



delta lloyd

OHRA Direct
geregeld

A decorative graphic consisting of three parallel, curved lines in a light yellow color, arching across the top of the page.

Zorgovereenkomst

CZ / Delta Lloyd / OHRA

-

Tandprothetische praktijk

2017 - 2019



Inhoudsopgave

DEEL II (Algemeen Deel) -----	2
Artikel 1. Definities -----	3
Artikel 2. Zorg -----	3
Artikel 3. Weigering zorgverlening -----	4
Artikel 4. Kwaliteit van de Zorg -----	5
Artikel 5. Akkoordverklaring -----	6
Artikel 6. Informatie -----	7
Artikel 7. Controle -----	7
Artikel 8. Honorering, declaratie en betaling -----	7
Artikel 9. Codex van Beroepsethiek (Codex) -----	8
Artikel 10. Vrijwaring -----	8
Artikel 11. Fraude -----	8
Artikel 12. Hoofdelijke aansprakelijkheid -----	9
Artikel 13. Duur en einde van de overeenkomst -----	9
Artikel 14. Geschillen -----	10
Artikel 15. Slotbepalingen -----	10
Bijlage 1: Honorering, declaratie en betaling -----	12

DEEL II (Algemeen Deel)

Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

- a. de Medische dienst; de medisch adviseur (de (tand)arts, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of apotheker) die de zorgverzekeraar adviseert over medische aangelegenheden voor zover dat ligt op zijn deskundigheidsgebied en de functionele eenheid c.q. eenheden waaraan door de medisch adviseur functioneel leiding wordt gegeven. In de functionele eenheid zijn deskundige medewerkers onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur voor specifieke doeleinden betrokken bij de verwerking van persoonsgegevens.
- Onderaanneming: Er is sprake van Onderaanneming indien een Verzekerde in zorg is bij een Zorgaanbieder (de hoofdaannemer) en deze, voor (een deel van) de daadwerkelijke zorgverlening een andere zorgverlener (de onderaannemer), zijnde een andere juridische entiteit, inschakelt door (een deel van) deze zorgverlening door te contracteren aan deze andere zorgverlener.
- b. Partijen
de Partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan;
- c. Praktijkadres(sen)
de praktijkruimte(n) van de Zorgaanbieder;
- d. Tarieven
de, met inachtneming van het bepaalde in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG), tussen partijen overeengekomen prijzen voor prestaties, dan wel geheel van prestaties, zoals deze zijn vastgelegd in het Deel I (Praktijkgebonden Deel) van deze overeenkomst in Bijlage 1: Prestatie- en tarievenlijst gecontracteerde tandprothetische praktijk.
- e. Verzekerde
de persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en/of een aanvullende verzekeringsovereenkomst heeft gesloten met de Zorgverzekeraar, en die recht heeft op hetzij de omschreven Zorg in natura hetzij gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de omschreven Zorg;
- f. Zorg
de door de Zorgaanbieder te verlenen tandprothetische Zorg waarop de Verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet of de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen van de Zorgverzekeraar een natura- of restitutieaanspraak kan doen gelden (Verzekerde zorg);
- g. Zorgaanbieder
de Zorgaanbieder, als bedoeld in rubriek B van Deel I (Praktijkgebonden Deel) van deze overeenkomst.
 - Ingeval de Zorgaanbieder een natuurlijk persoon is, dan betreft het een tandprotheticus die voor eigen rekening en risico die zorg verleent als genoemd onder f. van dit artikel, en die deze overeenkomst is aangegaan, waarbij geldt dat deze zorgverlener de titel tandprotheticus mag voeren op grond van artikel 34 van de Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en het daarop gebaseerde “Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus” en als zodanig staat ingeschreven in het daarvoor bestemde register van de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT).
 - Ingeval de Zorgaanbieder een instelling is (met of zonder rechtspersoonlijkheid), dan betreft het de instelling die tandprothetische zorg verleent als genoemd onder f. van dit artikel (en die daarvoor eindverantwoordelijk en aansprakelijk is) en die deze overeenkomst is aangegaan, waarbij in ieder geval één de in de praktijk werkzame zorgverlener rechtsgeldig de titel tandprotheticus mag voeren op grond van artikel 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en het daarop gebaseerde “Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus” en als zodanig staat ingeschreven in het daarvoor bestemde register van de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT).
- h. Zorgverzekeraar
de Zorgverzekeraar als bedoeld in rubriek A van Deel I (Praktijkgebonden Deel) van deze overeenkomst.

