

Declaratieprotocol Farmacie 2012

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

Artikel 1 Algemeen

Het declaratieprotocol geldt voor:

- het declaratieproces en onderwerpen die daar mee samenhangen, en
- declaraties betrekking hebbende op zorg zoals omschreven in de overeenkomst en zoals is verleend aan de verzekerden van de zorgverzekeraar.

Het declaratieprotocol is een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.

Het is uitsluitend toegestaan te declareren namens zorgaanbieders die in de overeenkomst genoemd worden.

Artikel 2 Controle verzekeringsrecht en BSN

- De zorgverzekeraar stelt elke werkdag geactualiseerde gegevens van haar verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO.
- De zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO vóór:
 - Aflevering geneesmiddelen of levering farmaceutische zorgprestaties
 - inzending declaratie
- 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.
- 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.
- De zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt en de verzekerde dezelfde persoon zijn. COV kan pas dan gebruikt worden voor het verifiëren van het BSN.

Artikel 3 Declareren

- Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
- 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.
- Declaraties met de externe integratie standaard AP304 worden door de zorgaanbieder via VECOZO elektronisch aangeleverd bij de zorgverzekeraar. Voor Achmea, m.u.v. de labels Agis, ProLife en TakeCareNow is het ook toegestaan deze declaraties rechtstreeks bij Clearing House Apothekers (CHA) te declareren. Declaraties met de externe integratie standaard HA304 of OS301 dient de zorgaanbieder rechtstreeks bij Clearing House Apothekers (CHA) te declareren.
- De zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-codes zoals die zijn opgenomen in bijlage A.2 UZOVI-codes.
- De zorgaanbieder levert minimaal 4 en maximaal 52 maal per jaar de 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.

6. De zorgaanbieder dient ten opzichte van de leverdatum en/of behandeldatum van de prestatie de declaratie binnen 6 maanden na leverdatum bij Achmea in te dienen.
7. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de verzekering van de verzekerde vallen, door de zorgaanbieder aan de verzekerde kunnen worden voorgelegd. In dat geval vermeldt de zorgaanbieder duidelijk op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking:

“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 zorgverzekeraar.”

8. 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 patiënt) bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze voldoen aan de definities zoals die in de externe integratie standaard zijn vastgesteld. In bijlage C zijn de elementen opgenomen.
9. 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.
10. Zonder uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van Achmea is het de zorgaanbieder niet toegestaan zijn betalingsverplichting jegens Achmea te verrekenen met een vordering van de declarant op Achmea, uit welke hoofde dan ook. Achmea is gerechtigd de nakoming van diens verplichtingen jegens de zorgaanbieder op te schorten, zolang deze niet aan al zijn (betalings) verplichtingen uit hoofde van enige met Achmea bestaande rechtsverhouding heeft voldaan. Deze opschorting geldt tot het moment waarop de zorgaanbieder alsnog zijn verplichtingen jegens Achmea volledig is nagekomen.

Artikel 4 Declareren via derden

1. Alle bepalingen uit dit declaratieprotocol 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 de derde en welke derde
 - b. aan wie in dit verband in het vervolg betaald moet wordenDit dient tenminste 10 werkdagen 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 door de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn, schriftelijk bij de zorgverzekeraar bekend gemaakt zijn.

De zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit dit declaratieprotocol onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de zorgverzekeraar hier nooit aansprakelijk voor worden gesteld. Indien de zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, dan 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 dit declaratieprotocol.

Betaling door de zorgverzekeraar aan derden op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de zorgaanbieder, geldt als een betaling aan de zorgaanbieder. Alle fouten en/of onjuistheden komen voor rekening en risico van de zorgaanbieder.

Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties en/of (interne) 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 zorgaanbieders door middel van crediteringen via de externe integratie standaard aangeboden.
3. Achmea is gerechtigd om een uitbetaalde declaratie bij de zorgaanbieder terug te vorderen, dan wel te verrekenen met goedgekeurde declaraties indien er sprake is van:
 - Ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties
 - Incorrecte tarieven
 - Fraude
 - Dubbel uitbetaalde declaratiesBovenstaande opsomming is niet limitatief.

Achmea de zorgaanbieder of een eventuele door de zorgaanbieder gemachtigde 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 onverschuldigde betaling voornemens is om uit te voeren. Indien de zorgaanbieder de vordering betwist heeft zij 30 werkdagen de tijd om de declaratie te motiveren alvorens de terugvordering ten uitvoer te brengen.

