
0409 AANDUIDING PRESTATIECODELIJST
0410 PRESTATIECODE/DBC DECLARATIECODE |
| d. Zorgproductcode | verplicht als er sprake van een DBC-zorgproduct is
0414 ZORGPRODUCTCODE |
| e. Zorgtype | verplicht als er sprake van een zorgtype is
0427 ZORGTYPESCODE |
| f. Soort prestatie | verplicht, ingekorte omschrijving van veld
0611 SOORT PRESTATIE/TARIEF |
| Mogelijke waarden zijn: kostendeel, honorariumdeel en verrichting.
Verrichting invullen voor soort prestatie die geen kosten of honorarium betreft. | |
| g. Diagnose | verplicht als er sprake van een DBC-zorgproduct is
0431 DIAGNOSECODE |

- h. Uitvoerder
 of
 0433 PRIMAIRE MEDISCHE DIAGNOSE (ICD-10)
 verplicht, bij ZP-honorarium 0613, anders 0612
 0612 ZORGVERLENERSCODE
 BEHANDELAAR/UITVOERDER of
 0613 ZORGVERLENERSSPECIFICATIE
 BEHANDELAAR/UITVOERDER
- i. Aantal
 verplicht, indien van toepassing ook eenheid
 vermelden gescheiden door een spatie
 0426 AANTAL UITGEVOERDE PRESTATIES
- j. Bedrag (€)
 verplicht 999999,99
 0620 DECLARATIEBEDRAG (INCL. BTW)
 Het bedrag is het te betalen nettobedrag inclusief BTW en korting.
- k. Omschrijving
 worden
 verplicht, kan over meerdere regels verspreid
- l. Hashtotaal
 lekenomschrijving DBC / DBC Zorgproduct vullen
 verplicht als er sprake van een DBC-zorgproduct
 is
 0441 HASHTOTAAL ZV
 Het Hashtotaal loopt wegens de grote lengte door op volgende regels.

Indien het paramedische hulp (PM) betreft

- m. Verwijsdiagnose PM
 Verplicht
 0452 VERWIJSDIAGNOSECODE PARAMEDISCHE
 HULP
- n. CSI PM
 Verplicht
 0453 CODE SOORT INDICATIE PARAMEDISCHE
 HULP
- o. IND tweede operatie PM
 Verplicht
 0454 INDICATIE TWEEDE OPERATIE ZELFDE
 AANDOENING PARAMEDISCHE HULP
- p. Reden einde zorg PM
 Verplicht
 0455 REDEN EINDE ZORG

Bij DBC zorgproducten dienen de zorgactiviteiten ook vermeld te worden

- q. Datum zorgactiviteit
 Verplicht
 1612 BEGINDATUM ZORGACTIVITEIT
- r. ZA-code
 Verplicht
 1611 ZORGACTIVITEITCODE
- s. ZA-oms
 Verplicht bij DBC-zorgproducten
 Omschrijving (van DBC Onderhoud) van de zorgactiviteit. Wanneer beschikbaar (per 2015)
 een leken/consumentenomschrijving. Er kunnen meerdere zorgactiviteiten per DBC
 zorgproduct opgenomen worden.
- t. Aantal
 Verplicht
 1614 AANTAL UITGEVOERDE PRESTATIES

- u. Afwijkende instellingscode
Conditioneel, indien van toepassing
1616 AFWIJKENDE INSTELLINGSCODE
ZORGACTIVITEIT

7. Totaalbedrag

- a. Te voldoen
verplicht 999999,99
9909 TOTAAL DECLARATIEBEDRAG

8. Optionele gegevens

Voorbeelden van optionele gegevens op de restitutenota

- a. KvK-nummer praktijk
- b. URL praktijk
- c. KvK-nummer servicebureau
- d. URL servicebureau
- e. KIX-code
- f. Debiteurnummer
- g. Patiëntnummer
- h. Totaalbedrag prestatie
- i. Te betalen voor of betaaltermijn
- j. Betalingsvoorwaarden
- k. Kortingen
- l. iDEAL QR-code
- m. Logo's van beroepsverenigingen

9. Voettekst elke blz.

- a. Blz. van blz. Onderaan elke pagina vermelden.