Artikel 2. Zorg

1. De Zorgaanbieder verbindt zich de Zorg of een nader overeengekomen deel daarvan te verlenen aan de Verzekerde die als zodanig recht heeft op de Zorg en zich tot hem wendt. De Zorgaanbieder verleent de Zorg met inachtneming van de relevante bepalingen die bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, overige relevante wet- en regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden van de Zorgverzekeraar aan de Zorg worden gesteld, alsmede met hetgeen Partijen hieromtrent bij of krachtens deze overeenkomst zijn overeengekomen.
2. De Zorgverzekeraar handelt conform de professionele standaard en goed verzekeraarschap.
3. De Zorgaanbieder verplicht zich om uitsluitend in persoon, voor eigen verantwoordelijkheid en met inachtneming van de voor de Zorgaanbieder relevante bepalingen uit de wet BIG aan Verzekerden de Zorg te leveren. Hieronder wordt verstaan:
 - a. het aanmeten, vervaardigen, passen, aanbrengen, rebasen en repareren van een volledige gebitsprothese op een tandeloze kaak die hersteld is van extracties;
 - b. het aanmeten, vervaardigen, passen, aanbrengen, rebasen en repareren van een volledige overkappingsprothese op endodontisch voorbehandelde natuurlijke gebitselementen;
 - c. het aanmeten, vervaardigen en passen van een volledige immediaatprothese, waarbij het aanbrengen van de volledige immediaatprothese aan een tandarts wordt overgelaten;
 - d. het aanmeten, vervaardigen, passen, rebasen en repareren van een volledige overkappingsprothese op implantaten;
 - e. het aanmeten, aanpassen, rebasen en repareren van een gedeeltelijke prothese;
 - f. het instrueren van de Verzekerde over het gebruik van in a, b, c, d en e genoemde protheses.
4. De Zorg, in het derde lid van dit artikel genoemd onder sub b, c, d en e kan door de Zorgaanbieder uitsluitend worden geleverd indien bij de aanvraag een (kopie) van een recente schriftelijke (of digitale) verwijzing van een tandarts of een tandarts-implantoloog voor het betreffende deel van de behandeling is toegevoegd.
5. Indien er sprake is van een directe samenwerking tussen de Zorgaanbieder en een kaakchirurg voor de te leveren Zorg zoals genoemd in het derde lid van dit artikel onder sub b, c, d en e, zonder tussenkomst van een tandarts of tandarts-implantoloog, dan moet bij de akkoordverklaringsaanvraag een schriftelijk bewijs worden toegevoegd waaruit blijkt dat de kaakchirurg de verantwoordelijkheid van de tandarts of tandarts-implantoloog overneemt (onder andere) inzake het opstellen van het totale behandelplan voor de Zorg. Dit laat hetgeen genoemd is onder lid 4 van dit artikel ten aanzien van de benodigdheid van de schriftelijke (of digitale) verwijzing onverlet.
6. Reparatie van een partiële (frame)prothese of een prothese op implantaten kan uitsluitend zonder een vooraf aanwezige akkoordverklaring zelfstandig door de Zorgaanbieder uitgevoerd worden indien er sprake is van spoedhulp. Onder spoedhulp wordt uitdrukkelijk niet verstaan het vervangen van een mesostructuur op implantaten/natuurlijke wortels.
7. Bij Onderaanneming is de Zorgaanbieder te allen tijde verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg verleend door de Onderaannemer. Dit impliceert onder andere dat:
 - a. de Zorgaanbieder gehouden is alle verplichtingen die uit deze overeenkomst voortvloeien ook in de afspraken met de Onderaannemer op te nemen;
 - b. de Zorgaanbieder ervoor zorgt dat de verlening van Zorg door de Onderaannemer hetzelfde kwaliteitsniveau heeft als waarvoor de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar is gecontracteerd;
 - c. de Zorgaanbieder de Zorg verleend door een Onderaannemer zelf bij de Zorgverzekeraar declareert;
 - d. de Zorgaanbieder aansprakelijk is voor klachten, uitkomsten van inspectierapporten en controles als bedoeld in artikel 7 van deze overeenkomst, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij een Onderaannemer de daadwerkelijke Zorg heeft verleend.

Artikel 3 Weigering zorgverlening

De Zorgaanbieder kan de Zorg weigeren of de aangevragen Zorg voortijdig beëindigen indien er gewichtige redenen bestaan op grond waarvan (voortgezette) verlening van de Zorg redelijkerwijs niet van hem kan worden verlangd, ondanks het (voort)bestaan van een indicatie en op voorwaarde dat er geen sprake is van een spoedeisende situatie of een noodsituatie. In geval van weigering of beëindiging van de verlening van Zorg doet de Zorgaanbieder schriftelijk - zo mogelijk vooraf -

mededeling aan de Verzekerde van de weigering c.q. beëindiging en de redenen die daaraan ten grondslag liggen. De Zorgaanbieder neemt waar nodig tevens contact op met de Zorgverzekeraar teneinde gezamenlijk te trachten (de continuïteit van) de verlening van de Zorg te waarborgen.

Artikel 4. Kwaliteit van de Zorg

A. Algemene voorwaarden

1. De Zorgaanbieder verplicht zich jegens de Zorgverzekeraar om Zorg te leveren die voldoet aan de eisen zoals gesteld in de voor de Zorgaanbieder relevante wet- en regelgeving, waaronder (maar niet uitsluitend) de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet BIG, De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en landelijke c.q. regionaal vastgestelde kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en protocollen alsmede de eisen gesteld in deze overeenkomst.
2. De Zorgaanbieder is ten volle verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg die hij aan de Verzekerde verleent.
3. De Zorgaanbieder is ervoor verantwoordelijk dat de prothese vervaardigd wordt van kwalitatief hoogwaardige materialen die voldoen aan de eisen, gesteld in het Besluit Medische Hulpmiddelen.
4. De Zorgaanbieder garandeert de technische kwaliteit van de door hem bij een Verzekerde geleverde prothese op basis van het bepaalde in artikel 3.8 van de Codex voor Beroepsethiek voor Tandprotheticici (hierna: de Codex). Voor de levering van een gebitsprothese geldt een kosteloze garantietermijn van twaalf maanden.
5. Voldoet de gebitsprothese binnen een jaar na plaatsing aantoonbaar niet aan de in redelijkheid te stellen eisen van functionaliteit en esthetiek, zoals aangegeven in de technische eindtermen (artikel 5 lid A onder 4 van de Codex) dan wordt of de prothese opnieuw kosteloos vervaardigd, of worden de betaalde bedragen gecrediteerd. In dit laatste geval dient de Verzekerde de gebitsprothese weer aan de Zorgaanbieder over te dragen.

B. Privacy en dossiervorming

1. De Zorgaanbieder registreert en bewaart op zorgvuldige wijze van elke Verzekerde de gegevens. De gegevens dienen te worden geregistreerd en beheerd volgens de richtlijnen van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en de Wet bescherming persoonsgegevens.
2. Het doorgeven van gegevens aan derden zonder toestemming van de Verzekerde is verboden behoudens indien de verstrekking van de gegevens plaatsvindt met inachtneming van daarvoor gegeven wettelijke voorschriften.

C. Patiëntbejegening

1. De Zorgaanbieder geeft, conform hetgeen hieromtrent in relevante wet- en regelgeving is bepaald, de Verzekerde voorlichting over de te verlenen Zorg. Hiertoe worden uitdrukkelijk ook de financiële aspecten van de Zorg gerekend. Daarnaast dient ook duidelijk te zijn voor de Verzekerde wie de behandeling uitvoert.
2. De Zorgaanbieder neemt in zijn relatie tot de Verzekerde de algemeen aanvaarde patiëntenrechten in acht.

