

Algemene voorwaarden 2018 inzake rechtstreeks declareren mondzorg in het kader van de Wlz.

Dit document heeft alleen betrekking op declaraties die via de Vektis declaratiestandaard MZ301 Wlz ten laste van de Wlz worden ingediend bij:

De Wlz-uitvoerder: Zilveren Kruis Zorgkantoor N.V., in dit verband handelend namens de Wlz-uitvoerders, gevestigd aan de Burgemeester Roelenweg 13, 8021 EV te Zwolle.

Artikel 1. Algemeen

1. In deze algemene voorwaarden wordt bedoeld met
 - a. cliënt: natuurlijk persoon die ten laste van de Wlz zowel verblijf als behandeling als integraal pakket ontvangt (Art 3.1.1 lid 1 sub d Wlz);
 - b. declarant: de natuurlijke of rechtspersoon die mondzorg verleent in de zin van de Wlz en die geen zorginhoudelijke overeenkomst of betaalovereenkomst heeft gesloten met het zorgkantoor dan wel degene die namens de natuurlijke of rechtspersoon deze zorg bij het zorgkantoor declareert;
 - c. declaratie: de digitale factuur van de Zorgaanbieder;
 - d. declaratieregels: de individuele regels van de declaratie;
 - e. zorg: de mondzorg waarop de verzekerde krachtens de Wlz recht heeft en die wordt geleverd conform de erkende professionele standaarden van de beroepsgroep alsmede conform de normen die volgens de stand van wetenschap en praktijk en de gangbare opvattingen binnen de beroepsgroep gelden;
 - f. externe integratie standaard: door Vektis opgesteld en gepubliceerd rapport waarin de specificaties van berichtuitwisseling beschreven zijn (www.vektis.nl);
 - g. VECOZO: organisatie die het internetportaal voor veilige communicatie in de zorg beschikbaar stelt (www.vecozo.nl);
 - h. Machtigingenportaal: instrument waarmee zorgaanbieders machtigingen aanvragen en zorgkantoren de beoordeling op de machtiging terugkoppelen;
 - i. zorgaanbieder:
 1. Tandarts, mondhygiënist, centrum voor bijzondere tandheelkunde, anesthesist, paradontoloog en orthodontist die niet in loondienst is bij een verblijfsinstelling waarbij de zorgaanbieder:
 - is ingeschreven in het BIG register als zorgverlener voor mondzorg *en/of*
 - is geregistreerd in het KwaliteitsRegister TandProthetici (KRTP) *of*
 - is geregistreerd als instelling voor mondzorg, waarbij minimaal 1 persoon werkzaam is die voldoet aan een van de in dit eerste 2 punten van dit onderdeel genoemde eisen.

2. Zorginstelling die verblijf en behandeling als integraal pakket aanbiedt en een onder Art 1 lid 1 onderdeel g 1 genoemde zorgaanbieder in loondienst heeft;
 - j. CAK: Centraal Administratie Kantoor welke is belast met het verrichten van betalingen aan zorgaanbieders;
 - k. Zorgkantoor: Zilveren Kruis Zorgkantoor N.V
2. De algemene voorwaarden gelden voor:
 - a. het declaratieproces mondzorg en onderwerpen die daar mee samenhangen;
 - b. Deze algemene voorwaarden zijn van toepassing op het moment dat de declarant bij het Zorgkantoor declareert voor aan verzekerden die ten laste van de Wlz verblijf en behandeling ontvangen als geleverde zorg, terwijl er geen zorgovereenkomst of andersoortige overeenkomst met het Zorgkantoor is gesloten;
 - c. Aanvullende en/of afwijkende voorwaarden van de declarant maken geen deel uit van de leveringsvoorwaarden tussen het zorgkantoor en declarant en binden derhalve het Zorgkantoor niet, tenzij het Zorgkantoor deze voorwaarden schriftelijk en uitdrukkelijk heeft aanvaard;
 - d. Wanneer deze algemene voorwaarden tussentijds worden gewijzigd, maakt de gewijzigde versie daarvan deel uit van elke na het moment van inwerkingtreding van de wijziging binnengekomen declaratie.