2.4 Kortingen

In de restitutenota wordt op 3 verschillende plaatsen gesproken over kortingen:

1. In het element 'Bedrag (€)' van het blok 'Declaratiegegevens'
2. In het blok 'Totaalbedrag'
3. In het blok 'Optionele gegevens'

Voor de verwerking van de nota en de bepaling van wat er wel of niet wordt vergoed door de zorgverzekeraar, zijn alleen punt 1 en 2 van belang:

- Het 'Bedrag (€)' betreft het te betalen nettobedrag van een declaratieregels, inclusief btw en korting en staat gelijk aan het element 'Declaratiebedrag (incl. btw)' uit de declaratiestandaard.
- Het 'Totaalbedrag' betreft het totaal van de bedragen uit de declaratieregels en moet de verzekerde in zijn geheel voldoen aan de declarant. Dit totaalbedrag is inclusief korting en btw en is vergelijkbaar met het element 'Totaalbedrag' uit het declaratiesluitrecord van een EI-bestand.

De 'Optionele gegevens', waaronder optioneel gegeven kortingen, worden niet door de zorgverzekeraars verwerkt en maken dus geen deel uit van het declaratieproces. Dit zijn gegevens die voor de verzekerde van belang zijn.

3. Functionele standaard restnota generiek

Wanneer de declaratie al ingediend is bij de zorgverzekeraar en niet (geheel) is vergoed, wordt er een restnota naar de verzekerde gestuurd. Hoewel het niet de bedoeling is dat de verzekerde de restnota naar de zorgverzekeraar stuurt, wordt bij voorkomende gevallen de restnota door de zorgverzekeraar afgewezen omdat deze die niet (meer) voor vergoeding in aanmerking komt.

Ervan uitgaande dat de restnota dezelfde lay-out als de restitutenota heeft zijn voor de restnota twee eisen geformuleerd:

De eis voor de restnota is gericht op herkenning van de restnota door de zorgverzekeraar zodat de verzekerde automatisch een bericht van afwijzing voor de restnota kan ontvangen en de administratieve last voor de zorgverzekeraar zo beperkt mogelijk is.

- De restnota wordt herkend aan de hand van een herkenbaar stop- of uitroepteken. Hieronder staan de voorbeelden:



Deze nota is al ingediend bij uw zorgverzekeraar

of



Deze nota is al ingediend bij uw zorgverzekeraar

De kleur van de tekens is dusdanig dat het contrast tussen teken en achtergrond optimaal is, een zwart-wit teken voldoet hiermee ook.

- Dit wordt op de restnota bij de factuurgegevens geplaatst.

Ook wordt op de restnota het door de zorgverzekeraar vergoede bedrag aangegeven.

4. Technische standaard restitutie- en restnota generiek

4.1 Leesbaarheid

Om de leesbaarheid ten bate van de scan zoveel mogelijk te bevorderen is er een aantal aandachtspunten waaraan de restitutenota moet voldoen:

- De gedefinieerde blokstructuren zijn duidelijk herkenbaar op de nota.
- Het contrast tussen tekst en achtergrond is optimaal met donkere tekst en witte achtergrond. Er zijn geen storende achtergronden en lijnen op de nota.
- Logo's staan nooit door of achter gegevensblokken omdat deze de herkenning ernstig verstoren.
- Logo's zijn slecht herkenbaar en kunnen als zodanig niet verwerkt worden, alleen de tekst bij het logo kan verwerkt worden.
- Er worden gangbare office fonts zoals Courier, Times New Roman, Arial gebruikt. De grootte is tenminste 9- en bij voorkeur 10- en 12-punts. De fonts mogen niet cursief zijn, met uitzondering van de optionele gegevens
- Wanneer de nota op papier wordt afgedrukt is de minimale resolutie van de printer 300 dpi.

4.2 Digitale aanlevering

Restitutenota's kunnen ook digitaal worden aangeleverd via verschillende media. Wanneer de restitutenota digitaal aan de verzekerde/zorgverzekeraar wordt geleverd heeft deze de volgende kenmerken:

- Het bestandstype van het document is PDF.
- Voor het gebruik van de versie wordt rekening gehouden met de compatibiliteit van de versie. Momenteel zijn versies PDF 1.3 t/m 1.7 op de markt. Wanneer alle gebruikers het document kunnen gebruiken en afdrucken zijn nu PDF 1.4 of 1.5 gangbaar. In de toekomst liggen deze versies hoger.
- Het PDF-bestand bevat tekst en opmaak en is daardoor op woorden te doorzoeken.
- Metadata geven informatie over het PDF-document, deze zijn herkenbaar als 'eigenschappen' van een PDF-document. Naast de voorgedefinieerde eigenschappen is het mogelijk eigen eigenschappen aan de PDF toe te voegen, deze is ongelimiteerd¹. Het toevoegen van eigenschappen via PDF printerdrivers of Adobe Reader is niet mogelijk, wel vanuit de oorspronkelijke bron, Acrobat Standard of een geautomatiseerde toepassing. Het toevoegen van metadata aan een PDF is nu niet vastgelegd in deze standaard.

