



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



Federatie
Medisch
Specialisten



Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

Convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg (MSZ) en kaakchirurgie Bijlage 1a, Invuldocument bij uniforme declaratieparagraaf

Het meest recente landelijke uniforme 'Convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg (MSZ) en kaakchirurgie' maakt onderdeel uit van de MSZ-overeenkomst.

Alle bepalingen die in het Convenant en de bijbehorende bijlagen zijn opgenomen maken onverminderd deel uit van de onderhavige overeenkomst.

In de onderstaande tabel zijn slechts die bepalingen opgenomen die betrekking hebben op het Convenant en overeengekomen zijn tussen de partijen die zijn opgenomen in de onderhavige MSZ-overeenkomst.

Art. 3.2 Uitgezonderde prestaties	
Prestatiecode/Declaratiecode	Omschrijving/toelichting
<Invullen>	n.v.t.

Art. 3.4 UZOVI-code	
Label	Uzovi-nummer
3311	Zilveren Kruis (inclusief De christelijke zorgverzekeraar)
3358	De Friesland
3313	Interpolis
3351	FBTO

Art. 3.5 Minimaal aantal keer declareren per jaar	
Minimaal aantal keer declareren per jaar	12 x per jaar

Art. 3.8.b Declaratietermijn	
Declaratietermijn van 95% van declarabele producten	binnen een termijn van 3 maanden met een streven naar 1 maand ten opzichte van de einddatum van het DBC-zorgproduct of (behandel)datum van de overige zorgproducten (zorg die niet middels een DBC-zorgproduct gedeclareerd wordt)
Declaratietermijn van resterende 5% van declarabele producten	zoveel als mogelijk binnen een termijn van 6 maanden na sluiten van de DBC of geleverde prestatie gedeclareerd

Art. 3.8.f Betaaltermijn	
Aantal kalenderdagen betaaltermijn	15 dagen

Art. 5.1 Termijn herdeclaraties	
Aantal dagen voor herdeclaratie na beschikbaar stellen retourinformatie	binnen 2 maanden na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO

Art. 6.4 Betaaltermijn	
Aantal kalenderdagen betaaltermijn	15 dagen

Art. 6.5 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	Aanvullende clausules
Eigen risico	Overname geldt voor alle merken	Overname geldt voor alle merken	Nee
Eigen bijdrage	Alleen bij poliklinische bevalling zonder medische indicatie. Declaratie dient rechtstreeks via VECOZO 100% te worden ingediend.	Wanneer de zorgaanbieder rechtstreeks digitaal via VECOZO 100% declareert.	Nee
Boven Maximale vergoeding	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee

Art. 6.7 Voorlopige betaling

% van hoogte voorlopige betaling	90%
----------------------------------	-----

Art. 6.8 Keuze voor verrekenen of terugbetalen

Zorgverzekeraar bepaalt: terugbetalen	
Zorgverzekeraar bepaalt: verrekenen	Optie 2; verrekenen

Art. 7.4 Termijn Retourinformatie

Aantal kalenderdagen digitaal beschikbaar stellen retourinformatie	15 dagen
--	----------

Art. 10 Aanvullende bepalingen

1. Als aanvulling op artikel 3.5 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. Als aanvulling op artikel 3.5 geldt in geval van specifiek overeengekomen tarieven dat de zorgverlener de declaraties van enig kalenderjaar niet eerder zal toezenden dan wanneer de zorgverzekeraar de tarieven/prijslijsten heeft verwerkt. Dit geldt ook voor de Dure Geneesmiddelen.
3. Indien de zorgaanbieder een declaratie, die onder de dekking van de basisverzekering (en/of aanvullende verzekering van de verzekerde valt), bij de verzekerde in rekening heeft gebracht en dus niet rechtstreeks aan de zorgverzekeraar heeft voorgelegd, dan zal de zorgverzekeraar de nota niet in behandeling nemen, maar zal deze retour zenden naar verzekerde met de mededeling dat de nota rechtstreeks door de zorgaanbieder kan worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. NB: deze bepaling geldt t.a.v. de aanvullende verzekering, voor zover de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder afspraken hebben gemaakt t.a.v. rechtstreeks declareren.
4. 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

5. 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: https://www.vektis.nl/uploads/standaardisatie/ZH308v90/ZH308v9.0_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)