D. Continuïteit

1. De Zorgaanbieder treft voorzieningen die nodig zijn voor een continue verlening van de Zorg en meldt omstandigheden die de continuïteit in gevaar brengen onverwijld aan de Zorgverzekeraar.
2. Ingeval de Zorgaanbieder krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG, onderscheidenlijk het Wetboek van Strafrecht, is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid of een maatregel opgelegd heeft gekregen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, dan wel hem de uitoefening van zijn beroep is ontzegd, meldt hij dit onverwijld aan de Zorgverzekeraar. Indien de Zorgverzekeraar toestaat dat de Zorgaanbieder gedurende de schorsing c.q. ontzegging wordt waargenomen, is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor regeling van een adequate waarneming.
3. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar over ieder (niet) openbaar rapport dat de Zorgaanbieder betreft, uitgebracht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

E. Waarneming

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat waarneming plaatsvindt bij afwezigheid.
2. Indien de waarneming langer zal duren dan twee maanden, doet de Zorgaanbieder hiervan schriftelijk mededeling aan de Zorgverzekeraar onder vermelding van de vermoedelijke duur van de waarneming en de naam (namen) en adres(sen) van de waarnemer(s). Hernieuwde mededeling is vereist indien de waarneming langer duurt dan aanvankelijk was opgegeven. Slechts indien de Zorgverzekeraar zijn akkoord wenst te onthouden aan de gemelde waarneming, zal dit binnen drie weken aan de Zorgaanbieder worden bericht, onder opgave van redenen.
3. De waarneming kan in beginsel niet langer duren dan twaalf aaneengesloten maanden. Verlenging van de waarneming is slechts mogelijk indien daarover overeenstemming bestaat tussen Partijen.
4. Voor de toepassing van deze overeenkomst is de Zorgaanbieder, onverminderd de eigen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de waarnemer, ten volle tegenover de Zorgverzekeraar verantwoordelijk en aansprakelijk voor de te verlenen Zorg, tenzij de waarneming gebeurt door een beroepsgenoot tevens contractant van de Zorgverzekeraar.

F. Praktijkvoering, patiëntenregistratie en praktijkruimte

1. De bepalingen in deze overeenkomst gelden voor alle Praktijkadressen van waaruit de Zorgaanbieder declareert.
2. De Zorgaanbieder verleent de Zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte, die voor de Verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is.
3. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een goede organisatie van zijn praktijk.
4. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en patiëntenregistratie. Onverlet hetgeen ter zake in de wetgeving is bepaald, wordt de originele patiëntenregistratie ten minste vijf jaar na afloop van het betreffende kalenderjaar bewaard. Deze blijft, met inachtneming van het bepaalde in artikel 6 van deze overeenkomst (Controle), voor de Medische dienst van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.

Artikel 5. Akkoordverklaring

De Zorgaanbieder verleent de Zorg omschreven in lid 2 onder a van dit artikel voor rekening van de Zorgverzekeraar, indien:

1. voor de Zorg een indicatie bestaat;
2. de Zorgverzekeraar voor de verlening van de Zorg schriftelijk een akkoordverklaring heeft verleend, hieronder in dit artikel nader omschreven.
 - a. Een akkoordverklaring is vereist voor:
 - volledige gebitsprothesen bij overschrijding van de grensbedragen¹ conform de geldende verzekeringsvoorwaarden en vervanging van de gebitsprothese binnen de gestelde termijn² in de verzekeringsvoorwaarden;
 - vervaardiging van een nieuwe volledige gebitsprothese met weekblijvende basis of metalen basis of hypoallergene monomeervrije kunststof;
 - het aanmeten, vervaardigen, passen, aanbrengen, rebasen en repareren van een volledige overkappingsprothese op endodontisch voorbehandelde natuurlijke gebitselementen;
 - het aanmeten, vervaardigen, passen van een volledige immediaatprothese, waarbij het aanbrengen van de immediaatprothese aan een tandarts wordt overgelaten;
 - het aanmeten, vervaardigen, passen, rebasen en repareren van een volledige overkappingsprothese op implantaten;
 - het aanmeten, passen, rebasen en repareren van een gedeeltelijke prothese in het kader van de aanspraak bijzondere tandheelkunde conform artikel 2.7 van het Besluit Zorgverzekering.
 - b. De Zorg onder lid 2 sub a, 3^e tot en met het 6^e streepje van dit artikel, mag uitsluitend zelfstandig door de Zorgaanbieder worden aangevraagd, vervaardigd en gedeclareerd indien bij de akkoordverklaringaanvraag een (kopie) van een recente schriftelijke (of digitale)

¹ € 600, - voor de tandprotheticus.

² Binnen vijf jaar na aanschaf van de gebitsprothese.

- verwijzing van een tandarts of een tandarts-implantoloog voor het betreffende deel van de behandeling is toegevoegd.
- c. Uitzondering voor de Zorg onder lid 2 sub a, 5^e en 6^e streepje van dit artikel geldt voor reparaties van een partiële (frame)prothese of een prothese op implantaten indien er sprake is van spoedhulp. In dat geval volstaat een akkoordverklaringsaanvraag achteraf.
 - d. De Zorgaanbieder zal voor een voorgenomen rebasing of revisie en/of reparatie van een prothese tijdig en voorafgaand aan de behandeling een verzoek om akkoordverklaring bij de Zorgverzekeraar indienen, indien het een rebasing, revisie en/of reparatie van een prothese betreft, die korter dan twaalf maanden tevoren door dezelfde Zorgaanbieder is geleverd.
 - e. Deze gemotiveerde akkoordverklaringsaanvraag dient vergezeld te gaan van alle noodzakelijke informatie om de aanvraag te kunnen beoordelen, conform de checklist die op www.cz.nl/zorgaanbieder onder menu Mondzorg, bij downloads, staat vermeld.
3. de Verzekerde of de Zorgaanbieder (namens de Verzekerde) vraagt de akkoordverklaring aan.
-

Artikel 6. Informatie

1. Partijen doen elkaar schriftelijk mededeling van alle voor de uitvoering van deze overeenkomst relevante informatie en verschaffen elkaar desgevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor een inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegane verplichtingen.
 2. Partijen behandelen de gegevens die zij uitwisselen en onderling ter beschikking stellen vertrouwelijk en met inachtneming van de regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken Verzekerden en de Zorgaanbieders op wie die gegevens betrekking hebben.
 3. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het vullen en daarna het actueel, correct en volledig houden van zijn eigen persoons- en praktijkgegevens via 'MijnZorgaanbod'. De gegevens worden gepresenteerd in 'Vind de beste zorg' op de websites van de Zorgverzekeraar.
-

