

Declaratieprotocol Farmacie 2017

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
Einddatum prestatie	Voor verrichtingen: datum van de verrichting
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	Vigerende zorgovereenkomst of administratieve overeenkomst
VECOZO	VECOZO is hét internetportaal voor veilige communicatie in de zorg (zie www.vecozo.nl).
Zorgaanbieder	De natuurlijke of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatige zorg verleent

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 een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst of betaalovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.
4. Het is uitsluitend toegestaan te declareren bij de zorgverzekeraar waar de verzekerde is verzekerd voor de door de zorgaanbieder verleende zorg.

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 verzekerde 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. De zorgaanbieder stelt vast dat de klant en de verzekerde dezelfde persoon zijn. COV kan pas dan gebruikt worden voor het verifiëren van het BSN.

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 de overeenkomst verleende zorg (op basis van overeengekomen tarieven) rechtstreeks (dus zonder tussenkomst van de verzekerde) bij de zorgverzekeraar.
3. Declaraties worden door de zorgaanbieder via VECOZO elektronisch aangeleverd bij de zorgverzekeraar.
Voor FBTO en de volmachten van Avéro Achmea geldt dat declaraties met de externe integratie standaard AP304 via Vecozo elektronisch doorgestuurd worden naar Clearing House Apothekers (CHA). Het is ook toegestaan deze declaraties rechtstreeks bij CHA te declareren.
4. De zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-codes zoals die zijn opgenomen onder ‘UZOVI-codes en contactgegevens’.
5. De zorgaanbieder levert de 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.
6. De zorgaanbieder levert de declaratie van de verrichting in de maand januari van enig jaar niet eerder in dan 1 februari.
7. Alleen de artikelen die genoemd zijn in Bijlage A3 kunnen via de EI-standaard gedeclareerd worden
8. De zorgaanbieder dient, behoudens overmacht, de declaratie en her-declaratie binnen 12 maanden na de verrichting bij de verzekeraar in.
9. In geval van overmacht, zoals bedoeld in artikel 3 lid 8, neemt de zorgaanbieder contact op met de zorgverzekeraar met de intentie om alsnog de betreffende declaratie(s) zowel administratief als financieel juist af te handelen. Partijen houden zich hierbij aan de overeengekomen declaratietermijnen.
10. De afhandeling van declaratieregels wordt door de zorgverzekeraar uitgevoerd volgens het principe dat de zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt.
11. (Foutief) ingediende tarieven worden door ons gecorrigeerd en uitbetaald.
12. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt de zorgverzekeraar contact op met de zorgaanbieder.
13. Declaraties van verschillende kalenderjaren worden gescheiden aangeleverd.

14. De zorgaanbieder levert, na het sluiten van een nieuwe overeenkomst, of bij verlenging van de huidige overeenkomst, de eerste declaratie niet eerder in dan 10 werkdagen na het afsluiten van deze overeenkomst.
15. Zilveren Kruis kan de declaratie niet verwerken al geen rekeningnummer bekend is. De declaratie kan afgewezen worden. De zorgaanbieder kan, minimaal 10 dagen na aanlevering van het rekeningnummer de declaratie opnieuw indienen.

Artikel 4 Declareren via derden

1. Alle bepalingen uit dit declaratieprotocol 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). In het voorlooprecord moet aangegeven zijn dat er aan derde uitbetaald moet worden, door "1" betaling aan servicebureau, te vullen. De zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de zorgverzekeraar formeel en schriftelijk wordt geïnformeerd dat:
 - a. de declaratiewerkzaamheden zijn uitbesteed aan de derde en welke derde
 - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet wordenDit dient tenminste 10 werkdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie bij de zorgverzekeraar bekend te zijn gemaakt.
3. Beëindiging c.q. wijziging van de hiervoor genoemde uitbesteding dient door de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn, schriftelijk bij de zorgverzekeraar bekend gemaakt zijn.
4. De zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit dit declaratieprotocol 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 betreffende overeenkomst tussen de zorgaanbieder en deze derde voortvloeien, ongeacht wat tussen de zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De zorgaanbieder vrijwaart de zorgverzekeraar voor alle directe en indirecte schade van de zorgaanbieder die voortvloeit uit het niet of niet juist naleven van de contractuele afspraken, dan wel van de bepalingen uit het Declaratieprotocol dat de zorgverzekeraar hanteert, door deze derde partij aan wie het declaratieverkeer door de zorgaanbieder is uitbesteed.
6. Betaling door de zorgverzekeraar aan derden op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de zorgaanbieder, geldt als een betaling aan de zorgaanbieder.
7. De zorgverzekeraar stelt de retourinformatie via VECOZO uitsluitend beschikbaar aan de derde partij.

Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties en/of (interne) correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, binnen 3 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. De zorgverzekeraar is gerechtigd, met inachtneming van het bepaalde in de zorgovereenkomst, om een uitbetaalde declaratie bij de zorgaanbieder terug te vorderen, dan wel te verrekenen met goedgekeurde declaraties indien er sprake is van:
 - Ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties
 - Incorrecte tarieven
 - Fraude
 - Dubbel uitbetaalde declaraties
 - Overige onverschuldigde betalingen
 - Bovenstaande opsomming is niet limitatief.
4. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder of een eventuele door de zorgaanbieder gemachtigde 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 onverschuldigde betaling voornemens is om uit te voeren. Indien de zorgaanbieder de vordering betwist heeft zij 30 werkdagen de tijd om de declaratie te motiveren alvorens de terugvordering ten uitvoer te brengen.

Artikel 6 Betaling

1. De zorgaanbieder informeert de patiënt/verzekerde voor aanvang behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde geen recht heeft op vergoeding van de zorg op grond van zijn basisverzekering en aanvullende verzekering, dan wel dat vooraf een machtiging van de verzekeraar nodig is.
2. Indien er een betaalovereenkomst is gesloten, informeert de zorgaanbieder de verzekerde tevens dat er geen contractuele relatie bestaat met de zorgverzekeraar.
3. De zorgaanbieder informeert de verzekerde dat er te allen tijde sprake kan zijn van een eigen bijdrage, ingeval het maximum vergoeding bereikt conform de polisvoorwaarden
4. Indien een betaalovereenkomst is gesloten vind uitsluitend - gedeeltelijke - betaling van zorg plaats, waarvoor de verzekerde bij de zorgverzekeraar is verzekerd, een en ander conform de gelden polisvoorwaarden.
5. Indien een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg plaats waarvoor de verzekerde bij de zorgverzekeraar is verzekerd, tegen de in de zorgovereenkomst overeengekomen condities en/of de wettelijke tarieven.
6. De zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven rekeningnummer. Als er geen rekeningnummer bekend is zal de ingediende declaratie niet in behandeling worden genomen.
7. Bij digitale declaraties hanteert de zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van maximaal 15 kalenderdagen.

Voor FBTO en de volmachten van Avéro Achmea geldt in afwijking hierop dat declaraties die uiterlijk op de 5^{de} van de maand ontvangen zijn door CHA, op de 22^{ste} van die maand betaalbaar worden gesteld.
8. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag volledig aan de zorgaanbieder vergoeden.
9. Indien de zorgverzekeraar bij een door de zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling ter hoogte van 90% van het gedeclareerde bedrag.

10. Als achteraf blijkt dat de zorgverzekeraar met de voorlopige betaling teveel heeft betaald, betaalt de zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk aan de zorgverzekeraar, doch uiterlijk binnen veertien werkdagen nadat de zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven terug. De zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk rekeningnummer het te veel betaalde terug betaald dient te worden.
11. Indien de terugbetaling conform artikel 6 lid 10 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.
12. 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 zo spoedig mogelijk beschikbaar via VECOZO, maar uiterlijk binnen 15 dagen. Tenzij sprake is van een voorlopige betaling
5. Indien er de zorgverlener een IDEA contract heeft gesloten ontvangt zij extra retourinformatie (via VECOZO of per email) in de vorm van de herverdelingspecificatie.

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-Vektis.
2. De zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk telefonisch door te geven aan AGB-Vektis via 0900-2422633 (zie hiervoor www.AGBCODE.nl) of te wijzigen via www.vecozo.nl
3. De zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem/haar werkzame zorgverleners, actueel in AGB-Vektis 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-Vektis.
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.

UZOVI-codes

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

Label	UZOVI-nummer
Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (inclusief Pro Life)	3311
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	3313
OZF Zorgverzekeringen N.V.	3314
FBTO Zorgverzekeringen N.V.	0211
Avéro Zorgverzekeringen N.V.	3329
Volmachten Avero Zorgverzekeringen N.V.	
• Nedasco B.V / Caresco B.V.	8960
• IAK Volmacht B.V.	8971
• Aevitae B.V.	8958

A.2: Betaalafspraken

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

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico
Homeopathische geneesmiddelen (productgroep HM of HA van de Z-index)	JA	JA
Antroposofische geneesmiddelen (productgroep HM of HA van de Z-index)	JA	JA
Anticonceptiva voor verzekerden vanaf 21 jaar en ouder zonder medische indicatie	JA	JA

A.3: Rechtstreeks declareren AV- verstrekkingen

De volgende geneesmiddelen vanuit de aanvullende verzekering kunnen rechtstreeks worden gedeclareerd bij Zilveren Kruis:

Homeopathische geneesmiddelen (productgroep HM of HA van de Z-index);
Antroposofische geneesmiddelen (productgroep HM of HA van de Z-index);
Anticonceptiva voor verzekerden vanaf 21 jaar en ouder zonder medische indicatie.