Artikel 2. BSN en controle verzekeringsrecht

1. De zorgaanbieder stelt voorafgaand aan de zorglevering bij een cliënt vast dat:
 - a. conform vigerende wetgeving, de cliënt en de verzekerde dezelfde persoon zijn (identificatie). De zorgaanbieder legt de aard en het nummer van het identificerend document in de administratie vast;
 - b. het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens de zorgaanbieder verwerkt (verificatie). Voor het verifiëren van het BSN met de verwerkte persoonsgegevens kan de zorgaanbieder gebruik maken van verificatie via SBV-z of de door VECOZO aangeboden COV module;
 - c. Er sprake is van zorglevering van verblijf met behandeling als integraal zorgpakket welke ten laste van de Wlz wordt geleverd aan de cliënt.

Artikel 3. Declareren

1. Zorgverlening die vanaf 1 juli 2017 plaatsvindt, wordt digitaal gedeclareerd.
2. De zorgaanbieder houdt zich bij de declaratie aan alle relevante wet- en regelgeving waaronder de wettelijke bepalingen van tarifiering en bekostiging, als ook de bepalingen, richtlijnen en kaders van de bij wet ingestelde organen zoals de NZa.
3. De zorgaanbieder declareert bij het zorgkantoor alleen de productie die is geleverd aan cliënten, woonachtig in de regio waarvoor het zorgkantoor is aangewezen voor de uitvoering van de Wlz.
4. Indien een machtiging vereist is voor geleverde zorg, neemt de zorgaanbieder het betreffende machtigingsnummer conform VECOZO Machtigingenportal op in de declaratie.
5. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de meest recente vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen Wlz-zorg.
6. De zorgaanbieder declareert de, in Art 3.1.1 lid 1 onderdeel d sub 5 Wlz verleende zorg en diensten, uitsluitend via het declaratieportaal van VECOZO aan het zorgkantoor.

7. De zorgaanbieder hanteert bij de declaratie de UZOVI-codes van het desbetreffende zorgkantoor.
8. De zorgaanbieder levert de declaratie in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien de declaratie niet leesbaar of beschadigd is, wordt de declaratie afgewezen en is de zorgaanbieder gehouden een nieuwe declaratie aan te leveren.
9. Behoudens overmacht dient de zorgaanbieder de declaratie in, binnen maximaal 90 kalenderdagen na afloop van de behandeldatum.
10. In geval van overmacht neemt de zorgaanbieder contact op met het zorgkantoor en handelt alsnog de betreffende declaratie binnen drie maanden na de einddatum van de declaratieperiode juist af.
11. De zorgaanbieder zal conform vigerende wetgeving, declaratieregels die zijn afgewezen, omdat zij niet voldoen aan een van de afgesproken bedrijfsregels, niet ter betaling aan de cliënt voorleggen, tenzij het gaat om zorg die niet voldoet aan mondzorg zoals beschreven in Art 3.1.1 lid 1 onderdeel d sub 5.
12. De afhandeling van declaratieregels wordt door het zorgkantoor uitgevoerd volgens het principe dat het zorgkantoor niet overgaat tot het aanpassen van foutief aangeleverde declaratieregels en deze daarmee niet verwerkt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt het zorgkantoor contact op met de zorgaanbieder.
13. Zonder uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van het zorgkantoor is het de declarant niet toegestaan zijn betalingsverplichting jegens de Wlz te verrekenen met een vordering van de declarant op de Wlz, uit welke hoofde dan ook. Het Zorgkantoor is gerechtigd de nakoming van diens verplichtingen jegens declarant op te schorten, zolang declarant niet aan al zijn (betalings)verplichtingen uit hoofde van enige met het Zorgkantoor bestaande rechtsverhouding heeft voldaan. Deze opschorting geldt tot het moment waarop declarant alsnog zijn verplichtingen jegens de Wlz volledig is nagekomen.
14. De zorgaanbieder mondzorg blijft te allen tijde verantwoordelijk voor de gevolgen van de controles op facturen ook al wordt gebruikt gemaakt van een derde bij het declareren of in geval de eigendom van de vordering is gecedeerd dan wel verpand of op enige andere wijze onderhevig is aan een (beperkt) recht.
15. Declaraties die meer dan 9 maanden na behandeldatum worden ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 4. Her-declareren en corrigeren van eerder digitaal aangeleverde declaratieregels

