

## **Bijlage 2**

# **Handleiding declareren logopedie 2018-2019**

**PM 304**

***Vrijgevestigd/WLZ-instellingen***

*Doel van deze handleiding is een overzicht te geven van alle relevante informatie over het declareren door gecontracteerde logopedie bij Menzis en Anderzorg.*

## INHOUDSOPGAVE

- 1 Postadres en telefoonnummers
- 2 Algemene afhandeling van schaderegels door de zorgverzekeraar
- 3 UZOVI codes
- 4 Betalingstermijn
- 5 Declaratie  
Declareren per individuele zorgaanbieder  
Declareren per praktijkcode  
Indicatie betaling aan  
Aanlevertermijn declaraties  
Declaratie periode  
Beëindiging van verzekering met terugwerkende kracht
- 6 Afrekenspecificatie  
Uitval bij declaratie  
Spiegelinformatie
- 7 Correcties
- 8 Voorschot
- 9 Waarneming
- 10 Eenmalig onderzoek
- 11 Wijzigen betaalgegevens
- 12 Diversen  
Verrichtingencodes
- 13 VECOZO

SPECIMEN



## 1 POSTADRES EN TELEFOONNUMMERS

De postadressen en telefoonnummers kunt u raadplegen op [www.menzis.nl](http://www.menzis.nl) onder de informatie voor zorgaanbieders.

## 2 ALGEMENE AFHANDELING VAN SCHADEREGELS DOOR DE ZORGVERZEKERAAR

- Voordat de zorgaanbieder de declaratie indient heeft hij/zij het verzekeringsrecht van de verzekerde gecontroleerd via de Centrale Opvraag Verzekerden (COV) module van VECOZO.
- De zorgaanbieder levert het declaratiebestand aan conform de geldende Vektis Externe Integratie (EI) standaarden.
- Alle correct aangeleverde schaderegels worden verwerkt en uitbetaald door de zorgverzekeraar indien ze voor vergoeding in aanmerking komen. Alle foutief aangeleverde schaderegels worden niet gecorrigeerd en daarmee niet verwerkt en niet uitbetaald door de zorgverzekeraar.
- De zorgverzekeraar vergoedt de zorg die de verzekerde bij de zorgaanbieder genoten heeft volgens de verzekeringsvoorwaarden die gebaseerd zijn op de zorgverzekeringwet en/of aanvullende verzekering. Declaraties die niet voor vergoeding in aanmerking komen, worden aan de zorgaanbieder geretourneerd. Voor de declaratieregels die niet aan de verzekeringsvoorwaarden voldoen kunt u een nota naar de verzekerde sturen. Als de verzekerde heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico, wordt dit niet in mindering gebracht op de declaratie van de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar incasseert het eigen risico zelf bij de verzekerde. De zorgverzekeraar conformeert zich hiermee aan de betalingsvariant van de landelijke Klankbordgroep declaratiecasus (KDC).

## 3 UZOVI CODES

Schaderegels moeten met de juiste UZOVI code zorgverzekeraar worden ingediend.

UZOVI CODES:

Menzis	3332
Anderzorg	3333

## 4 BETALINGSTERMIJN

Als de declaratie via VECOZO wordt aangeleverd vindt betaling plaats binnen 20 dagen nadat de zorgverzekeraar de declaratie heeft ontvangen. Deze termijn is niet van toepassing als de declaratie niet conform de eisen van de overeenkomst en deze bijlage wordt aangeleverd. De zorgaanbieder ontvangt de afrekenspecificatie voorafgaand aan de betaling door de zorgverzekeraar.

## 5 DECLARATIE

Om te voorkomen dat een declaratie vanwege technische fouten uitvalt, kunt u gebruik maken van de volgende mogelijkheid. In het controleportaal van VECOZO kunt u uw declaratiebestand valideren zonder deze automatisch door te sturen naar de zorgverzekeraar. Door van deze mogelijkheid gebruik te maken zal er minder uitval zijn en dus kan uw declaratie sneller verwerkt worden.

Bij de declaratie moeten de met Menzis overeengekomen tarieven in de drie hierna genoemde rubrieken worden gevuld.

Rubriek 0428 = tarief van de individuele prestatie. Hier moet u het bedrag zoals afgesproken in de overeenkomst invullen.

Rubriek 0429 = tarief berekend bedrag. Hier moet u het bedrag zoals afgesproken in de overeenkomst invullen.

Rubriek 0432 = declaratiebedrag. Is het deel van het berekende bedrag dat de zorgaanbieder daadwerkelijk in rekening brengt. Hier moet u het bedrag zoals afgesproken in de overeenkomst invullen.