Artikel 7. Controle

1. De Zorgverzekeraar controleert periodiek of de Zorgaanbieder de verplichtingen uit deze overeenkomst op een juiste wijze nakomt.
2. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van de controle de bij of krachtens wet gestelde voorschriften ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer in acht, almede (de nadere) regels die worden gesteld in de Wet Marktordening Gezondheidszorg, artikel 87 Zorgverzekeringwet, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering en het Protocol Materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.
3. De controle zal niet onnodig belastend zijn en zich niet verder uitstrekken dan voor het doel van de controle noodzakelijk is.
4. De Zorgverzekeraar meldt een voorgenomen controle in de praktijk van de instelling tenminste veertien dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden, tenzij er reden is van die termijn af te wijken. Indien serieuze vermoedens van malversaties bestaan, zorgt de Zorgaanbieder dat de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar onmiddellijk na aankondiging van een controle toegang tot praktijk- en patiëntenregistratie van de Zorgaanbieder krijgen.
5. De Zorgaanbieder is op grond van artikel 7.4 lid 2 van de Regeling zorgverzekering verplicht medewerking te verlenen aan een conform de Regeling zorgverzekering uitgevoerde controle. Dit houdt onder andere in dat de Zorgaanbieder de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar ter uitvoering van de controle in de praktijk dient toe te laten. Tevens is de Zorgaanbieder verplicht de bevoegde medewerkers die uitvoering geven aan de controle(s) behulpzaam te zijn voor zover dat redelijkerwijs mag worden verwacht, waartoe uitdrukkelijk wordt gerekend dat de Zorgaanbieder desgevraagd actieve medewerking verleent aan het daadwerkelijk toegang verschaffen van de praktijk- en patiëntenregistratie.
6. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de aanspraken van Verzekerden is de Zorgaanbieder gehouden de Medische dienst van de Zorgverzekeraar met inachtneming van de daarvoor geldende wettelijke voorschriften inzage te geven in de medische dossiers van de Verzekerden. Op verzoek van de Zorgverzekeraar worden deze dossiers op beveiligde wijze (versleuteld), zoals bijvoorbeeld middels Cryptshare, door de Zorgaanbieder aan de Zorgverzekeraar beschikbaar gesteld.

7. De Zorgverzekeraar zal de Zorgaanbieder binnen twee maanden na de controledatum schriftelijk in kennis stellen van zijn controlebevindingen en de Zorgaanbieder binnen redelijke termijn de gelegenheid geven daarop schriftelijk te reageren (hoor- en wederhoor).

Artikel 8. Honorering, declaratie en betaling

De door Partijen overeengekomen declaratie- en betalingsverplichtingen zijn opgenomen in Bijlage 1 Honorering, declaratie en betaling. Deze Bijlage maakt integraal onderdeel uit van deze overeenkomst.

Artikel 9. Codex van Beroepsethiek (Codex)

1. De Zorgaanbieder zal zich in zijn beroepsuitoefening conformeren aan de regels van de Codex, zoals dat is opgesteld door de ONT, zoals deze thans luidt of zal komen te luiden.
2. De Zorgaanbieder conformeert zich aan de klachtenregeling, zoals omschreven in het Reglement van de patiëntenbelangencommissie van de ONT. De Zorgaanbieder informeert de Verzekerde voorafgaand aan de behandeling over de klachtenregeling.
3. Indien de Verzekerde klachten heeft met betrekking tot de prothese of de Zorgaanbieder en zich tot de Zorgaanbieder wendt, zal de Zorgaanbieder die de gebitsprothese gemaakt heeft, deze klacht bespreken met de Verzekerde. Indien de Verzekerde zich met een hiervoor genoemde klacht tot de Zorgverzekeraar wendt, zal de Zorgverzekeraar de Verzekerde adviseren de klacht met de Zorgaanbieder te bespreken.
4. Alvorens een klacht wordt voorgelegd aan de patiëntenbelangencommissie zal via een door de ONT aan te wijzen bemiddelaar getracht worden het geschil tussen de Zorgaanbieder en de Verzekerde op te lossen.

Artikel 10. Vrijwaring

De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar van alle aanspraken van derden (waaronder maar niet uitsluitend de Verzekerde(n) terzake van door hen geleden schade als gevolg van door de Zorgaanbieder verleende Zorg. In dat kader garandeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar dat hij een voor zijn beroepsgroep gebruikelijk en adequate (beroeps)aansprakelijkheidsverzekering heeft gesloten waaraan de Zorgaanbieder rechten kan ontlenen. Daarnaast garandeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar dat eenzelfde soort verzekering is gesloten voor de door of vanwege de Zorgaanbieder ingeschakelde (rechts)personen die in het kader van deze overeenkomst Zorg verlenen maar niet onder de dekking van eerstgenoemde verzekering vallen.

Artikel 11. Fraude

1. Onder fraude wordt verstaan het onder valse voorwendzelen of op oneigenlijke grond en/of wijze (trachten te) verkrijgen van een vergoeding van de Zorgverzekeraar. Dit omvat het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering door de Zorgaanbieder, bij de totstandkoming en/of uitvoering van deze overeenkomst, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat. In ieder geval wordt hieronder verstaan het opzettelijk geven van een verkeerde voorstelling van zaken of het opzettelijk doen van een onjuiste of onvolledige weergave van de feiten ten aanzien van de feitelijk verleende Zorg en de ingediende declaratie en/of het verzwijgen van de feiten die voor de Zorgverzekeraar van belang kunnen zijn (geweest) bij de beoordeling van de vergoeding van de verleende Zorg.
2. De Zorgaanbieder verliest bij fraude het recht op vergoeding uit hoofde van deze overeenkomst, betreffende het gedeelte waarop de fraude betrekking heeft, ongeacht de geleverde Zorg.
3. In geval van fraude kan de Zorgverzekeraar naar eigen keuze in ieder geval een of meerdere van de hierna beschreven maatregelen treffen:
 - a. de ten onrechte uitgekeerde betalingen en gemaakte onderzoekskosten terugvorderen;
 - b. deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - c. registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - d. een klacht indienen bij een tuchtrechtelijke instantie waarbij de Zorgaanbieder is aangesloten;

- e. melding c.q. aangifte doen bij enige opsporingsdienst en/of het Openbaar Ministerie.
4. De in lid 3 van dit artikel beschreven sancties laten het recht van de Zorgverzekeraar om nakoming, beëindiging en/of schadevergoeding te vorderen onverlet.
5. De Zorgverzekeraar spant zich in om onterechte declaraties en fraude in de zorg zoveel mogelijk te bestrijden. Om die reden legt de Zorgverzekeraar (persoons)gegevens vast en kan de Zorgverzekeraar de gegevens delen met bevoegde derden waarmee de Zorgverzekeraar samenwerkt in het kader van veiligheid en integriteit van de Zorgverzekeraar en de branche.

