



Uniforme Declaratieparagraaf versie 1.0 2020

Deze declaratieparagraaf beschrijft hieronder de volgende onderwerpen:

- Artikel 1 Algemeen
- Artikel 2 Controle verzekeringsrecht
- Artikel 3 Declareren
- Artikel 4 Declareren via derden (voor zover van toepassing)
- Artikel 5 Herdeclaraties en correcties
- Artikel 6 Betaling
- Artikel 7 Retourinformatie
- Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI
- Artikel 9 Aanvullende bepalingen

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 daarmee samenhangen, en
 - b. declaraties betrekking hebbende 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 overeenkomst tussen de Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder en vormt hiermee één geheel.
5. Het is uitsluitend toegestaan te declareren bij de Zorgverzekeraar dan wel de verzekerde namens 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 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.
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 overeenkomst verleende zorg zonder tussenkomst van de verzekerde bij de Zorgverzekeraar met uitzondering van de prestaties die zijn opgenomen in bijlage A.1 Uitgezonderde prestaties.
3. Declaraties worden door de Zorgaanbieder via VECOZO digitaal aangeleverd bij de Zorgverzekeraar.
4. De Zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-code(s) zoals die zijn opgenomen in de bijlage: Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2020 - 2021.
5. De Zorgaanbieder levert maandelijks 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 zo snel mogelijk een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
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 voegt de Zorgaanbieder duidelijk op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking toe: **“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”**.
Alle zorg die, op basis van de informatie waarover de Zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, niet onder de dekking van de verzekering van de verzekerde valt, kunnen door de Zorgaanbieder ten laste aan de verzekerde worden voorgelegd. Dit geldt eveneens voor (deels) afgewezen declaraties. De Zorgaanbieder informeert de patiënt/verzekerde voorafgaand aan de behandeling-voor zover hij redelijkerwijs over de informatie beschikt- indien een behandeling niet, of niet volledig, voor vergoeding in aanmerking komt op grond van de verzekering. Het voorgaande laat onverlet dat de Zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.
7. Alleen indien er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht (ook een nota aan de verzekerde) bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze moeten voldoen aan de Nadere Regels die de NZa aan de informatieverplichting bij factureren stelt.
8. De Zorgaanbieder declareert ten opzichte van de einddatum van de prestatie binnen twaalf maanden bij de Zorgverzekeraar
9. Indien door overmacht de termijn, zoals bedoeld in dit artikel, 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. De partij die zich op overmacht beroept moet dat aantonen.
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 (voor zover van toepassing)

1. Alle bepalingen uit deze declaratieparagraaf zijn onverminderd van toepassing op declaraties via derden. Met derden wordt bedoeld partijen die zich met een AGB-code in het veld als servicebureau identificeren in het voorlooprecord van het declaratiebericht.
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 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 of 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.
4. 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 niet aansprakelijk voor worden gesteld.
5. Indien de Zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, 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 een derde op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de Zorgaanbieder, geldt als een bevrijdende betaling aan de Zorgaanbieder.



Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties/correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, binnen 3 maanden na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO opnieuw worden gedeclareerd.
2. Correcties op declaraties die eerder zijn aangeboden aan en zijn betaald door de Zorgverzekeraar, worden door de Zorgaanbieder door middel van crediteringen via de externe integratie standaard aangeboden.
3. 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.
4. De Zorgverzekeraar stelt de Zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de door hem geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaratie(s) ten gevolge van achterafcontroles en de wijze waarop zij de terugvordering voornemens is uit te voeren. Indien de Zorgaanbieder de terugvordering betwist, heeft hij 30 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).
5. 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, op basis van de informatie waarover de Zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, mogelijk geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn verzekering of dat een machtiging van de Zorgverzekeraar nodig is. Het voorgaande laat onverlet dat de Zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.
2. Betaling van zorg vindt uitsluitend plaats tegen de in de overeenkomst overeengekomen en/of de wettelijke tarieven 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 IBAN. Voor zover de Zorgverzekeraar betalingen verricht, geldt, indien en voor zover van toepassing, dat deze altijd zijn gedaan inclusief BTW.
4. Bij digitale declaraties hanteert de Zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van 14 kalenderdagen mits de declaraties zijn ontvangen binnen de overeengekomen declaratietermijn.
5. Declaraties die meer dan 12 maanden na behandeldatum worden ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.
6. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft, zal de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag conform overeenkomst uitbetalen en volledig aan de Zorgaanbieder vergoeden conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
7. 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



geheel/gedeeltelijk/niet aan de Zorgaanbieder vergoeden, conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).