De digitale aanlevering van restitutenota's door verzekerde aan de zorgverzekeraar is buiten beschouwing van dit document.

¹ De wens bestaat bij zorgverzekeraars om de metadata te vullen met additionele informatie ten bate van een efficiëntere verwerking van de restitutenota. Er loopt een traject om een dataset te definiëren die in de metadata kan worden opgenomen.

5. Voorbeelden restitutie- en restnota DBC/Ziekenhuiszorg

In de volgende paragrafen zijn lay-outs toegevoegd die als voorbeeld dienen. Hier is ook beschreven welke velden wel/niet verplicht zijn en welke velden overeenkomen met de gegevens-elementen uit de EI-standaard.

Er zijn voorbeelden gedefinieerd voor:

- Restitutenota DBC-zorgproduct
- Restitutenota paramedisch
- Restitutenota overige zorgproducten
- Restnota

Binnen de voorbeelden van de restitutenota zijn in het declaratieblok niet waarheidsgetrouwe invullingen gemaakt.

Alle voorbeelden kennen de volgende legenda:

legenda

<verplicht>

<optioneel>

<verplicht indien niet uitbesteed via servicebureau>

(nnnn) komt overeen met volgnummer gegevens-element EI-standaard


5.1 Voorbeeld lay-out restitutenota DBC



<naam zorgaanbieder> **1** **Indien via servicebureau**
 <naam praktijk/instelling> <naam servicebureau>
 <straat> <huisnummer> <straat> <huisnr> of Postbus <postbusnummer>
 <postcode> <plaatsnaam> <postcode> <plaatsnaam>
 Telefoonnummer <telefoonnummer> Telefoonnummer <telefoonnummer>
 IBAN/Bankrekening <rekeningnummer> IBAN/Bankrekening <rekeningnummer>
 AGB <AGB-declarant (0110)> <AGB-praktijk (0111) of instelling (0112)> AGB <AGB-servicebureau (0109)>

KvK <kvk-nummer> **8** KvK <kvk-nummer>
 <url praktijk> <url servicebureau>

<naam geadresseerde> **2**
 <straat> <huisnummer>
 <postcode> <PLAATSNAAM>

 **8**

Factuur
 Factuurnummer <Factuurnummer declarant (0116)> **3**
 Factuurdatum <dd-mm-jjjj (0117)>

Debiteurnummer <debiteurnummer> **7**
 Te betalen voor <dd-mm-jjjj>

Algemene declaratiegegevens
 Machtigingsnummer: <Machtiging (0406)>
 Indicatie machtiging: <J of N (0437)> **5**
 Type verwijzer: <type (0421)>
 Voorschrijver/verwijzer: <AGB (0422) (0423) (0424)>
 Zorgtraject: <zorgtraject (0415)>
 Subtraject: <subtraject (0419)>
 Afsluitreden: <afsluitreden (0418)>

Betreft patiënt
 <naam verzekerde (0215 0211 0210)> (<dd-mm-jjjj (0207)>) **4**
 BSN <BSN-nummer (0203)> of Verzekerde <Verz.nummer (0205)>
 <UZOVI (0204)> <naam zorgverzekeraar>

Patiëntnummer <patiëntnummer (0206)> **8**

Declaratiegegevens

Begindatum	Einddatum	Prestatiecode	Zorgproduct	Zorgtype	Soort prestatie	Uitvoerder	Diagnose	Aantal	Bedrag (€)
<dd-mm-jjjj>	<dd-mm-jjj>	<prestatiecode>	<zorgproduct>	<zorgtype>	<soort prest.>	<AGB-code>	<Diagnose>	<aantal>	<999999,99>
(0411)	(0412)	(0409)-(0410)	(0414)	(0427)	(Omschr. 0611)	(0612)of(0613)	(0431)of(0433)	(0426)	(0620)