Artikel 12 Hoofdelijke aansprakelijkheid

1. Indien de Zorgaanbieder die deze overeenkomst aan is gegaan de rechtsvorm van een maatschap of een vof heeft, zijn de maten respectievelijk vennoten ieder hoofdelijk aansprakelijk voor de verplichtingen die voortvloeien uit deze overeenkomst. Indien de Zorgverzekeraar aan haar verplichtingen voortvloeiende uit deze overeenkomst voldoet jegens één van de maten dan wel vennoten, gelden deze verplichtingen als geheel voldaan jegens de Zorgaanbieder en kunnen afzonderlijke maten of vennoten geen vorderingen instellen voor de nakoming van (een deel) van deze verplichtingen door de Zorgverzekeraar.
2. De Zorgverzekeraar kan niet gebonden worden door onderlinge afspraken tussen de maten of vennoten, met betrekking tot de onderlinge verdeling dan wel afdwingbaarheid van uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen.

Artikel 13. Duur en einde van de overeenkomst

1. De overeenkomst treedt in werking en eindigt op de in Deel I (Praktijkgebonden Deel) onder rubriek D van deze overeenkomst genoemde data.
2. De overeenkomst kan verder, met onmiddellijke ingang, zonder rechterlijke tussenkomst, geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:
 - a. door een der Partijen als de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling verkrijgt;
 - b. door een der Partijen als de wederpartij zich in staat van kennelijk onvermogen bevindt of het onderwerp uitmaakt van een procedure tot faillissement, gerechtelijk akkoord, vereffening, beslaglegging waardoor de verlening van Zorg (mogelijk) in gevaar komt of van elke andere soortgelijke procedure;
 - c. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een natuurlijk persoon is: door faillissement of overlijden van de Zorgaanbieder of indien de persoon is toegelaten tot de Wet schuldsanering natuurlijke personen;
 - d. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een rechtspersoon is: door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon;
 - e. door de Zorgverzekeraar als de onderneming van of de beroepsuitoefening door de Zorgaanbieder beëindigd wordt of aan een derde wordt overgedragen;
 - f. door de Zorgverzekeraar indien de zeggenschapsverhouding binnen de instelling van de Zorgaanbieder naar het oordeel van de Zorgverzekeraar significant wijzigt door bijvoorbeeld overdracht van aandelen, omzetting, splitsing of fusie;
 - g. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder zijn schorsing zoals bedoeld in artikel 3 onder D. lid 2 van deze overeenkomst niet conform de daar opgenomen verplichtingen onmiddellijk heeft gemeld aan de Zorgverzekeraar;
 - h. door een der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit de overeenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een achterafcontrole;
 - i. door een der Partijen, als de wederpartij in een situatie van overmacht verkeert en aan te nemen is dat deze langer zal duren dan dertig kalenderdagen;
 - j. indien de Zorgaanbieder is geschrapt uit het toepasselijke beroepenregister;
 - k. als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, dwang of bedreiging;
 - l. wanneer een der Partijen niet meer voldoet aan de definities in artikel 1 van deze overeenkomst.
3. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging, op welke wijze dan ook, van deze overeenkomst geen schadevergoeding uit welke hoofde dan ook aan de Zorgaanbieder verschuldigd.
4. Als wettelijke wijzigingen of andere Partijen bindende beslissingen aanpassing van deze overeenkomst noodzakelijk maken, treden Partijen zo snel mogelijk met elkaar in overleg om de

bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Dit met inachtneming van de oorspronkelijke bedoeling van Partijen. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt, kan elk der Partijen de overeenkomst met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden opzeggen. Tussenkost van de rechter is hier niet noodzakelijk.

5. De opzegging van de overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling, geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
6. Rechten en plichten die naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van deze overeenkomst voort te duren, blijven na beëindiging van deze overeenkomst bestaan. Tot deze verplichtingen behoren onder meer aansprakelijkheid en geheimhouding.

Artikel 14. Geschillen

1. Partijen zullen zich tot het uiterste inspannen om de uit deze overeenkomst voortvloeiende geschillen in gezamenlijk overleg tot een oplossing te brengen. Voor zover dit niet mogelijk blijkt te zijn, kunnen geschillen worden voorgelegd aan de Nederlandse burgerlijk rechter of de Onafhankelijke Geschillencommissie Zorgcontractering.
2. Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Artikel 15. Slotbepalingen

1. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om een overeenkomst die is voorzien van doorhalingen en/of mededelingen van de Zorgaanbieder van welke aard dan ook, als ongeldig te beschouwen. Indien de Zorgverzekeraar van dit recht gebruikmaakt, zal zij de Zorgaanbieder daarvan schriftelijk in kennis stellen. In dat geval zal de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder eenmalig de overeenkomst alsnog toezenden en in de gelegenheid stellen binnen een termijn van drie weken door ondertekening en terugzending aan de Zorgverzekeraar de overeenkomst alsnog tot stand te brengen.
2. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar is het de Zorgaanbieder niet toegestaan rechten en verplichtingen uit deze overeenkomst geheel dan wel gedeeltelijk over te dragen aan derden of door derden te laten overnemen. Aan de toestemming kan de Zorgverzekeraar voorwaarden verbinden.
3. Ten aanzien van communicatieuitingen (zoals reclame) geldt:
 - a) het is de Zorgaanbieder toegestaan het beeldmerk van de Zorgverzekeraar te gebruiken in communicatieuitingen zolang het gebruik plaatsvindt in overeenstemming met het beleid van de Zorgverzekeraar. Het beleid inzake het gebruik van het logo is te vinden op de website van de Zorgverzekeraar;
 - b) indien (het logo van) de Zorgverzekeraar in communicatieuitingen van de Zorgaanbieder wordt gebruikt of genoemd, mag dit gebruik geen verband houden met doelen die niet verenigbaar zijn met het beleid en doelstellingen van de Zorgverzekeraar. Tevens mag het gebruik niet leiden tot verwarring bij de Verzekerden ten aanzien van onder andere de vergoeding van Zorg of de kosten van het zorggebruik.
4. Indien één of meerdere bepalingen van deze overeenkomst nietig c.q. onverbindend blijken te zijn, zullen de overige bepalingen van de overeenkomst van kracht blijven. Partijen zullen over de bepalingen welke nietig zijn c.q. onverbindend zijn, overleg plegen teneinde een vervangende regeling te treffen, zodanig dat in zijn geheel de strekking van deze overeenkomst behouden blijft.
5. Op deze overeenkomst zijn de algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in de welke vorm dan ook, uitdrukkelijk niet van toepassing.
6. Behalve indien de Zorgverzekeraar daarvan uitdrukkelijk schriftelijk afstand doet, behoudt de Zorgverzekeraar elk recht dat hij ontleent aan deze overeenkomst en de wet, onverminderd alle andere rechten en vorderingen uit deze overeenkomst en de wet. Het achterwege blijven van een beroep op enig daaruit voortvloeiend recht of vordering van de Zorgverzekeraar of van een protest tegen een tekortkoming in de nakoming van een daaruit voortvloeiende verplichting, of door het verlenen van uitstel aan de Zorgaanbieder om aan een of meer van haar daaruit voortvloeiende verplichtingen te voldoen, geldt niet als afstand van enig recht door de Zorgverzekeraar.

Na afloop van de overeenkomst (uitbehandeling)

In geval de overeenkomst met de Zorgverzekeraar eindigt en niet aansluitend wordt vernieuwd, is de Zorgaanbieder gehouden de Verzekerde met een naturapolis op de hoogte te brengen van de



consequenties voor de Verzekerde van de beëindiging van de contractuele relatie met de Zorgverzekeraar met inachtneming van het volgende:

- a. de Zorgaanbieder informeert de verzekerde waar mogelijk 2 maanden voorafgaand aan de datum van afloop van de overeenkomst over de beëindiging van de overeenkomst met de Zorgverzekeraar;
- b. de Zorgaanbieder informeert de Verzekerde over de consequenties van het opheffen van het rechtstreeks declareren aan de Zorgverzekeraar, inclusief de eventueel afgesproken incassoprocedure;
- c. de Zorgaanbieder declareert de behandeling(en) na afloop van de overeenkomst rechtstreeks bij de Verzekerde met inachtneming van de bij deze overeenkomst afgesproken tarieven;
- d. de Zorgaanbieder wijst de Verzekerde op de mogelijkheid de behandeling tegen volledige vergoeding voort te zetten bij een Zorgaanbieder die wel een overeenkomst met de Zorgverzekeraar heeft. De Zorgaanbieder verwijst hiervoor naar de websites van de Zorgverzekeraar;
- e. indien de behandeling van de Verzekerde wordt voortgezet door een gecontracteerde zorgaanbieder is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor een adequate overdracht.

Bijlage 1: Honorering, declaratie en betaling

Artikel 1. Declaratie

1. De Zorgaanbieder levert de declaratie rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar aan via het Elektronisch Declaratie Portaal van VECOZO.
2. De Zorgaanbieder levert de Zorg, die in deze overeenkomst wordt omschreven, zonder enige betaling voor de Zorg door Verzekerde. Uitzondering hierop vormt de situatie dat (i) Verzekerde uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen of (ii) sprake is van 'onverzekerde zorg' zoals bedoeld in artikel 7 van deze bijlage. In die situaties brengt de Zorgaanbieder de Zorg in rekening bij Verzekerde onder gebruikmaking van de prestaties uit de dan geldende NZa Beleidsregel Tandheelkundige zorg en de tarieven zoals opgenomen in bijlage 1 van het Praktijkgebonden Deel I van deze overeenkomst, óf declareert de Zorgaanbieder alsnog rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar, maar enkel na het verkrijgen van de vereiste uitdrukkelijke toestemming van Verzekerde (conform artikel 7 van deze bijlage).
3. De declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende Vektisstandaard die voor de desbetreffende Zorg van toepassing is. Indien de declaratie niet of niet volledig voldoet aan deze standaard, is een recht op vergoeding opgeschort totdat de Zorgaanbieder een juiste en volledige declaratie heeft ingediend.
4. De Zorgverzekeraar honoreert de Zorgaanbieder ter zake van aan de Verzekerde verleende Zorg op basis van de door Partijen in Deel I (Praktijkgebonden Deel) van deze overeenkomst overeengekomen tarieven.
5. Declaraties voor personen die op het moment van aanvang van de verlening van Zorg niet bij de Zorgverzekeraar verzekerd zijn, komen niet voor betaling in aanmerking (tenzij wordt voldaan aan de vereisten uit artikel 7 van deze bijlage inzake het declareren van onverzekerde zorg).
6. Declaraties voor Zorg die al is vergoed aan de Verzekerde komen niet voor betaling in aanmerking.
7. De Zorgaanbieder declareert bij de Zorgverzekeraar de volledige kosten (100%) voor de uitgevoerde behandelingen voor de Zorg met inachtneming van lid 11 t/m lid 22 van dit artikel.
8. Declaraties worden afgehandeld volgens het GigFif-principe (goed is goed, fout is fout), hetgeen betekent dat foutief aangeleverde of inhoudelijk onjuiste declaratieregels worden afgewezen. Bij regelmatige foutieve aanlevering dan wel hoge uitvalpercentages zal de Zorgverzekeraar contact opnemen met de Zorgaanbieder en zo mogelijk ondersteuning bieden om tot een oplossing te komen.
9. De Zorgaanbieder zal de declaratie die (gedeeltelijk) is afgewezen, omdat die niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de declaratie en/of de indiening daarvan zijn gesteld, niet ter betaling aan de Verzekerde voorleggen. Bij overtreding van deze bepaling is de Zorgverzekeraar gerechtigd een eventuele vergoeding aan de Verzekerde te verrekenen met nieuwe declaraties van de Zorgaanbieder.
10. Tenzij anders overeengekomen, is de Zorgaanbieder niet gerechtigd een betalingsverplichting jegens de Zorgverzekeraar te verrekenen met declaraties van de Zorgaanbieder die voor betaling in aanmerking komen, uit welke hoofde dan ook.
11. De Zorgaanbieder maakt bij zijn declaratie aan de Zorgverzekeraar uitsluitend gebruik van de omschrijvingen en codenummers van prestaties als vermeld in de vigerende NZa Tariefbeschikking Tandheelkundige zorg conform de meest recente Beleidsregel Tandheelkundige zorg.
12. Een niet nagekomen afspraak van de Verzekerde mag niet gedeclareerd worden bij de Zorgverzekeraar. Dit geldt tevens voor de prestatie uitwendig bleken en de eventuele daarbij behorende techniekkosten.
13. De Zorgaanbieder is verplicht rubriek 415 "Gebitselementcode" in te vullen als er sprake is van een gebitselement. Zie hiervoor ook de lijst op de website van de NZa (www.nza.nl) met prestatiecodes waarbij een verplicht elementnummer moet worden opgenomen. Indien van toepassing zijnde verplichte invulling ontbreekt, dan zal de Zorgverzekeraar de aangeleverde declaratieregels afwijzen.
14. Binnen een praktijk / instelling zijn alleen de volgende (Vektis)uitvoerders toegestaan:
 1. tandarts met AGB-code 12
 2. orthodontist met AGB-code 13
 3. mondhygiënist met AGB-code 87
 4. tandprotheticus met AGB-code 93 en subsoort 01