Bovenstaande middelen zullen door de zorgverzekeraar worden vergoed conform hetgeen gesteld in de overeenkomst. Voor overname debiteuren-/of incassorisico zie bijlage A.2 betaalafspraken

Contactgegevens, wijzigingen en melden fraudegevallen

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

Contactgegevens

Alle actuele contactgegevens kunt u vinden op onze website www.zilverenkruis.nl

Wijziging betaalgegevens

Voor Wijzigingen van uw betaalgegevens maakt u gebruik van het daarvoor bestemde formulier. Deze vindt u op onze website:

<https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact/Paginas/rekeningnummer-wijzigen.aspx>

Zilveren Kruis 071-75 10 061	zorginkoop.contractbeheer@zilverenkruis.nl	Zorginkoop Contractbeheer Postbus 444 1200 AK Leiden
FBTO	rekeningnummer.fbto@achmea.nl	FBTO Zorg Postbus 318 8901 BC Leeuwarden
Nedasco B.V. / Caresco B.V. 033 20 20 550	zorgverleners@caresco.nl	Nedasco B.V. / Caresco B.V. Postbus 1815 3800 BV Amersfoort
IAK Volmacht B.V. 040 26 11 888	zorgaanbieders@iak.nl	IAK Volmacht B.V. Postbus 90165 5600 RV Eindhoven
Aevitae B.V. 0900 36 93 693	info@aevitae.com	Aevitae B.V. Postbus 2705 6401 DE Heerlen

BIJLAGE C: Gegevens-elementen papieren nota

Gegevens op papierendeclaratie

Formaat

Het formaat is:

- Staande A4
- Eenzijdige afdruk

Gegevens op papierendeclaratie Op declaratie

niveau:

- NAW en AGB-code declarant
- servicebureau indien van toepassing
- bankrekeningnummer
- betaling aan
- factuurnummer 12 posities maximaal
- factuurdatum
- geadresseerde gegevens
- verzekerde nummer of BSN (volgens schema in de externe integratiestandaard)
- geboortedatum patiënt
- naam patiënt
- afleverdatum en/of behandeldatum
- Z-index nummer of prestatiecode
- koppelreferentienummer
- voorschijver of AGB-code
- receptnummer
- omschrijving Z-index nummer of farmaceutische zorgprestatie
- WMG tariefcode (indien van toepassing)
- bedrag kosten
- bedrag GVS eigen bijdrage
- debet of credit
- machtigingsnummer (indien van toepassing)

Verder:

Bij doorgeleverde bereidingen en/of geneesmiddelen die niet in de Z-index zijn opgenomen moet een (kopie) inkoopnota meegeleverd worden met de papieren nota.

BIJLAGE D: afwijkende werkwijze declareren voor AVERO en volmachten via Clearing House Apothekers (CHA)

1. Declaraties met de externe integratie standaard AP304 worden door de contractant via VEZOZO elektronisch aangeleverd bij Clearing House Apothekers(CHC). Het is ook toegestaan deze declaraties rechtstreeks bij Clearing House Apothekers (CHA) te declareren. Declaraties met de externe integratie standaard HA304 of OS301 dient de contractant rechtstreeks bij Clearing House Apothekers (CHA) te declareren. Ter uitvoering van de onderhavige overeenkomst zal VEZOZO, namens de zorgverzekeraar technische controles (N1-N5) uitvoeren zoals beschreven in de Registratie Bedrijfs en Controleregels (RBC) bij de betreffende EI-standaard. Indien blijkt dat het declaratiebestand niet geheel voldoet aan deze technische specificaties zal VEZOZO het gehele bestand retourneren. In het door VEZOZO opgestelde retourbericht staan de geconstateerde fout(en) beschreven.
2. De zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven rekeningnummer. Bij digitale declaraties hanteert de zorgverzekeraar dat declaraties uiterlijk op de 5^e van de maand ontvangen bij Clearing House Apothekers, op de 22^e van de maand betaalbaar worden gesteld.