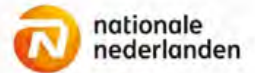




OHRA Direct
geregeld



Zorgovereenkomst

Integraal Traject Angstbehandeling

Behorend bij overeenkomstnummer 1.39.009.0008

CZ / OHRA / Nationale-Nederlanden

-

Instelling voor Jeugd tandverzorging

2019-2021



OHRA Direct
geregeld





Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
DEEL II (Algemeen Deel) van de zorgovereenkomst Integraal Traject Angstbehandeling	3
Artikel 1. Definities	3
Artikel 2. Zorg	4
Artikel 3. Weigering zorgverlening	4
Artikel 4. Kwaliteit van de Zorg	4
Artikel 5. Praktijk- en patiëntenregistratie	5
Artikel 6. Voorschrift/Verwijzing en akkoordverklaring	6
Artikel 7. Informatie en gegevensuitwisseling	7
Artikel 8. Controle	7
Artikel 9. Verzekering en vrijwaring	8
Artikel 10. Honorering, declaratie en betaling	8
Artikel 11. Hoofdelijke aansprakelijkheid	8
Artikel 12. Fraude	8
Artikel 13. Duur en einde van de zorgovereenkomst	9
Artikel 14. Toepassen recht en geschillen	10
Artikel 15. Slotbepalingen	10
Bijlage 2: Kwaliteitsparagraaf A en B	11
Bijlage 3: Uniforme Declaratieparagraaf	12

DEEL II (Algemeen Deel) van de zorgovereenkomst Integraal Traject Angstbehandeling

Artikel 1. Definities

In deze zorgovereenkomst wordt verstaan onder:

- a. de Medische dienst
de BIG-geregistreerde (para)medisch adviseur (de (tand)arts, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of apotheker) die de Zorgverzekeraar adviseert over (para)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 (para)medisch adviseur voor specifieke doeleinden betrokken bij de verwerking van persoonsgegevens;
- b. Partijen
de Partijen die deze zorgovereenkomst zijn aangegaan;
- c. Praktijkadres(sen)
de praktijkruimte(n) van de Zorgaanbieder;
- d. 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;
- e. Tandheelkundig medewerkers
alle medewerkers waarmee de Zorgaanbieder een contractuele relatie is aangegaan ten behoeve van het uitvoeren van de Zorg;
- f. Tarieven
de, met inachtneming van het bepaalde in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG), tussen Partijen overeengekomen prijzen voor prestaties, dan wel geheel van prestaties; Zie voorts Bijlage 1 (Prestaties en Tarieven 2019-2021) van deze zorgovereenkomst;
- g. Verzekerde
de persoon die een zorgovereenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet heeft gesloten met de Zorgverzekeraar 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;
- h. Zorg
de door de Zorgaanbieder te verlenen mondzorg voor zover dit betrekking heeft op de in Deel I (Instellingsgebonden Deel) onder C omschreven zorg, waarop de Verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet of de aanvullende verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen van de Zorgverzekeraar een natura- of restitutieaanspraak kan doen gelden (verzekerde zorg);
- i. Zorgaanbieder
de Zorgaanbieder, als bedoeld in rubriek B van Deel I (Instellingsgebonden Deel) van deze zorgovereenkomst.
 - Ingeval de Zorgaanbieder een natuurlijk persoon is, dan betreft het een tandarts die voor eigen rekening en risico die zorg verleent als genoemd onder h. (Zorg) van dit artikel en die deze zorgovereenkomst is aangegaan. De tandarts(en) voldoet/voldoen aan de volgende voorwaarden: oefent in Nederland praktijk uit en staat ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
 - Ingeval de Zorgaanbieder een instelling is (met of zonder rechtspersoonlijkheid), dan betreft het de een instelling die zorg verleent als genoemd onder h. (Zorg) van dit artikel en die deze zorgovereenkomst is aangegaan, waarbij geldt dat. De bij de instelling werkzame tandarts(en) voldoet/voldoen aan de volgende voorwaarden: oefent in Nederland praktijk uit en staat ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG);
- j. Zorgverzekeraar
de Zorgverzekeraar als bedoeld in rubriek A van Deel I (Instellingsgebonden Deel) van deze zorgovereenkomst.