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat het her-declareren van afgekeurde declaratieregels binnen 30 kalenderdagen na ontvangst van de retourinformatie plaatsvindt. Deze declaratieregels kunnen in een reguliere aanlevering worden meegestuurd.
2. In geval van overmacht neemt de zorgaanbieder contact op met het zorgkantoor en handelt alsnog de betreffende correcties zowel administratief als financieel uiterlijk binnen 3 maanden na afwijzing.
3. Correcties, bestaande uit creditregels en eventueel nieuwe debet regels op eerder gedeclareerde declaratieregels, mogen pas worden ingediend nadat retourinformatie van de originele declaratie beschikbaar is gesteld via VECOZO.
4. Correcties worden door de zorgaanbieder door middel van een creditering via de Externe Integratie standaard aangeboden.
5. Correcties betrekking hebbend op het voorgaande kalenderjaar dienen uiterlijk voor 1 juli van het huidige kalenderjaar ontvangen te zijn door het zorgkantoor.

6. Indien sprake is van tussentijdse (gedurende het lopende jaar) aanpassing van de tarieven door de NZa of het zorgkantoor, worden deze op behandelingen die op of na de ingangsdatum van de wijziging hebben plaatsgevonden toegepast.
7. Tariefswijzigingen worden doorgevoerd vanaf de ingangsdatum van de wijziging conform NZa beleidsregels.

Artikel 5. Retourinformatie

1. VECOZO voert namens het zorgkantoor de technische controles (N1-N6) uit zoals beschreven in de Registratie Bedrijfs- en Controleregels (RBC) bij de betreffende Externe Integratie standaard. Indien blijkt dat een declaratie niet geheel voldoet aan deze technische specificaties zal VECOZO de gehele declaratie afkeuren. In het door VECOZO opgestelde retourbericht staan de geconstateerde fout(en) beschreven. Deze controle door VECOZO wordt zoveel mogelijk direct, doch uiterlijk binnen 1 kalenderdag na ontvangst van het declaratiebestand uitgevoerd..
2. Een door VECOZO afgewezen declaratie wordt beschouwd als niet ingediend bij het zorgkantoor en dient na correctie door de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk via VECOZO alsnog bij het zorgkantoor te worden ingediend.
3. Het zorgkantoor stelt conform de eisen van de Externe Integratie standaard de retourinformatie beschikbaar volgens de meest recente vigerende Externe Integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen Wlz-zorg. De retourinformatie wordt beschikbaar gesteld op basis van de bijbehorende landelijke controleset.
4. Het zorgkantoor stelt de retourinformatie met betrekking tot een verwerkte declaratie uitsluitend via VECOZO beschikbaar, in de regel binnen 5 werkdagen doch uiterlijk binnen 15 werkdagen nadat de declaratie door VECOZO is ontvangen en technisch correct bevonden.
De retourinformatie is tot 1 jaar na plaatsing op VECOZO beschikbaar voor de zorgaanbieder en het zorgkantoor.

Artikel 6. Betaling

1. De zorgaanbieder draagt zorg dat het zorgkantoor in het bezit is van actuele betaalgegevens zoals het bankrekeningnummer en tenaamstelling van de rekening.
2. Het Zorgkantoor stuurt, mits het rekeningnummer van zorgaanbieder bekend is, het CAK uiterlijk binnen 40 werkdagen na verwerking van de goedgekeurde declaraties een betaalopdracht
3. Het CAK verricht de uitbetaling van de betaalopdracht uiterlijk binnen 30 dagen na ontvangst van deze opdracht.
4. Zonder uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van het zorgkantoor is het de declarant niet toegestaan zijn betalingsverplichting jegens het zorgkantoor te verrekenen met een vordering van de declarant op het zorgkantoor, uit welke hoofde dan ook. Het zorgkantoor is gerechtigd de nakoming van diens verplichtingen jegens declarant op te schorten, zolang declarant niet aan al zijn (betalings)verplichtingen uit hoofde van enige met het zorgkantoor bestaande rechtsverhouding heeft voldaan. Deze opschorting geldt tot het moment waarop declarant alsnog zijn verplichtingen jegens het zorgkantoor volledig is nagekomen.