### • Declareren per individuele zorgaanbieder

De declaratie moet per zorgaanbieder, ongeacht loondienstverband of contractant, worden ingediend. Dit houdt in dat op de declaratie het zorgaanbiedernummer van de uitvoeringsverantwoordelijke therapeut ingevuld moet worden bij de rubriek declarant (rubriek 0110). In rubriek zorgaanbieder (rubriek 0422) kunt u het zorgaanbiedernummer van (dezelfde) behandelaar vermelden.

### • Declareren per praktijkcode

Als de zorgaanbieder werkzaam is in meer dan 1 praktijk, moet per praktijk(code) apart gedeclareerd worden.

### • Indicatie betaling aan

Indien de ingediende declaratie betaald moet worden aan de praktijk vult u rubriek 0113 met 03. Wenst u betaling aan de zorgaanbieder dan moet rubriek 0113 gevuld worden met 02. Is rubriek 0110 gevuld met de AGB zorgverlenercode van een loondienstmedewerker dan kan er niet gekozen worden voor betaling aan de zorgaanbieder en moet rubriek 0113 gevuld worden met 03.

- **Aanlevertermijn declaraties**

De declaratie wordt bij voorkeur tweewekelijks of maandelijks aangeleverd, betrekking hebbend op de voorafgaande twee weken of maand. Per zorgaanbieder mag één bestand met debet regels per twee weken of per maand worden ingediend. Dagelijks declaraties indienen is niet toegestaan.

In afwijking van artikel 12 lid 3 van de Algemene Inkoopvoorwaarden Zorg 2018:

De zorgaanbieder heeft jegens de (zorg)verzekeraar geen recht op voldoening van de (her)declaratie indien of voor zover de declaratie is ingediend meer dan zes maanden nadat de zorg aan de verzekerde is verleend, tenzij er sprake is van overmacht.

Indien er sprake is van overmacht en u wilt hiervoor een coulance aanvraag doen? Vul dan vooraf het online contactformulier in, zodat uw coulance verzoek in behandeling genomen en beoordeeld kan worden; [www.menzis.nl/zorgaanbieders/paramedischezorg](http://www.menzis.nl/zorgaanbieders/paramedischezorg)

- **Declaratie periode**

In het voorlooprecord van de declaratie kunt u een declaratieperiode aangeven. Deze periode mag nooit een datum in de toekomst bevatten. De dagtekening factuur moet óp of ná de einddatum van de declaratieperiode vallen.

- **Beëindiging van verzekering met terugwerkende kracht**

Als de zorgverzekeraar de verzekering van een verzekerde beëindigt met terugwerkende kracht en de zorgaanbieder zich voorafgaand heeft overtuigd van het verzekeringsrecht van de verzekerde (gecontroleerd via de Centrale Opvraag Verzekerden (COV) module van VECOZO) dan neemt de zorgverzekeraar het debiteurenrisico over voor de tussenliggende periode van de datum van beëindiging van de verzekering tot de verwerkingsdatum.

## 6 AFREKENSPECIFICATIE

U ontvangt de elektronische retourinformatie als pdf bestand en als Vektis bestand via VECOZO.

- **Uitval bij declaratie.**

Bij declaratie komt uitval van schaderegels voor als de Vektis standaard niet volledig juist is toegepast. Op uw afrekenspecificatie wordt aangegeven wat er aan de declaratie onjuist was. Daarna kunt u de gecorrigeerde schaderegels voorafgaand aan de nieuwe declaraties opnieuw indienen. Denkt u hierbij aan de declaratietermijn van **maximaal zes maanden!**

De items waarin mogelijke onjuistheden zitten zijn:

- **Verzekerdnummer** = het verzekeringsnummer van de verzekerde.

Indien dit nummer niet bekend is en het Burger Service Nummer wel dan moet u hier 15 spaties invullen. Dit nummer bent u verplicht te vullen als het Burger Service Nummer niet bekend is.

- **BSN** = het Burger Service Nummer van de verzekerde.

Indien dit nummer niet bekend is en het verzekerdnummer wel moet u hier 9 keer een 9 invullen. Dit nummer bent u verplicht te vullen als het verzekerdnummer niet bekend is.

- **Geboortedatum** = de geboortedatum van de verzekerde (YYYYMMDD).

- **Patiënt identificatie** = een door de Zorgaanbieder zelf vastgesteld nummer waarmee de verzekerde wordt geregistreerd.

- **Verwijsdatum** = datum waarop de verzekerde verwezen is (YYYYMMDD).