8. 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 in de vorm van een voorschot ter hoogte van 90% het gedeclareerde bedrag.
9. Als achteraf blijkt dat de Zorgverzekeraar met het voorschot teveel heeft betaald, verrekenet de Zorgverzekeraar het teveel betaalde met de volgende betaling(en). Indien verrekening niet mogelijk is, betaalt de Zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen veertien kalenderdagen nadat de Zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven, terug. De Zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk IBAN het te veel betaalde terugbetaald dient te worden. De Zorgverzekeraar verstrekt in dit geval, binnen de overeengekomen betaaltermijn, een duidelijke verreken- of betaalspecificatie.
10. Indien de terugbetaling van het voorschot conform hetgeen geldt overeenkomstig het onderhavige artikel niet binnen 14 kalenderdagen plaatsvindt, is de Zorgverzekeraar 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 voorschot 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. Ieder 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, uiterlijk binnen 14 kalenderdagen, beschikbaar via VECOZO. Tenzij sprake is van een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot.



Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

1. Het AGB-register van Vektis baseert zich mede op authentieke bronnen. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen, is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden van de door en over hem geregistreerde gegevens in AGB.
2. De Zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem werkzame zorgverleners die voldoen aan de AGB eisen, actueel in AGB vastgelegd zijn. Daarbij in acht nemen dat bij een onderneming/vestiging altijd een bevoegde zorgverlener gekoppeld moet zijn en een zorgverlener ook altijd gekoppeld moet zijn aan een onderneming/vestiging. Ingeval er sprake is van beëindiging van het beroep of bij het aangaan van een nieuwe relatie met een onderneming/vestiging dient dit zo spoedig mogelijk te worden gemeld bij AGB.
3. De Zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk door te geven aan AGB (zie hiervoor www.AGBCODE.nl) of te wijzigen via www.vecozo.nl (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).
4. De Zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het actueel houden van zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers en zijn raadpleegbaar via UZOVI-register van Vektis.
5. Indien de Zorgverzekeraar wijzigingen in zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoeren die consequenties hebben voor de Zorgaanbieder, stelt hij de Zorgaanbieder hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.

Artikel 9 Aanvullende bepalingen

In dit artikel zijn voor de volgende Zorgverzekeraar specifieke aanvullende bepalingen opgenomen.

1. De Zorgaanbieder zal declaraties farmacie gescheiden van declaraties van andere leveringen indienen.
2. Indien de Zorgaanbieder voor meerdere apotheken declareert (bijvoorbeeld als er vanuit een organisatie met meerdere apotheken centraal gedeclareerd wordt), dient de Zorgaanbieder in de prestatierecords 418 en 420 (AP304 versie 8.0) de gegevens te vullen (AGB-zorgverlener en praktijk) behorende bij de locatie waar de zorg feitelijk geleverd is (<http://ei.vektis.nl/>: invulinstructie).
3. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het invoeren van de juiste individuele AGB-code van de voorschrijver in het declaratiebestand. In die gevallen waarin van de voorschrijver geen AGB-code beschikbaar is en die door de Zorgaanbieder (met voor partijen aanvaardbare inspanning) ook niet kan worden achterhaald, kan de Zorgaanbieder het veld bedoeld voor de individuele voorschrijver vullen met nullen en door het vullen van de velden 'specialisme' en 'instelling' de voorschrijver kenmerken. Gebruik van dummy-waarden is niet toegestaan (<http://ei.vektis.nl/>: invulinstructie).
4. Indien een geneesmiddel wordt afgeleverd dat door of namens de Zorgaanbieder is bereid, dan wordt de samenstelling van deze bereiding altijd gespecificeerd in een detailrecord en wordt in het commentaarrecord de omschrijving van de prestatie (ook wel de etiketnaam) gevuld, tenzij het magistrale product van de betreffende leverancier is opgenomen in de G-standaard (uitgegeven door Z-Index B.V.). In dat geval volstaat de vermelding van het betreffende Z-Index nummer (<http://ei.vektis.nl/>: invulinstructie).
5. Indien de Zorgaanbieder een geneesmiddel niet ter hand stelt zoals beschreven in artikel 4, lid 1 uit de overeenkomst Farmaceutische Zorg, levert de Zorgaanbieder behalve het prestatierecord van de niet-terhandstelling ook een prestatierecord met gegevens van het niet verstrekte geneesmiddel. Dit prestatierecord behoort dezelfde gegevens te bevatten