15. De in het vorige lid onder punt 3 (mondhygiënist) en onder punt 4 (tandprotheticus) opgenomen uitvoerders, mogen enkel de behandelingen uitvoeren zoals vermeld in de prestatielijst "Uitvoerder mondhygiënist" en de prestatielijst "Zorgovereenkomst Tandprothetische praktijk" van de Zorgverzekeraar. Deze lijsten zijn te raadplegen op:
www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgaanbieders/mondzorg/downloads.
16. De Zorgaanbieder declareert bij de Zorgverzekeraar maandelijks, wekelijks of dagelijks voor de Zorg, die door hem in de voorafgaande periode aan Verzekerden is verleend.
17. De Zorgaanbieder zal de Zorg die hij in enig kalenderjaar heeft geleverd uiterlijk 31 december van het daaropvolgende kalenderjaar declareren bij de Zorgverzekeraar.
18. Voor de maand januari van enig kalenderjaar geldt dat de Zorgaanbieder de declaraties over de maand januari niet eerder zal toezenden dan vanaf 1 februari van datzelfde kalenderjaar.
19. Declaraties van verschillende kalenderjaren worden gescheiden aangeleverd.
20. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het aanleveren van juiste en tijdige declaraties, conform lid 11 van dit artikel, aan de Zorgverzekeraar.
21. Indien een Verzekerde een klacht heeft betreffende de declaratie of de behandeling, ontvangt de Zorgaanbieder hieromtrent bericht van de Zorgverzekeraar. De vordering wordt gelijktijdig teruggeboekt en hiermee overgedragen aan de Zorgaanbieder. Indien de klacht naar tevredenheid van de Verzekerde is opgelost, zal de Zorgaanbieder de openstaande vordering rechtstreeks met de Verzekerde afwerken. Door het terugleggen van de nota aan de Zorgaanbieder neemt de Zorgverzekeraar géén standpunt in over het feit, of een klacht terecht is of kan zijn.

Artikel 2. Betaling

1. De Zorgverzekeraar betaalt aan de Zorgaanbieder het volledige bedrag (100%) van de ontvangen declaratie met inachtneming van artikel 1 en artikel 7 van deze bijlage.
2. Declaraties die voor betaling in aanmerking komen worden binnen 17 werkdagen na ontvangst door de Zorgverzekeraar betaalbaar gesteld. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.
3. Indien de Zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in zijn risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in lid 2 van dit artikel genoemde termijn betaalbaar te stellen, stelt de Zorgverzekeraar een voorschot betaalbaar van 100% van het gedeclareerde bedrag. De Zorgverzekeraar stelt geen voorschot betaalbaar indien de oorzaak van de vertraging gelegen is in de risicosfeer van de Zorgaanbieder, bijvoorbeeld omdat de declaratie niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de declaratie worden gesteld.
4. De Zorgverzekeraar verstrekt via VECOZO na ontvangst van de declaraties elektronische retourinformatie aan de Zorgaanbieder (waaronder de afrekenspecificatie) op geleide van de toepasselijke Vektisstandaard. Retourinformatie is tot een jaar na verwerking van de declaratie beschikbaar.
5. Wijzigingen in de Vecozo-afspraken werken rechtstreeks door in de bepalingen van deze overeenkomst.
6. Indien onder de Zorgverzekeraar ten laste van de Zorgaanbieder beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de Zorgaanbieder, komen de extra kosten die de Zorgverzekeraar hiervoor moet maken volledig voor rekening van de Zorgaanbieder.
7. De Zorgverzekeraar is gerechtigd de betaling van de declaraties op te schorten zolang de Zorgaanbieder niet al zijn (betalings)verplichtingen uit hoofde van enige met de Zorgverzekeraar bestaande rechtsverhouding heeft voldaan.
8. Op een nader door de Zorgverzekeraar te bepalen moment (en met inachtneming van een redelijke termijn) dient de Zorgaanbieder één IBAN door te geven aan de Zorgverzekeraar voor de declaratieverwerking (via Relatiebeer Zorgverleners). Vanaf dat moment worden alle declaraties vanuit de Zorgaanbieder (ongeacht de uitschrijver) slechts op deze IBAN verwerkt (conform de voorwaarden uit deze overeenkomst).

Artikel 3. Controle

1. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden welke ten grondslag liggen aan de declaraties blijven vijf jaar voor de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden.
2. De Zorgverzekeraar is gerechtigd ten onrechte uitbetaalde declaraties en overige opeisbare vorderingen terug te vorderen of te verrekenen met nog af te wikkelen declaraties van de

Zorgaanbieder (inclusief doorberekening van de wettelijke (handels)rente). De digitale en overige gegevens betreffende de declaratieverwerking en -betaling in de bestanden van de Zorgverzekeraar, waaronder begrepen die van VECOZO, strekken Partijen tot volledig bewijs, behoudens tegenbewijs door de Zorgaanbieder.