- **Verwijzer/specialisme** = hier vult u de zorgaanbiederssoort van de verwijzer, gevolgd door het 6-cijferige zorgaanbiedersnummer van de desbetreffende verwijzer. Indien dit laatste nummer uit minder dan 6 cijfers bestaat moet het nummer aan de voorkant worden opgevuld met nullen. Let op! Hier kunt u geen praktijkcode vullen van de verwijzer. Indien de code van verwijzer niet bekend is moet u in rubriek 0426 de 4 cijferige code bij specialisme invullen en rubriek 0425 moet u 8 nullen vullen.

- **Diagnosecode** = de paramedische diagnosecode passend bij de behandeling.

- **Behandelend zorgaanbieder** = vrijgevestigde, de eerste twee posities zijn 05 voor (rubriek 0110) zorgaanbieder gevolgd door het zorgaanbiedernummer dat uit 6 cijfers moet bestaan. Indien het



zorgaanbiedernummer uit minder dan 6 cijfers bestaat moet het nummer aan de voorkant met nullen opgevuld worden.

- **Verrichting** = dit zijn de verrichtingcodes zoals die door Vektis zijn aangegeven.
- **Datum behandeling** = hier moet de datum van behandeling ingevuld worden (YYYYMMDD).
- **Indicatie ongeval** = indicatie ongeval, hier moet een N(ee), een J(a) of een O(bekend) ingevuld worden.
- **Bedrag declaratie** = het voor die behandeling te declareren bedrag.
- **Groepszitting logopedie** = Voor groepszittingen geldt ongeacht de duur, een declaratie van 1 behandeling. Het aantal moet met 1 gevuld worden, conform de systematiek van de overige prestaties (elke behandeling wordt als één zitting beschouwd, aantal uitgevoerde prestaties = 1).

## 7 CORRECTIES

Correcties van declaraties moet u vóór (en bij voorkeur apart van) een volgende declaratie digitaal indienen. Denkt u hierbij aan de maximale declaratietermijn van zes maanden!

## 8 VOORSCHOT

Als Menzis na het verstrijken van de betalingstermijn van 20 dagen het door de zorgaanbieder gedeclareerde bedrag niet heeft betaald, betaalt Menzis binnen 20 dagen na het verstrijken van de betalingstermijn een voorschot aan de zorgaanbieder. Als blijkt dat Menzis een groter voorschot heeft betaald dan dat zij aan de zorgaanbieder verschuldigd is, zal Menzis het gedeelte van het voorschot dat zij niet verschuldigd was, terugvorderen, dan wel verrekenen.

## 9 WAARNEMING

Bij waarneming moet gedeclareerd worden op naam van de zorgaanbieder voor wie wordt waargenomen.

## 10 EENMALIG ONDERZOEK

Het is mogelijk om een eenmalig logopedisch onderzoek te declareren. Het tarief kan in rekening worden gebracht als aan twee voorwaarden wordt voldaan:

- er moet sprake zijn van een schriftelijk verzoek van de verwijzer;
- er moet sprake zijn van een schriftelijke rapportage aan de verwijzer.
- Als u na het onderzoek adviseert dat behandeling gewenst is, moet u de bijbehorende 4-cijferige paramedische diagnosecode invullen.
- Als u na het onderzoek adviseert dat behandeling niet zinvol is, moet u als paramedische diagnosecode 4 nullen invoeren.

## 11 WIJZIGEN BETAALGEGEVENS

Het wijzigen van betaalgegevens (bijv. tenaamstelling, bankrekeningnummer etc.) moet los van de declaratie, schriftelijk, worden gemeld. Hiervoor kunt u gebruik maken van het Wijzigingsformulier financieel nummer. Deze kunt u vinden op onze website: [www.menzis.nl/Zorgaanbieders/ParamedischeZorg](http://www.menzis.nl/Zorgaanbieders/ParamedischeZorg). Op het formulier staat aangegeven hoe u het formulier naar ons kunt opsturen.

## 12 VERRICHTINGENCODES ZORGAANBIEDER

Verrichtingencodes moeten, conform het rapport Externe Integratie, op de declaratie vermeld worden om de soort behandeling te kunnen indelen.

## 13 VECOZO

Ter uitvoering van de onderhavige overeenkomst zal VECOZO, namens de zorgverzekeraar technische controles (N1-N5) uitvoeren zoals beschreven in de Registratie Bedrijfs- en Controleregels (RBC) bij de betreffende EI-standaard. Indien blijkt dat het declaratiebestand niet geheel voldoet aan deze technische specificaties zal VECOZO het gehele bestand retourneren. In het bijgevoegde retourbericht staan de geconstateerde fout(en) beschreven.

Voor meer informatie omtrent het declareren via VECOZO verwijzen wij u naar de website [www.vecozo.nl](http://www.vecozo.nl). Hier wordt beschreven hoe VECOZO werkt en hoe u in aanmerking kunt komen voor het declareren via VECOZO.