Prestatie: <lekenomschrijving DBC / DBC Zorgproduct>
Hashtotaal: <hashtotaal ZV (0441)>

Nu volgen <aantal ZA-records> informatieve zorgactiviteiten ter onderbouwing van het hierboven opgenomen zorgproduct:

Zorgactiviteit	Datum zorgactiviteit	Zorgactiviteitcode	Afwijkende instellingscode	Aantal
	<Begindatum ZA (1612)>	<ZA-code (1611)>	<Afwijkende instellingscode ZA (1616)>	<Aantal uitgevoerde prestaties (1614)>
Omschrijving: <ZA-omschrijving>				

Einde opsomming zorgactiviteiten

Begindatum	Einddatum	Prestatiecode	Zorgproduct	Zorgtype	Soort prestatie	Uitvoerder	Diagnose	Aantal	Bedrag (€)
01-06-2014	10-06-2014	041-000001	079699010	11	Kostendeel	03000001	A159	1	12345,67
Prestatie: Kortdurend verblijf [012], behandeling behorend bij een diagnose									
01-06-2014	10-06-2014	041-000001	079699010	11	Honorariumdeel	0303	A159	12	500,00
Prestatie: Kortdurend verblijf [012], behandeling behorend bij een diagnose									
Hashtotaal: ANJ1280990890AN138789324789HJKASHFGUW123978689234 BQXJ1280990890AN138789324789HJKASHFGUW123978689234 ZDFGPLWVD0890AN138789324789HJKASHFGUW123978689234 enz.									

Nu volgen 3 informatieve zorgactiviteiten ter onderbouwing van het hierboven opgenomen zorgproduct:

Zorgactiviteit	Datum zorgactiviteit	Zorgactiviteitcode	Afwijkende instellingscode	Aantal
	01-06-2014	123456	06000002	1
Omschrijving: Dit is een zorgactiviteit met een omschrijving van maximaal 300 karakters, dit is de consumentenomschrijving van DBC Onderhoud; mogelijk later een lekenomschrijving met eigen lengte.				
	03-06-2014	123457		1
Omschrijving: Dit is een zorgactiviteit met een omschrijving van maximaal 300 karakters, dit is de consumentenomschrijving van DBC Onderhoud; mogelijk later een lekenomschrijving met eigen lengte.				
	05-06-2014	123458	06000956	1
Omschrijving: Dit is een zorgactiviteit met een omschrijving van maximaal 300 karakters, dit is de consumentenomschrijving van DBC Onderhoud; mogelijk later een lekenomschrijving met eigen lengte.				


Einde opsomming zorgactiviteiten

6

7 Door u te voldoen <999999,99> (9909)

9 blz. <9> van <9>

5.2 Voorbeeld lay-out restitutenota Paramedisch



1

<naam zorgaanbieder>
 <naam praktijk/instelling>
 <straat> <huisnummer>
 <postcode> <plaatsnaam>
 Telefoonnummer <telefoonnummer>
 IBAN/Bankrekening <rekeningnummer>
 AGB <AGB-declarant (0110)> <AGB-praktijk (0111) of instelling (0112)>

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>

8

KvK <kvk-nummer>
 <url servicebureau>

<naam geadresseerde>
 <straat> <huisnummer>
 <postcode> <PLAATSNAAM>

2



8

Betreft patiënt

<naam verzekerde (0215 0211 0210)> <dd-mm-jjjj (0207)>
 BSN <BSN-nummer (0203)> of Verzekerde <Verz.nummer (0205)>
 <UZOVI (0204)> <naam zorgverzekeraar>

4

Patiëntnummer <patiëntnummer (0206)>

8

Factuur

Factuurnummer <Factuurnummer declarant (0116)> **3**
 Factuurdatum <dd-mm-jjjj (0117)>

Debiteurnummer <debiteurnummer> **8**
 Te betalen voor <dd-mm-jjjj>

Algemene declaratiegegevens

Machtigingsnummer: <Machtiging (0406)> **5**
 Type verwijzer: <type (0421)>
 Voorschrijver/verwijzer: <AGB (0422) (0423) (0424)>