Artikel 4. Declaratie door derden

1. De voorwaarden uit deze bijlage zijn onverminderd van toepassing op declaraties van de Zorgaanbieder die via een derde worden aangeboden aan de Zorgverzekeraar. Dit is slechts anders indien schriftelijk afwijkende afspraken zijn gemaakt tussen de Zorgverzekeraar en de derde over het declaratieproces, met dien verstande dat - waarover in de schriftelijk afwijkende afspraken niets is geregeld - de voorwaarden uit deze bijlage onverminderd van toepassing blijven op de declaraties.
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 tijdig 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.Een mededeling ter uitvoering van deze bepaling dient ten minste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste indiening van de declaratie door de Zorgverzekeraar ontvangen te zijn.
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 en voor de daadwerkelijke betaling, schriftelijk aan de Zorgverzekeraar bekend gemaakt te zijn en door hem ontvangen te zijn. Indien de mededeling te laat wordt ontvangen, is de wijziging pas van kracht vanaf de betaling die volgt op het tijdstip van ontvangst van de mededeling.
4. De Zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de derde deze voorwaarden uit deze bijlage onverkort naleeft, behoudens de afwijkende schriftelijke afspraken tussen de Zorgverzekeraar en de derde (zie lid 1 van dit artikel).
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 voorwaarden uit deze bijlage voortvloeien, ongeacht wat tussen de Zorgaanbieder en de derde is overeengekomen. De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door de derde van deze betaalvoorwaarden.
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 waardoor de Zorgverzekeraar jegens de Zorgaanbieder derhalve is gekweten van nakoming van zijn betalingsverplichting.
7. Indien de Zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, stelt de Zorgverzekeraar de retourinformatie via VECOZO uitsluitend beschikbaar aan die derde, behoudens een uitdrukkelijke anders luidende schriftelijke afspraak.

Artikel 5. Controle verzekeringsrecht en BSN

1. De Zorgverzekeraar stelt geactualiseerde gegevens van haar Verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO.
2. De Zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO vóór aanvang van de verlening van de Zorg.
3. De Zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt en de Verzekerde dezelfde persoon zijn. De Zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt dezelfde persoon is als uit diens legitimatiebewijs blijkt. Vervolgens wordt door middel van de COV check gecontroleerd of de patiënt ook Verzekerd is.
4. Bij twijfel over de identiteit van de Verzekerde of wanneer er aanwijzingen zijn dat een medewerker van de Zorgaanbieder met declaraties heeft gefraudeerd, wordt de Zorgverzekeraar daarvan op de hoogte gesteld. Meldingen van (vermoeden) van fraude worden gedaan bij de afdeling Bureau Bijzonder Onderzoek van de Zorgverzekeraar.

Artikel 6. Faillissement

In geval van een faillissement dient de Zorgaanbieder dit per direct kenbaar te maken bij de Zorgverzekeraar, onder vermelding van de naam van de curator en het insolventienummer. De Zorgaanbieder dient in deze gevallen de eigen bijdrage zelf bij de Verzekerde in rekening te brengen.

Betalingen van ingediende declaraties kunnen vanaf dat moment slechts plaats vinden via het door de curator aangegeven IBAN.

Artikel 7. Rechtstreeks declareren onverzekerde zorg (toestemmingsvereiste)

1. Voor de Zorgaanbieder bestaat de mogelijkheid om declaraties betreffende zorg die niet valt onder de dekking van een verzekering (op grond van de Zorgverzekeringswet of de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen van de Zorgverzekeraar een natura- of restitutie-aanspraak) rechtstreeks bij de zorgverzekeraar te declareren indien deze zorg behoort tot de zorg en diensten zoals die binnen de kring van beroepsgenoten gebruikelijk worden verleend, waarover de Zorgaanbieder en de Verzekerde een overeenkomst hebben gesloten en die zorg aan de Verzekerde is geboden (onverzekerde zorg).
2. De vereisten van artikel 1 t/m artikel 6 van deze bijlage zijn van overeenkomstige toepassing op de declaratie van onverzekerde zorg, met dien verstande dat de Zorgaanbieder bij de COV-check controleert of de patiënt een Verzekerde is bij de Zorgverzekeraar (aanwezigheid polis; akte waarin de tussen Verzekerde en Zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering of aanvullende verzekering is vastgelegd).
3. De Zorgaanbieder vraagt de Verzekerde uitdrukkelijke toestemming om deze onverzekerde zorg rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar te mogen declareren en legt deze toestemming vast zodat deze desgevraagd getoond kan worden. Zonder vastgestelde toestemming van de Verzekerde mag de Zorgaanbieder de declaratie voor onverzekerde zorg niet bij de Zorgverzekeraar indienen.
4. Op eerste verzoek van de Zorgverzekeraar verstrekt de Zorgaanbieder een overzicht van namen en adressen van Verzekerden die toestemming hebben gegeven voor de indiening van rekeningen bij de Zorgverzekeraar en van wie die toestemming is vastgelegd. De Zorgverzekeraar mag de opgave van de Zorgaanbieder alleen gebruiken om zich ervan te vergewissen dat Verzekerden toestemming hebben gegeven.
5. Indien er over de toestemming die de Verzekerde heeft gegeven verschil van mening ontstaat, zal de Zorgaanbieder (i) alle medewerking verlenen teneinde de Zorgverzekeraar te laten vaststellen of de Verzekerde al dan niet toestemming heeft verleend, (ii) indien geen toestemming is verleend dan wel onvoldoende duidelijk is of toestemming is verleend, betalingen gedaan door de Zorgverzekeraar op eerste verzoek van de Zorgverzekeraar onmiddellijk restitueren en (iii) de Verzekerde ervan in kennis stellen dat onvoldoende duidelijk geborgd was dat rekeningen voor verleende onverzekerde zorg bij de Zorgverzekeraar konden worden ingediend zodat de Verzekerde alsnog zelf dient te worden aangesproken voor betaling van verleende onverzekerde zorg, tenzij de Verzekerde alsnog uitdrukkelijk de indiening van de rekeningen bekrachtigt.