

Declaratieprotocol MSZ

Definities

Betaaltermijn	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 DOT): Einddatum samengesteld product
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.
Indieningstermijn	De termijn waarbinnen de declaratie moet zijn ingediend, gerekend vanaf de sluitdatum van de prestatie.
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).
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.
Zorgaanbieder	Instelling voor medisch specialistische zorg
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.

Artikel 1 Algemeen

1. Wetgeving, regelgeving (beleidsregels en andere regels), landelijke richtlijnen en overige bilateraal overeengekomen afspraken zijn altijd leidend.
2. De declaratiebepalingen gelden voor:
 - a. het declaratieproces en onderwerpen die daar mee samenhangen;
 - 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 of administratieve overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.
4. Het is uitsluitend toegestaan te declareren namens zorgaanbieders die in deze overeenkomst worden genoemd.

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 standaard die van toepassing is.
4. Alleen in uitzonderlijke gevallen mogen gegevens over verzekeringsrecht en BSN telefonisch bij de zorgverzekeraar worden opgevraagd, omdat COV altijd beschikbaar is en gebruikt kan worden.
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 via VECOZO ingediend met de geldende versie van de EI-standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
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. Declaraties worden door de zorgaanbieder via VECOZO elektronisch aangeleverd bij de zorgverzekeraar.
4. De zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-codes zoals opgenomen in bijlage 6.
5. De zorgaanbieder levert minimaal 12 keer en maximaal 52 keer per kalenderjaar de declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar en/of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de zorgaanbieder zelf verantwoordelijk voor het zo snel mogelijk aanleveren van een nieuw declaratiebestand.
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 wijst 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.”

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.

7. Alleen indien er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht (ook een nota aan de patiënt) bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze voldoen aan de definities zoals die in de externe integratie standaard zijn vastgesteld. Een papieren declaratie bevat minimaal de elementen zoals opgesomd in bijlage D.
8.
 - a. De zorgaanbieder streeft ernaar 95% van de initiële declaraties binnen 3 maanden en de resterende 5% binnen 6 maanden in te dienen bij de zorgverzekeraar, doch uiterlijk op 31 oktober van jaar t+1.
 - b. Indien de zorgaanbieder de initiële declaratie(s) niet binnen de uiterste termijn zoals genoemd in lid 8a aanlevert, dan vervalt het recht op betaling van de betreffende declaratie(s).
9. Indien door problemen de termijn, zoals bedoeld in lid 8 lid niet gehaald wordt, 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 indieningstermijn.

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. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt de zorgverzekeraar contact op met de zorgaanbieder.
11. 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 dit declaratieprotocol zijn ook 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 de derde en welke derde;
 - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.Dit dient tenminste 10 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 zijn.
4. De zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de declaratiebepalingen 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 declaratiebepalingen.
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.

Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

1. 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.
2. Correcties op declaraties die zijn betaald door de zorgverzekeraar, worden door de zorgaanbieder door middel van creditnota's via de externe integratie standaard aangeboden.
3. Als er specifieke omgangsregels (uniforme omgangsregels controles) zijn afgesproken over achterafcontroles dan mag de zorgverzekeraar de achterafcontroles niet zelf corrigeren. Pas op het moment dat er afspraken in de omgangsregels zijn vastgelegd over het recht op verrekenen van de zorgverzekeraar van achteraf controles mag de zorgverzekeraar declaratiegegevens 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;
 - 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 zal gaan uitvoeren. Indien de zorgaanbieder de terugvordering betwist heeft zij 42

kalenderdagen de tijd om de declaratie te motiveren voordat de zorgverzekeraar de vordering int. Als 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 verzekerde vóór de start van een 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 of dat een machtiging van de zorgverzekeraar nodig is.
2. Wanneer er een zorginhoudelijke overeenkomst is afgesloten betaalt de zorgverzekeraar uitsluitend de overeengekomen en/of de wettelijke tarieven van de zorg waarvoor de verzekerde bij de zorgverzekeraar is verzekerd.
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 van maximaal 15 kalenderdagen, gerekend vanaf de ontvangstdatum van de declaratie.
5. Als bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft, dan zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag volledig aan de zorgaanbieder vergoeden conform bijlage 7.
6. Als 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 volledig aan de zorgaanbieder vergoeden, conform bijlage 7.
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% 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 aan de zorgverzekeraar terug, maar uiterlijk binnen 14 kalenderdagen nadat de zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven. De zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk bankrekeningnummer het teveel betaalde terug betaald dient te worden.
9. Indien de terugbetaling conform artikel 6, lid 8 niet binnen 14 kalenderdagen plaatsvindt, is de zorgverzekeraar gerechtigd al haar 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 (NB dit is een door de zorgverzekeraar toegevoegd lid ten opzichte van het landelijke protocol).

Artikel 7 Retourinformatie

1. Een retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de geldende versie van de EI-standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de EI-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 EI-standaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden.
4. De zorgverzekeraar stelt de retourinformatie van de declaraties die ingediend zijn via VECOZO zo spoedig mogelijk beschikbaar via VECOZO, maar uiterlijk binnen 15 kalenderdagen, 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 de zorgaanbieder geregistreerde gegevens in AGB.
2. 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).
3. De zorgaanbieder draagt ervoor zorg dat de gegevens van de bij de zorgaanbieder werkzame zorgaanbieders, 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. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het actueel houden van de gegevens behorende bij UZOVI-nummers.
6. Als de zorgverzekeraar wijzigingen in haar gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoert die gevolgen heeft voor de zorgaanbieder, stelt zij de zorgaanbieder hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.

Addendum

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. 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.
3. 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 UZOVI-codes

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

Label	UZOVI-nummer
Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. (inclusief Pro Life)	3311
De Friesland Zorgverzekeringen (inclusief Kiemer)	7084
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	3313
OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.	3314
FBTO Zorgverzekeringen N.V. vanaf 1 januari 2018 voor 1 januari 2018	3351 0211
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	3329
Volmachten Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	
Nedasco/Caresco B.V. (tot 1 januari 2018)	8960
IAK Volmacht B.V.	8971
Aevitae B.V.	8958

BIJLAGE B 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	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. Geen overname door FBTO en De Friesland Zorgverzekeraar	Wanneer de zorgaanbieder rechtstreeks digitaal via VECOZO 100% declareert. Geen overname door FBTO en De Friesland Zorgverzekeraar	Nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee

BIJLAGE C Contactgegevens, wijzigingen en melden fraudegevallen

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

Contactgegevens

Naam	Telefoon	E-mail	Postadres
Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (inclusief Pro Life)	071 – 751 00 99	Info.declaraties@zilverenkruis.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	071 – 751 00 99	Info.declaraties@zilverenkruis.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@zilverenkruis.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle
De Friesland zorgverzekeraar	058 – 291 31 31	MSZ@defriesland.nl	Postbus 270 8901 BB Leeuwarden

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 declaratievoorwaarden en een foutenanalyse (declaratiekwaliteit) kunt u contact opnemen met uw Relatiebeheerder MSZ. E-mail: relatiebeheerzwolle@zilverenkruis.nl

Wijzigingsprocedure betalingsgegevens

Voor het wijzigen of opgeven van bankrekeningnummers moet het digitale formulier 'Wijzigingsformulier Bankrekeningnummer' worden gebruikt. Dit formulier treft u aan op de website www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/msz/declareren. 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 D Restitutienota

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. Het landelijke format Restitutie nota dat gebruikt kan worden is te raadplegen via: http://ei.vektis.nl/Help/ZH308v9.0/ZH308v9%200_Restitutienota_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.).