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 en de verzekeringsvoorwaarden van de Zorgverzekeraar aan de Zorg worden gesteld, alsmede met hetgeen Partijen hieromtrent bij of krachtens deze zorgovereenkomst zijn overeengekomen.
2. De Zorgaanbieder levert de in lid 1 van dit artikel genoemde Zorg voor zover de Verzekerde daar redelijkerwijs op is aangewezen. De inhoud en omvang van de Zorg wordt mede bepaald door de stand van wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. De Zorgaanbieder verplicht zich jegens de Zorgverzekeraar om kwalitatief verantwoorde Zorg te leveren. Hieronder wordt verstaan: zorg die cliëntgericht, doeltreffend en doelmatig wordt verleend naar de stand van wetenschap en praktijk, en die naar redelijkheid is afgestemd op de behoefte van de Verzekerde.
4. De Zorgaanbieder levert de Zorg onder zijn (mede) eindverantwoordelijkheid aan de Verzekerde, eventueel tezamen met Tandheelkundig medewerkers en Onderaannemers (alle bevoegd en bekwaam om de Zorg te verlenen). De Zorgaanbieder, Tandheelkundig medewerker en Onderaannemer dienen te handelen overeenkomstig de bepalingen uit Bijlage 2 (Kwaliteitsparagraaf A en B).
5. Partijen leggen schriftelijk vast welke beroepsbeoefenaren en hulppersoneel aan de Zorgaanbieder verbonden zijn en welke bijdrage zij verlenen aan de Zorg.
6. Bij Onderaanneming is de Zorgaanbieder te allen tijde verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg verleend door de Onderaannemer. Dit impliceert onder andere dat:
 - de Zorgaanbieder gehouden is alle verplichtingen die uit deze zorgovereenkomst voortvloeien voor zover mogelijk ook in de afspraken met de Onderaannemer op te nemen;
 - de Zorgaanbieder ervoor zorgt dat de verlening van de Zorg door de Onderaannemer hetzelfde kwaliteitsniveau heeft als waarvoor de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar is gecontracteerd;
 - de Zorgaanbieder de Zorg verleend door een Onderaannemer zelf bij de Zorgverzekeraar declareert; en
 - de Zorgaanbieder aansprakelijk is voor klachten, uitkomsten van inspectierapporten en achterafcontroles als bedoeld in Artikel 8 (Controle) van deze zorgovereenkomst, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij een onderaannemer de daadwerkelijke Zorg heeft verleend.
7. De Zorgaanbieder verleent de Zorg aan de Verzekerde door middel van aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren die bevoegd en bekwaam zijn de Zorg te verlenen. Zij kunnen zich laten bijstaan door het voor de Zorgaanbieder werkzame hulppersoneel.
8. De aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren hebben met betrekking tot de beroepsinhoudelijke aspecten jegens de Zorgverzekeraar en eventuele verwijzers en voorschrijvers een eigen verantwoordelijkheid conform hetgeen bij of krachtens de (beroeps)wetgeving ten aanzien van de betrokken beroepsgroepen ofwel de desbetreffende Zorg is geregeld, als ook conform hetgeen gebruikelijk is in de kring van de vrijgevestigde beroepsgenoten. Desgewenst kunnen Zorgverzekeraar en beroepsbeoefenaar ten aanzien van vorenbedoelde aspecten elkaar rechtstreeks aanspreken.

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 en met toestemming van de Verzekerde 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

De Zorgaanbieder verplicht zich jegens de Zorgverzekeraar om bij het leveren van de Zorg de eisen in acht te nemen die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren Zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de voor de Zorgaanbieder relevante wet- en regelgeving, waaronder (maar niet uitsluitend) de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wgbo), de Wet BIG, de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en handelt conform de eisen gesteld in deze zorgovereenkomst.

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 Wgbo en de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van 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 de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.

C. Patiëntbejegening

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 die van belang zijn voor de Verzekerde. Daarnaast dient ook duidelijk te zijn voor de Verzekerde wie de behandeling uitvoert en wat de functie van de Tandheekkundig medewerker is.

D. Continuïteit

1. De Zorgaanbieder treft voorzieningen die nodig zijn voor een continue verlening van Zorg en meldt omstandigheden die de continuïteit in gevaar brengen onverwijld aan de Zorgverzekeraar.
2. In geval de Zorgaanbieder of, indien de Zorgaanbieder een instelling is, een aan hem verbonden beroepsbeoefenaar krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG of het Wetboek van Strafrecht is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, dan wel hem de uitoefening van zijn beroep is ontzegd en dit gevolgen heeft voor de te leveren Zorg door de Zorgaanbieder aan de Verzekerden en/of dit gevolgen heeft voor de kwaliteit van de Zorg, 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 stelt de Zorgverzekeraar direct in kennis en verstrekt een (voor zover relevant, geanonimiseerd) afschrift van ieder (niet) openbaar rapport van de IGJ dat de Zorgaanbieder betreft voor zover relevant voor de uitvoering van de zorgovereenkomst.

