

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
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
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	Uitvoerder van zorgvervoer.
Zorgverzekeraar	Een organisatie die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet of aanvullende zorgverzekeringen aanbiedt
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

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 betrekking hebbende op zorg, zoals omschreven in de overeenkomst en zoals is verleend aan de verzekerden van de zorgverzekeraar.
3. De declaratieparagraaf is een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Het staat de zorgverzekeraar vrij om de uniforme declaratieparagraaf geheel of gedeeltelijk buiten toepassing te verklaren voor een administratieve overeenkomst.
4. Het is uitsluitend toegestaan te declareren bij de zorgverzekeraar en de verzekerden namens zorgaanbieders die in de overeenkomst genoemd worden.

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 stelt vast dat de patiënt dezelfde persoon is als uit diens legitimatiebewijs blijkt.
3. De zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via COV vóór:
 - a. aanvang aanschrijven c.q. behandeling en voor;
 - b. inzending declaratie.

Uitzondering hierop geldt bij een acute situatie. In voorkomende gevallen dient dit door de zorgaanbieder aangetoond te worden. Een geverifieerd verzekeringsrecht van de patiënt door de zorgaanbieder geeft geen betaalgarantie van een declaratie.
4. 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.
5. Door de beschikbaarheid van COV is het slechts mogelijk om in uitzonderlijke situaties gegevens over verzekeringsrecht of Burgerservicenummer (BSN) van een patiënt telefonisch bij de zorgverzekeraar op te vragen, een en ander overeenkomstig vigerende privacywetgeving.
6. Bij twijfel over de identiteit van de patiënt of wanneer er gerichte aanwijzingen zijn voor fraude, wordt door de zorgaanbieder een melding gedaan bij de afdeling fraude van de zorgverzekeraar.

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
3. Overeenkomst verleende zorg rechtstreeks (dus zonder tussenkomst van de verzekerde) bij de zorgverzekeraar.
4. Declaraties worden door de zorgaanbieder via VECOZO elektronisch aangeleverd bij de zorgverzekeraar.

5. De zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-codes zoals die zijn opgenomen in bijlage A.1 UZOVI-codes.
6. De zorgaanbieder levert dagelijks de initiële 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.
7. Zorgverzekeraars dragen zorg voor een eenvoudige procedure om een snelle én eenduidige afhandeling van herdeclaraties en correcties te faciliteren en maken hierover bilaterale afspraken met de zorgaanbieders; De zorgaanbieder declareert dagelijks herdeclaraties/correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, doch uiterlijk binnen 1 maand na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO.
8. In geval van overmacht aan de zijde van zorgaanbieder (zoals grote systeemwijzigingen) waarbij de zorgaanbieder voorziet dat de overeengekomen termijnen niet gehaald dreigen te worden, vindt (bilateraal) overleg plaats tussen betrokken partijen.
9. Indien de zorgverzekeraar het vermoeden heeft dat een zorgaanbieder de overeengekomen declaratietermijn niet realiseert (omdat de te verwachten schadelast voor een bepaald behandeljaar bijvoorbeeld achterblijft) dan neemt zij hierover contact op met de zorgaanbieder, teneinde 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:
 - a. zorgaanbieder en de zorgverzekeraar beide verantwoordelijk zijn voor een juiste, tijdige en volledige administratieve en financiële afhandeling van declaraties.
 - b. Bij digitale declaraties hanteren zorgverzekeraars voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van maximaal 15 kalenderdagen.
 - c. Indien er bij een door de zorgverzekeraar goedgekeurde declaratie sprake is van een eigen risico en/of eigen bijdrage van de verzekerde, vergoedt de zorgverzekeraar het volledig gedeclareerde bedrag aan de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het innen van het eigen risico en/of eigen bijdrage bij de verzekerde.
10. Als de Zorgverzekeraar – voor zover er een vorderingsrecht bestaat - door te late indiening van declaraties door de Zorgaanbieder het eigen risico niet meer kan verrekenen, wordt het bedrag dat aan eigen risico en/of eigen bijdrage verrekend had kunnen worden in mindering gebracht op de uit te betalen declaraties, tenzij de te late indiening aan de Zorgverzekeraar kan worden verweten
11. 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.

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 derde en 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.

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 te zijn.

3. De zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit deze declaratieparagraaf onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de zorgverzekeraar hier nooit aansprakelijk voor worden gesteld.
4. 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 bepalingen uit deze declaratieparagraaf.
5. Betaling door de zorgverzekeraar aan derden op schriftelijk verzoek en/of metschriftelijke instemming van de zorgaanbieder, geldt als een betaling aan de zorgaanbieder.

Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

1. De zorgaanbieder declareert dagelijks herdeclaraties/correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, doch uiterlijk binnen 1 maand na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO.
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 conform 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 indien er sprake is van:
 - Ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties
 - Incorrecte tarieven
 - Aannemelijk gemaakte 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 voornemens is om uit te voeren. Indien 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. Indien 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 indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn basisverzekering of dat een machtiging van de verzekeraar nodig is.
2. Indien een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg waarvoor de verzekerde bij de zorgverzekeraar is verzekerd plaats tegen de in de zorgovereenkomst overeengekomen en/of de wettelijke 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 met een inspanningsverplichting van **15 dagen**.
5. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft, zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag conform contract volledig aan de zorgaanbieder vergoeden conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
6. Indien 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, conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
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%** het gedeclareerde bedrag.
- 8. Als achteraf blijkt dat de zorgverzekeraar met de voorlopige betaling teveel heeft betaald, verrekent de zorgverzekeraar het teveel betaalde met de volgende betaling(en). De zorgverzekeraar verstrekt in dit geval, binnen de overeengekomen betaaltermijn, een duidelijke verreken- of betaalspecificatie.**
9. Indien de terugbetaling conform artikel 6 lid 8 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.
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

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 binnen de overeengekomen betaaltermijn beschikbaar via

VECOZO. Tenzij sprake is van een voorlopige betaling.

5. Zorgverzekeraar streeft naar het éénduidig gebruik van uniforme afwijscodes.

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 geregistreeerde gegevens in AGB.
2. De zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk telefonisch door te geven aan AGB via 0900-2422633 (zie hiervoor www.AGBCODE.nl) of te wijzigen via www.vecozo.nl (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).
3. De zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen 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. 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.

Bijlage A: Specifieke afspraken

A.1: UZOVI-codes

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

UZOVI-code	UZOVI-naam
3311	Zilveren Kruis (inclusief Pro Life)
3358	De Friesland
3313	Interpolis
3351	FBTO
8971	One Underwriting B.V.

A.3: Betaalafspraken

Betaalafspraken gelden per UZOVI-code, voor alle prestaties en/of op prestatieniveau.

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)	Overname geldt voor alle merken	Wanneer de zorgaanbieder rechtstreeks digitaal via VECOZO 100% declareert.	Nee
Boven maximale vergoeding	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee

Bijlage B: Contactgegevens, wijzigingen en melden fraudegevallen

B.1: Contactgegevens

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

Naam	Telefoon	E-mail	Postadres
Zilveren Kruis (inclusief Pro Life)	071 – 751 00 99	Info.declaraties@zilverenkruis.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle
Interpolis	071 – 751 00 99	Info.declaraties@zilverenkruis.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle
FBTO	071 – 751 00 99	Info.declaraties@zilverenkruis.nl	Afdeling Declaratieservice Postbus 318 8901 BC Leeuwarden
De Friesland	071 – 751 00 99	Info.declaraties@zilverenkruis.nl	Postbus 270 8901 BB Leeuwarden

Voor actuele informatie kunt u terecht op onze internetsite: www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders

Voor vragen over het declaratieprotocol kunt u contact opnemen met uw Relatiebeheerder Vervoer. E-mail: relatieoperations@zilverenkruis.nl

B.2. Wijzigingsprocedure betalingsgegevens en overige gegevens

Voor het wijzigen of opgeven van bankrekeningnummers moet het digitale formulier 'Wijzigings-/ Opgaveformulier Rekeningnummer' worden gebruikt. Dit formulier treft u aan op de website:

<https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact/rekeningnummer-doorgeven-of-wijzigen>.

Hier vindt u het wijzigingsformulier rekeningnummer. Uiterlijk twee weken na invoer worden de nieuwe betalingsgegevens door de zorgverzekeraar gebruikt.

B.3. Melden fraudegevallen

Bij twijfel over de identiteit van de verzekerde of wanneer er aanwijzingen zijn dat enig medewerker van de zorgaanbieder met declaraties heeft gefraudeerd, dient de zorgverzekeraar daarvan op de hoogte te worden gesteld. Meldingen kunnen gedaan worden bij de afdeling Speciale Zaken via email: zorg.speciale.zaken@zilverenkruis.nl
Het vervoltraject m.b.t. het fraudeonderzoek moet met elkaar worden afgestemd.

B.4. Zorgaanbieder

Naam	Afdeling	Telefoon	E-mail	Postadres

Wijzigingen van gegevens die in AGB zijn opgenomen, dienen in AGB gewijzigd te worden.
Zie ook artikel 8.

BIJLAGE C: Restitutienota

Een papierendeclaratie moet alle verplichte velden bevatten zoals Vektis deze heeft vastgelegd voor de elektronische declaratie. 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).