- als ware het geneesmiddel wel verstrekt, met dien verstande dat de velden die betrekking hebben op hoeveelheid en prijs met 'nul' gevuld zijn. In het prestatie record moet het veld indicatie informatierecord met een 'j' gevuld zijn (<http://ei.vektis.nl>: invulinstructie).
6. Declareren onder een lokale code is niet toegestaan. Ten behoeve van het declareren van geleverde zorg mag slechts van zogenaamde lokale codes gebruik gemaakt worden voor zover vastgesteld en uitgegeven door de Zorgverzekeraar. Indien bij controle op declaraties wordt vastgesteld dat ten onrechte gebruik is gemaakt van een lokale code, wordt deze declaratieregel op de declaratie in mindering gebracht.
 7. De Zorgaanbieder verleent de farmaceutische zorg - voor zover sprake is van in de basisverzekering verzekerde zorg - zonder enige bijbetaling van de verzekerden.
 8. Bij levering en declaratie van een geneesmiddel dat valt onder de productcategorieën waarvoor de Zorgverzekeraar een preferent geneesmiddel heeft aangewezen, dient indien er een niet-preferent middel wordt afgeleverd en gedeclareerd, conform AP standaard 304/305 (versie 8.0) de rubriek 'Toelichting declaratiepost middel' (rubriek 432) gevuld te worden met één van onderstaande mogelijke waarden:
 - 02 Niet preferent middel geleverd wegens logistieke noodzaak;
 - 03 Niet preferent middel, medische noodzaak.(<http://ei.vektis.nl>: invulinstructie).
 9. De Zorgverzekeraar vergoedt in alle gevallen ten hoogste het door de Zorgaanbieder gedeclareerde bedrag.
 10. Indien er sprake is van een recall op patiëntniveau, dan dient de Zorgaanbieder de declaratie van het geneesmiddel inclusief terhandstelling te crediteren bij de Zorgverzekeraar. De Zorgverzekeraar corrigeert daarna de kosten van het eigen risico van de verzekerde.



Bijlage A: Specifieke afspraken

A.1: Uitgezonderde prestaties

Onderstaande prestaties dienen niet rechtstreeks bij de verzekeraar te worden gedeclareerd:

Prestatiecode/Declaratiecode	Omschrijving/toelichting
nvt	

A.2: UZOVI-code

Overzicht code UZOVI die gehanteerd moeten worden in de declaraties.

UZOVI-code	UZOVI-naam
Zie bijlage: Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2020 - 2021	

A.3: Betaalafspraken

Betaalafspraken gelden per code UZOVI, voor alle prestaties en/of op prestatieniveau. Mogelijke betaalafspraken zijn (combinaties zijn mogelijk):

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico	Aanvullend Clausules
Eigen risico	Ja	Ja	nvt
GVS Eigen bijdrage (co-payment)	Ja	Ja	nvt
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Nee	Nee	nvt
Onverzekerde zorg (anticonceptiva)	Ja	Ja	nvt