E. Praktijkvoering en praktijkruimte

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een goede organisatie van zijn praktijk.
2. De Zorgaanbieder verleent de zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte, die voor de Verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is. De praktijk dient minimaal te voldoen aan de inrichtingseisen zoals opgenomen in Bijlage 2 (Kwaliteitsparagraaf A en B) van deze zorgovereenkomst, die integraal onderdeel uitmaakt van deze zorgovereenkomst.
3. Deze zorgovereenkomst is praktijkadresgebonden. De Zorgaanbieder verleent de Zorg op het (de) in het Instellingsgebonden Deel van deze zorgovereenkomst genoemde praktijkadres(sen). De Zorgaanbieder zal dit praktijkadres slechts wijzigen na vooraf verkregen goedkeuring van de Zorgverzekeraar. De Zorgverzekeraar verleent alleen goedkeuring als de praktijkinrichting voldoet aan de inrichtingseisen waarnaar in het tweede lid wordt verwezen.

Artikel 5. Praktijk- en patiëntenregistratie

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en patiëntenregistratie.
2. De Zorgaanbieder registreert de volgende patiënten- en zorgverleningsgegevens:
 - a. naam, adres, geboortedatum, en inschrijfnummer van de Verzekerde;
 - b. het burgerservicenummer (indien toegestaan op grond van wet- en regelgeving) van de Verzekerde;
 - c. de naam van de huisarts of medisch specialist die de Verzekerde naar de Zorgaanbieder verwees;

- d. het aantal behandelingseenheden;
 - e. de data waarop de behandelingen zijn gegeven;
 - f. behandeling in praktijk;
 - g. de naam van de behandelend zorgverlener;
 - h. het resultaat van het onderzoek;
 - i. de inhoud van het behandelplan;
 - j. het verloop van de behandeling;
 - k. het evaluatieverslag t.b.v. de verwijzer.
3. 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 8 (Controle) van deze zorgovereenkomst, voor de Medische dienst van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoelinden, ook nadat deze zorgovereenkomst een einde heeft genomen.

Artikel 6. Voorschrift/Verwijzing en akkoordverklaring

De Zorgaanbieder verleent de Zorg voor rekening van de Zorgverzekeraar, indien:

1. voor de Zorg een indicatie bestaat. Deze indicatie dient te blijken uit een schriftelijk(e) en gedateerd(e) voorschrift/verwijzing van de verwijzend tandarts (zie hieronder bij A). De Zorgaanbieder dient een akkoordverklaringsaanvraag in, waarin buiten de medische indicatie en de angstscorelijst (indien het een extreem angstige patiënt betreft), zowel de duur van de behandeling onder volledige anesthesie als de verrichtingen die uitgevoerd worden, duidelijk vermeld worden.
2. de Zorgverzekeraar voor de verlening van de Zorg een akkoordverklaring heeft verleend (zie hieronder bij B).

A. Voorschrift/Verwijzing

1. Het voorschrift/de verwijzing dient, met uitzondering van acute zorg, voorafgaande aan de start van de verlening van de Zorg te zijn verstrekt.
2. Ieder(e) (digita(a)l(e)) voorschrift/verwijzing dient minimaal de volgende gegevens te bevatten:
 - naam, woonplaats en handtekening van de voorschrijver/verwijzer;
 - naam, adres, geboortedatum en inschrijfnummer van de Verzekerde;
 - datum verwijzing;
 - de medische diagnose.
3. Indien bij de Zorgaanbieder twijfel rijst ten aanzien van de juistheid of volledigheid van het voorschrift of de verwijzing of onderdelen daarvan, dan zal de Zorgaanbieder zich in verbinding stellen met de voorschrijver of verwijzer om hem te verzoeken om een aanvulling op het voorschrift of de verwijzing.
4. Met betrekking tot de geldigheidsduur van het voorschrift of de verwijzing geldt als uitgangspunt dat het voorschrift of de verwijzing:
 - a. maximaal twaalf maanden geldig blijft totdat de verlening van de Zorg een aanvang neemt;
 - b. bij doorlopende verlening van Zorg gedurende een aaneengesloten periode van maximaal twaalf maanden geldig blijft, met dien verstande dat een op het voorschrift of de verwijzing vermelde behandelduur dan wel maximum aantal zorgseenheden (*behandelingen e.d.*) niet mag worden overschreden.
5. Wanneer in het licht van voorschrift of verwijzing en indicatiestelling meerdere behandelingen geacht kunnen worden adequaat te zijn, kiest de Zorgaanbieder te allen tijde voor de meest doelmatige behandeling.

B. Aanvraag en akkoordverklaring

1. Akkoordverklaring van de Zorgverzekeraar kan als gegeven worden beschouwd indien bij de declaratie van de desbetreffende zorgvormen wordt voldaan aan de voorwaarden die te dien aanzien zijn opgenomen in Bijlage 2 die integraal onderdeel uitmaakt van deze zorgovereenkomst, en ook in alle opzichten is voldaan aan de vereisten die bij of krachtens de wet en deze zorgovereenkomst aan de verwijzing, Zorg en declaratie worden gesteld.
2. Bij toepassing van het model van de veronderstelde akkoordverklaring als bedoeld in lid 1 van dit artikel, heeft de Zorgverzekeraar het recht achteraf steekproefsgewijs te controleren of aan de vereisten met betrekking tot het voorschrift/de verwijzing en declaratie is voldaan.
3. De Zorgaanbieder verplicht zich om op eerste schriftelijk verzoek van de Zorgverzekeraar de originele voorschriften of verwijzingen te overleggen.