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 dan wel een machtiging van de zorgverzekeraar nodig is.
2. Indien een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg plaats, voor de zorg waarvoor de verzekerde is verzekerd, 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 van maximaal 15 dagen voor de labels Agis, ProLife en TakeCareNow. Voor de overige labels geldt dat declaraties uiterlijk op de 5e van de maand ontvangen bij Clearing House Apothekers, op de 22e van de maand betaalbaar worden gesteld.
5. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag volledig aan de zorgaanbieder vergoeden.
6. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat er sprake is van een door de verzekerde te betalen GVS eigen bijdrage, dan zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag niet aan de zorgaanbieder vergoeden.
7. Indien de zorgverzekeraar 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.
8. Als achteraf blijkt dat Achmea met de voorlopige betaling teveel heeft betaald, betaalt de zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen veertien werkdagen nadat dit schriftelijk is aangegeven terug. Achmea geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk bankrekeningnummer het te veel betaalde terug betaald dient te worden. Voor declaraties van FBTO en de volmachten van Avéro Achmea geldt dat zij de voorschotten separaat terugvorderen.
9. Indien de terugbetaling conform artikel 6 lid 8 niet binnen veertien werkdagen plaatsvindt, is Achmea gerechtigd deze vordering te verrekenen met uit te betalen declaraties
10. Bij surseance van betaling en/of een – naderend – faillissement kunnen uitstaande voorschotten aan de zorgaanbieder direct worden 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 zo spoedig mogelijk beschikbaar via VECOZO, maar uiterlijk binnen de afgesproken betaaltermijn conform artikel 6 lid 4. Tenzij er sprake is van een voorlopige betaling.

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 geregistreerde 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 voor hem//haar werkzame zorgverleners/onderaannemers, 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 haar gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoert, die consequenties hebben voor zorgaanbieders, stelt zij de zorgaanbieders hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.

ADDENDUM

In dit addendum zijn de voor zorgverzekeraar Achmea aanvullende bepalingen opgenomen.

Aanvullende verzekering

De volgende geneesmiddelen vanuit de aanvullende verzekering kunnen rechtstreeks worden gedeclareerd bij Achmea:

- Homeopathische geneesmiddelen (productgroep HM of HA van de Z-index)
- Antroposofische geneesmiddelen (productgroep HM of HA van de Z-index)
- Anticonceptiva voor verzekerden vanaf 21 jaar en ouder zonder medische indicatie

Bovenstaande middelen zullen door de zorgverzekeraar worden vergoed conform hetgeen gesteld in de overeenkomst. Voor overname debiteuren- en/of incassorisico zie bijlage A.3 betaalafspraken.

BIJLAGE A: SPECIFIEKE AFSPRAKEN

A.2: UZOVI-codes

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

Label	UZOVI-nummer
Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. (inclusief DVZ)	3311
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	3313
OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.	3314
FBTO Zorgverzekeringen N.V.	0211
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	3329
Agis Zorgverzekering N.V. mede voor haar labels ProLife en TakeCareNow	7007
Volmachten Avero Achmea Zorgverzekeringen N.V.	
• Nedasco B.V.	8960
• IAK verzekeringen B.V.	8971
• Aevitae B.V.	8958
• Turien & Co Assurardeuren B.V.	8966

A.3: 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
Homeopathische geneesmiddelen (productgroep HM of HA van de Z-index)	JA	JA
Antroposofische geneesmiddelen (productgroep HM of HA van de Z-index)	JA	JA
Anticonceptiva voor verzekerden vanaf 21 jaar en ouder zonder medische indicatie	JA	JA

BIJLAGE B: CONTACTGEGEVENS (WIJZIGINGEN)

ZORGVERZEKERAAR

Contactgegevens Achmea

Alle actuele contactgegevens kunt u vinden op onze website www.achmeazorg.nl en www.agisweb.nl.

Wijzigingsprocedure betalingsgegevens en overige gegevens

Betalingsgegevens zullen door de zorgverzekeraar nooit direct op grond van een brief van de zorgaanbieder worden gewijzigd. Altijd zal de zorgverzekeraar een brief t.a.v. de directie van de zorgaanbieder sturen ter ondertekening.

Na retourontvangst van die ondertekende brief zal de wijziging nogmaals telefonisch worden geverifieerd bij de financiële administratie van de zorgaanbieder. Daarna zal de mutatie daadwerkelijk in de administratie van de zorgverzekeraar worden ingevoerd. Uiterlijk twee weken na invoer zullen de nieuwe betalingsgegevens door de zorgverzekeraar gebruikt worden. De zorgaanbieder wordt hierover schriftelijk geïnformeerd.

BIJLAGE C: GEGEVENSELEMENTEN PAPIEREN NOTA

Formaat

Het formaat is:

- Staande A4
- Eenzijdige afdruk

Gegevens op papierendeclaratie

Op declaratie niveau:

- NAW en AGB-code declarant
- servicebureau indien van toepassing
- bankrekeningnummer
- betaling aan
- factuurnummer 12 posities maximaal
- factuurdatum
- geadresseerde gegevens

Op declaratieregel niveau (ook liefst als één regel op papier, indien niet mogelijk nader uitwerken wat op eerste regel, wat op tweede regel):

- Verzekerde nummer of BSN (volgens schema in externe integratie standaard)
- geboortedatum patiënt
- naam patiënt
- afleverdatum en/of behandeldatum
- Z-index nummer of prestatiecode
- voorschijver of AGB-code
- receptnummer
- omschrijving Z-index nummer of farmaceutische zorgprestatie
- WMG tariefcode (indien van toepassing)
- bedrag kosten
- bedrag GVS eigen bijdrage
- debet of credit
- machtigingsnummer (indien van toepassing)

Verder:

- Bij doorgeleverde bereidingen en/of geneesmiddelen die niet in de Z-index zijn opgenomen moet een (kopie) inkoopnota meegeleverd worden met de papieren nota.