Artikel 7. Controles door het zorgkantoor

1. Het zorgkantoor is gerechtigd om een uitbetaalde declaratie bij de declarant terug te vorderen indien er sprake is van:
 - Ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties;
 - Incorrecte tarieven;
 - Dubbel uitbetaalde declaraties;
 - Uitkomsten van Materiële Controle/Fraude die leiden tot terugbetaling.
2. Het zorgkantoor stelt de declarant 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.
3. Het zorgkantoor informeert de zorgaanbieder schriftelijk over de correcties.
4. De zorgaanbieder heeft de mogelijkheid om binnen 30 dagen na de eerste (schriftelijke) melding bezwaar in te dienen tegen de voorgestelde correcties. Indien de (eventueel gedeeltelijke) onrechtmatigheid van de terugvordering is aangetoond, vervalt de vordering (gedeeltelijk).
5. De zorgaanbieder maakt afspraken met de zorginstelling, als eindverantwoordelijke van de integrale zorglevering, over de wijze waarop deze geïnformeerd wordt over de mondzorg levering. Het Zorgkantoor moet in staat gesteld de afspraken te controleren.
6. De zorgaanbieder mondzorg blijft te allen tijde verantwoordelijk voor de gevolgen van de controles ook al wordt gebruikt gemaakt van een derde bij het declareren of in geval de eigendom van de vordering is gecedeerd dan wel verpand of op enige andere wijze onderhevig is aan een (beperkt) recht.

Artikel 8 Materiële Controle

1. Het zorgkantoor is bevoegd en verplicht om conform de bepalingen van de Wet langdurige zorg en daarmee samenhangende regelgeving, formele en materiële controle uit te oefenen op de zorg verleend door de declarant.
2. De controle vindt plaats met inachtneming van de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit.
3. Behoudens gevallen van fraude en tenzij wettelijke voorschriften anders bepalen, zal een controle niet verder terug gaan dan tot maximaal drie jaar na de betaaldatum.
4. Indien sprake is van geconstateerde onrechtmatigheid en/of ondoelmatigheid in/van de geleverde zorg dan wel van vermoedens van fraude kan het zorgkantoor maatregelen treffen en de declarant hierop aanspreken. Afhankelijk van de ernst en zwaarte van het geconstateerde feit kan het zorgkantoor overwegen één of meer van de volgende maatregelen te nemen:
 - het opleggen van een waarschuwing;
 - terugvordering van (een deel) van het bedrag aan onrechtmatig bestempelde declaraties al dan niet gevolgd door verrekening met nog openstaande dan wel toekomstige declaraties en het doorberekenen van gemaakte onderzoekskosten; voor de termijn waarbinnen de terugvordering wordt ingesteld wordt aangesloten bij het bepaalde in het Burgerlijk Wetboek;
 - een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg en/of melding c.q. aangifte doen bij de bevoegde opsporingsinstanties (zoals FIOD-ECD, het Openbaar Ministerie);
 - het uitsluiten van de declarant van de mogelijkheid tot rechtstreeks declareren op basis van deze leveringsvoorwaarden.

Artikel 9. Beheer en onderhoud gegevens in AGB register

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het aanleveren van de juiste, meeste actuele en volledige informatie aan Vektis ten behoeve van het AGB register. Voor de aanbieders die gebruik maken van het zelfserviceportaal geldt dat zij ook verantwoordelijk zijn voor het registreren, wijzigen en beheren van de in de portaal ingevoerde informatie. Ten aanzien van de AGB codes overlegt de zorgaanbieder met het zorgkantoor. Het gaat hier om de AGB-codes voor declarant.

Artikel 10. Overig

De declarant gaat akkoord met deze algemene voorwaarden elke keer dat de declarant een declaratie elektronisch indient bij het Zorgkantoor en er geen sprake is van een zorgovereenkomst of andersoortige overeenkomst met het zorgkantoor.

Artikel 11. Toepasselijk recht en geschillen

Op elke betaling door het zorgkantoor aan de declarant is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. Alle geschillen, voortvloeiend uit of samenhangend met deze leveringsvoorwaarden, zullen worden voorgelegd aan de bevoegde rechter.