

## Convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg (MSZ) en kaakchirurgie

### Bijlage 1, Uniforme declaratieparagraaf

#### 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.
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 VECOZO	Vigerende zorgovereenkomst of administratieve overeenkomst. Het internetportaal voor veilige communicatie in de zorg (zie <a href="http://www.vecozo.nl">www.vecozo.nl</a> )
Zorgaanbieder	Instelling voor medisch specialistische zorg of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC), medisch specialisten en vrije beroepsbeoefenaren.
Zorgverzekeraar	Een organisatie die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet of aanvullende zorgverzekeringen aanbiedt of de volmachtouder 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 volmachtouder voor wie de Zorgverzekeraar het verzekeringsrisico draagt.



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN  
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



ZKN  
ZELFSTANDIGE  
KLINIEKEN NEDERLAND



Zorgverzekeraars  
Nederland



Federatie  
Medisch  
Specialisten



Nederlandse  
Vereniging van  
Ziekenhuizen

## 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 die betrekking hebben 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 en vormt hiermee één geheel. 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 de Zorgaanbieder die in de overeenkomst genoemd wordt.

## 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, bij de contactpersoon zoals is opgegeven in bijlage 1b art 9, Wederzijdse contactpersonen.

---

<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.

### 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 1a, Art. 3.2.
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 1a, art 3.4 UZOVI-codes.
5. De Zorgaanbieder declareert minimaal het aantal keer per jaar zoals opgenomen in bijlage 1a, art 3.5 Minimaal aantal keer declareren per jaar
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 geeft de Zorgaanbieder duidelijk op of bij de factuur aan dat deze factuur niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking komt en dat de patiënt deze factuur zelf aan de Zorgaanbieder moet betalen.
7. Alleen als er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze moeten voldoen aan de Nadere Regels die de NZa aan de informatieverplichting bij factureren stelt.
8. Bij het maken van bilaterale afspraken via de declaratieparagraaf wordt onderstaande in acht genomen:
  - a. 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;
  - b. De Zorgaanbieder streeft ernaar om minstens 95% van de declarabele zorgproducten te declareren binnen een termijn zoals is vermeld in bijlage 1a, art 3.8.b, declaratietermijn, ten opzichte van de einddatum van het DBC-zorgproduct of (behandel)datum van de overige zorgproducten (zorg die niet door middel van een DBC-zorgproduct gedeclareerd wordt) te declareren. De Zorgaanbieder declareert de resterende 5% binnen een termijn zoals vermeld in bijlage 1a, art 3.8.b, Declaratietermijn, na sluiten van de DBC of geleverde prestatie.
  - c. Correcties en herdeclaraties zijn hiervan uitgezonderd.
  - d. 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.
  - e. Als de Zorgverzekeraar het vermoeden heeft dat een Zorgaanbieder de overeengekomen percentages niet realiseert (omdat de te verwachten schadelast voor een bepaald behandeljaar

achterblijft) dan neemt zij hierover contact op met de Zorgaanbieder, om 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 Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar beide verantwoordelijk zijn voor een juiste, tijdige en volledige administratieve en financiële afhandeling van zorgproductiedeclaraties.

- f. Bij digitale declaraties hanteren Zorgverzekeraars voor de Betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn zoals is opgenomen in Bijlage 1a, art 3.8.f Betaaltermijn.
  - g. Bij digitale declaraties informeren Zorgverzekeraars de Zorgaanbieder met behulp van retourinformatie over de ingediende declaraties. Dat maakt het voor zorgaanbieders mogelijk om mogelijke systeemfouten zo snel als mogelijk te verbeteren, zo mogelijk vóór een volgende declaratie. Zie ook artikel 7 lid 4.
  - h. Als 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.
9. Als de Zorgverzekeraar – voor zover er een vorderingsrecht bestaat conform de Zorgverzekeraar specifieke afspraken (deel II van de uniforme overeenkomst) - 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.
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. Als 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 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 een derde en aan welke derde;
  - b. En hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.

Dit 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 de Zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn, schriftelijk bij de Zorgverzekeraar bekend te maken.
4. De Zorgaanbieder is er ook verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit deze declaratieparagraaf onverkort naleeft. Als dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de Zorgverzekeraar hier nooit aansprakelijk voor worden gesteld.
5. Als de Zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan derden, blijft de Zorgaanbieder te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van verplichtingen die uit de overeenkomst voortvloeien, ongeacht wat tussen de Zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door een gemachtigde van de bepalingen uit deze declaratieparagraaf.
6. Betaling door de Zorgverzekeraar aan derden op schriftelijk verzoek en/of mitschriftelijke instemming van de Zorgaanbieder, geldt als een betaling aan de Zorgaanbieder.