Declaratiegegevens

Begindatum	Einddatum	Prestatiecode	Omschrijving	Soort prestatie	Uitvoerder	Aantal	Bedrag (€)
<dd-mm-jjjj> - <dd-mm-jjjj>	<dd-mm-jjjj>	<prestatiecode>	<omschrijving>	<soort prest.>	<AGB-code>	<aantal>	<999999,99>
(0411)	(0412)	(0409)-(0410)		(Omschr. 0611)	(0612) of (0613)	(0426)	(0620)
Verwijsdiagnose PM: <dia (0452)> CSI PM: <CSI (0453)> Ind tweede operatie PM: <tweede (0454)> Reden einde zorg: <reden (0455)>							
01-01-2013	10-01-2013	041-000001	Paramedische prestatie X	Verrichting	12345678	1	111,11
Verwijsdiagnose PM: 12345678 CSI PM: 001 Ind tweede operatie PM: N Reden einde zorg: 41							
01-01-2013	10-01-2013	041-000001	Paramedische prestatie Y	Verrichting	87654321	2	50,00
Verwijsdiagnose PM: 12345678 CSI PM: 001 Ind tweede operatie PM: N Reden einde zorg: 41							

6


7 Door u te voldoen <999999,99>
 (9908)

legenda

<verplicht>
 <optioneel>

<verplicht indien niet uitbesteed via servicebureau>
 (nnnn) komt overeen met volgnummer gevevenselement EI-standaard

5.3 Voorbeeld lay-out restitutenota overige zorgproducten



1

<naam zorgaanbieder>
 <naam praktijk/instelling>
 <straat> <huisnummer>
 <postcode> <plaatsnaam>
 Telefoonnummer <telefoonnummer>
 IBAN/Bankrekening <rekeningnummer>
 AGB <AGB-declarant (0110)> <AGB-praktijk (0111) of instelling (0112)>

8

KvK <kvk-nummer>
 <url praktijk>

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 servicebureau>

2

<naam geadresseerde>
 <straat> <huisnummer>
 <postcode> <PLAATSNAAM>

8



3

Factuur
 Factuurnummer <Factuurnummer declarant (0116)>
 Factuurdatum <dd-mm-jjjj (0117)>

7

Debiteurnummer <debiteurnummer>
 Te betalen voor <dd-mm-jjjj>

Betreft patiënt

<naam verzekerde (0215 0211 0210)> (<dd-mm-jjjj (0207)>)
 BSN <BSN-nummer (0203)> of Verzekerde <Verz.nummer (0205)>
 <UZOVI (0204)> <naam zorgverzekeraar>

4

Patiëntnummer <patiëntnummer (0206)> **8**

Algemene declaratiegegevens

Machtigingsnummer: <Machtiging (0406)>
 Type verwijzer: <type (0420)>
 Voorschrijver/verwijzer: <AGB (0421) (0422)>
 Zorgtraject: <zorgtraject (0415)>
 Subtraject: <subtraject (0419)>

5

Declaratiegegevens				Soort prestatie	Uitvoerder	Aantal	Bedrag (€)
Begindatum	Einddatum	Prestatiecode	Omschrijving	<soort prest.> (Omschr. 0611)	<AGB-code> (0612) of (0613)	<aantal> (0424)	<999999,99> (0620)
<dd-mm-jjjj> (0411)	<dd-mm-jjj> (0412)	<prestatiecode> (0409)-(0410)	<omschrijving>				
01-01-2013	10-01-2013	041-000002	Overig zorgproduct A	Verrichting	03345678	1	111,11
01-01-2013	10-01-2013	041-000002	Overig zorgproduct B	Verrichting	03654321	2	50,00

6

7 Door u te voldoen <999999,99>
(9909)

legenda
 <verplicht>
 <optioneel>

<verplicht indien niet uitbesteed via servicebureau>
 (nnnn) komt overeen met volgnummer gegevens-element EI-standaard