## **Artikel 5 Herdeclaraties en correcties**

1. De Zorgaanbieder streeft er naar herdeclaraties of correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, opnieuw te declareren binnen een periode na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO opnieuw te declareren, zoals is afgesproken in bijlage 1a, art 5.1 Termijn herdeclaraties.
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 volgens 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 als er sprake is van:
  - a. Ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties
  - b. Incorrecte tarieven
  - c. Aannemelijk gemaakte fraude
  - d. 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. Als 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. 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 patiënt/verzekerde voor aanvang behandeling als uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn basisverzekering of als een machtiging van de verzekeraar nodig is.
2. Als een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg waarvoor de verzekerde bij de Zorgverzekeraar is verzekerd plaats tegen de in de zorgovereenkomst overeengekomen 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 zoals is beschreven in bijlage 1a, art 6.4 Betaaltermijn.
5. Als bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft, zal de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag volgens contract volledig aan de Zorgaanbieder vergoeden zoals beschreven in bijlage 1a, art 6.5 Betaalafspraken.
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 al dan niet volledig aan de Zorgaanbieder vergoeden, zoals beschreven in bijlage 1a, art 6.5 Betaalafspraken.
7. Als de Zorgverzekeraar bij een door de Zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de Zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling ter hoogte van 95% van het gedeclareerde bedrag zoals is vastgelegd in bijlage 1a art 6.7 Voorlopige betaling.
8. Als achteraf blijkt dat de Zorgverzekeraar met de voorlopige betaling te weinig heeft betaald, betaalt de Zorgverzekeraar het te weinig betaalde bedrag zo spoedig mogelijk na.  
Als achteraf blijkt dat de Zorgverzekeraar met de voorlopige betaling te veel heeft betaald, wordt dit schriftelijk door de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder toegelicht. De Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder hebben afspraken gemaakt over of het door de Zorgverzekeraar te veel betaalde bedrag door de Zorgaanbieder binnen uiterlijk veertien dagen wordt terugbetaald (optie 1) of dat de Zorgverzekeraar het bedrag verrekent met de volgende betaling(en) (optie 2). De keuze voor optie 1 of 2 wordt vastgelegd in bijlage 1a, art 6.8. Keuze verrekenen of terugbetalen.
9. Als achteraf blijkt dat de Zorgverzekeraar met de voorlopige betaling te veel heeft betaald, betaalt in geval van optie 1, de Zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen veertien kalenderdagen terug nadat de Zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven. De Zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk bankrekeningnummer het te veel betaalde terugbetaald dient te worden.

Of als gekozen wordt voor optie 2, verrekent de Zorgverzekeraar het teveel betaalde met de



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN  
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



ZELFSTANDIGE  
KLINIEKEN NEDERLAND



Zorgverzekeraars  
Nederland



Federatie  
Medisch  
Specialisten



Nederlandse  
Vereniging van  
Ziekenhuizen

volgende betaling(en). De Zorgverzekeraar verstrekt in dit geval, binnen de overeengekomen betaaltermijn, een duidelijke verreken/betaalspecificatie.

10. Indien de terugbetaling conform artikel 6 lid 9 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.
11. 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. Als een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de Externe integratie standaard, informeert de Zorgverzekeraar (door middel van de retourinformatie via VECOZO) de Zorgaanbieder hier zo spoedig mogelijk over.
3. De Zorgverzekeraar stelt volgens 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, zoals vastgelegd in bijlage 1a art 7.4, Termijn Retourinformatie
5. Zorgverzekeraars streven naar het éénduidig gebruik van uniforme afwijscodes.

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

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 via de website door te geven aan AGB (zie hiervoor [www.AGBCODE.nl](http://www.AGBCODE.nl)) of te wijzigen via [www.vecozo.nl](http://www.vecozo.nl).
3. De Zorgaanbieder dient ervoor te zorgen 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. Als 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.

## **Artikel 9 Wederzijdse contactpersonen**

1. Voor een vlotte afhandeling van vraagstukken of problemen maken zowel Zorgaanbieders als Zorgverzekeraars een (of meer) contactpersonen bekend aan de andere partij zodat issues besproken kunnen worden. De gegevens worden ingevuld in bijlage 1b, art 9, Wederzijdse contactgegevens

## **Artikel 10 Aanvullende bepalingen**

1. In bijlage 1a, art 10, Aanvullende bepalingen zijn indien van toepassing aanvullende voorwaarden opgenomen.