5.4 Voorbeeld lay-out restnota

	<naam zorgaanbieder> <naam praktijk/instelling> <straat> <huisnummer> <postcode> <plaatsnaam> Telefoonnummer <telefoonnummer> IBAN/Bankrekening <rekeningnummer> AGB <AGB-declarant> <AGB-praktijk of instelling>	Indien via servicebureau <naam servicebureau> <straat> <huisnr> of Postbus <postbusnummer> <postcode> <plaatsnaam> Telefoonnummer <telefoonnummer> IBAN/Bankrekening <rekeningnummer> AGB <AGB-servicebureau>																																													
	KvK <kvk-nummer> <url praktijk>	KvK <kvk-nummer> <url servicebureau>																																													
<naam geadresseerde> <straat> <huisnummer> <postcode> <PLAATSNAAM>	Factuur Factuurnummer <Factuurnummer declarant> Factuurdatum <dd-mm-jjjj>																																														
	Debiteurnummer <debiteurnummer> Te betalen voor <dd-mm-jjjj>																																														
Betreft patiënt <naam verzekerde> (<dd-mm-jjjj>) BSN <BSN-nummer> of Verzekerde <Verz.nummer> <UZOVl> <naam zorgverzekeraar>	 Deze nota is al ingediend bij uw zorgverzekeraar																																														
Patiëntnummer <patiëntnummer>	Algemene declaratiegegevens Machtigingsnummer: <Machtiging> Type verwijzer: <type> Voorschrijver/verwijzer: <AGB>																																														
Declaratiegegevens <table border="1"> <thead> <tr> <th>Begindatum</th> <th>Einddatum</th> <th>Prestatiecode</th> <th>Omschrijving</th> <th>Soort prestatie</th> <th>Diagnose</th> <th>Uitvoerder</th> <th>Aantal</th> <th>Bedrag (€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><dd-mm-jjjj></td> <td>- <dd-mm-jjj></td> <td><prestatiecode></td> <td><omschrijving></td> <td><soort prest.></td> <td><Diagnose></td> <td><AGB-code></td> <td><aantal></td> <td><999999,99></td> </tr> <tr> <td colspan="9"><i>Reeds vergoed door <Naam verzekeraar></i></td> </tr> <tr> <td><dd-mm-jjjj></td> <td>- <dd-mm-jjj></td> <td><prestatiecode></td> <td><omschrijving></td> <td><soort prest.></td> <td><Diagnose></td> <td><AGB-code></td> <td><aantal></td> <td><999999,99></td> </tr> <tr> <td colspan="9"><i>Reeds vergoed door <Naam verzekeraar></i></td> </tr> </tbody> </table>	Begindatum	Einddatum	Prestatiecode	Omschrijving	Soort prestatie	Diagnose	Uitvoerder	Aantal	Bedrag (€)	<dd-mm-jjjj>	- <dd-mm-jjj>	<prestatiecode>	<omschrijving>	<soort prest.>	<Diagnose>	<AGB-code>	<aantal>	<999999,99>	<i>Reeds vergoed door <Naam verzekeraar></i>									<dd-mm-jjjj>	- <dd-mm-jjj>	<prestatiecode>	<omschrijving>	<soort prest.>	<Diagnose>	<AGB-code>	<aantal>	<999999,99>	<i>Reeds vergoed door <Naam verzekeraar></i>										
Begindatum	Einddatum	Prestatiecode	Omschrijving	Soort prestatie	Diagnose	Uitvoerder	Aantal	Bedrag (€)																																							
<dd-mm-jjjj>	- <dd-mm-jjj>	<prestatiecode>	<omschrijving>	<soort prest.>	<Diagnose>	<AGB-code>	<aantal>	<999999,99>																																							
<i>Reeds vergoed door <Naam verzekeraar></i>																																															
<dd-mm-jjjj>	- <dd-mm-jjj>	<prestatiecode>	<omschrijving>	<soort prest.>	<Diagnose>	<AGB-code>	<aantal>	<999999,99>																																							
<i>Reeds vergoed door <Naam verzekeraar></i>																																															
							Nog door u te voldoen	<999999,99>																																							

6. Bijlagen

6.1.1 Mutatieoverzicht

Voor toekomstig gebruik van (sub)versies en uitgaven.

Dit overzicht is ten behoeve van correctief onderhoud bij uitbrengen van een nieuwe (sub)versie van de standaard restitutenota en voor het aanbrengen van correcties en verduidelijkingen in dit document.

Tabel 6-1 Mutatieoverzicht bij deze uitgave

Datum	RfC# / CorrID	Documentdeel	Aard wijziging
23-4-2021	S20043	Paragraaf 2.4 Kortingen	Paragraaf nieuw toegevoegd
23-4-2021	S20041	Par 2.1, 2.2 en 2.3	Het woord 'acceptgiro' is vervangen door 'iDEAL QR-code' en de acceptgiro's zijn verwijderd uit de invulvoorbeelden