4. Op grond van de bevindingen bij de achterafcontrole kan de Zorgverzekeraar besluiten het model van de veronderstelde akkoordverklaring als bedoeld in lid 1 van dit artikel, met ingang van een nader te bepalen datum tijdelijk of blijvend buiten werking te stellen.
5. De Zorgaanbieder stelt de Verzekerde voorafgaande aan het verlenen van de Zorg op de hoogte van de eis van akkoordverklaring en dat zonder deze akkoordverklaring de kosten van de Zorg niet door de Zorgverzekeraar worden vergoed.

Artikel 7. Informatie en gegevensuitwisseling

1. Partijen verschaffen elkaar gevraagd en ongevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in deze zorgovereenkomst aangegane verplichtingen.
2. Partijen behandelen de (persoons)gegevens van de betrokken Verzekerden en de Zorgaanbieders op wie die gegevens betrekking hebben die zij uitwisselen en onderling ter beschikking stellen vertrouwelijk en met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
3. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het vullen en daarna het actueel, correct en volledig houden van zijn eigen persoons- en praktijkgegevens via de InvoerModule Zorg. De gegevens worden gepresenteerd in Zorgvinden op de websites van de Zorgverzekeraar.
4. De Zorgaanbieder levert uiterlijk één maand na ieder tweede kwartaal én één maand na afloop van elk jaar gedurende de looptijd van deze zorgovereenkomst over respectievelijk de eerste twee kwartalen en het gehele kalenderjaar de volgende geanonimiseerde informatie aan bij de Zorgverzekeraar:
 - aantal uitgevoerde tandheelkundige behandelingen onder algehele anesthesie;
 - aantal Verzekerden van de Zorgverzekeraar die zijn behandeld onder algehele anesthesie;
 - duur van de behandeling in minuten uitgedrukt en leeftijd van de Verzekerden van de Zorgverzekeraar.

Artikel 8. Controle

1. De Zorgverzekeraar kan een controle uitoefenen ten aanzien van de uitvoering van deze zorgovereenkomst door de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder dient hier zijn medewerking aan te verlenen. De Zorgverzekeraar kan de controle uitvoeren al dan niet naar aanleiding van een vermoeden van niet (juiste) nakoming van de in onderhavige zorgovereenkomst opgenomen verplichtingen door de Zorgaanbieder. De Zorgverzekeraar meldt schriftelijk een voorgenomen controle bij de Zorgaanbieder ten minste 14 dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden, tenzij er reden is van die termijn af te wijken.
2. De Zorgverzekeraar kan periodiek formele en materiële controles uitvoeren conform de vigerende wet- en regelgeving, waaronder de Regeling Zorgverzekering. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van een dergelijke controle wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens in acht, alsmede de (nadere) regels die worden gesteld in artikel 87 Zorgverzekeringswet en, ten aanzien van de formele en materiële controle, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering.
3. De controle als bedoeld in lid 1 en 2 van dit artikel zal niet onnodig belastend zijn voor de Zorgaanbieder en zich niet verder uitstrekken dan voor het doel van de controle noodzakelijk is.
4. De Zorgverzekeraar meldt een voorgenomen controle bij de Zorgaanbieder ten minste 14 dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden tenzij er reden is van die termijn af te wijken. Reden om daarvan af te wijken is in ieder geval aan de orde in het geval onderzoek niet langer kan wachten omdat dit schadelijk is voor de Zorgverzekeraar of de Verzekerden of indien de onregelmatigheden door langer wachten niet of moeilijk zijn aan te tonen. 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 materiële controle die wordt uitgevoerd overeenkomstig de Regeling zorgverzekering. Dit houdt onder andere in dat de Zorgaanbieder de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar ter uitvoering van de controle in de praktijk toe dient 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 9. Verzekering en vrijwaring

1. De Zorgaanbieder sluit een adequate beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering af die voldoende dekking biedt. 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 zorgovereenkomst Zorg verlenen maar niet onder de dekking van eerstgenoemde verzekering vallen. De Zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de Zorgverzekeraar een kopie van de polis en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekeringen.
2. Indien de Zorgverzekeraar door een derde, waaronder maar niet uitsluitend de (nabestaande van de) Verzekerde, aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de nakoming van de verplichting om Zorg te leveren waarop de Verzekerde aanspraak heeft, vrijwaart de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar terzake van door hem geleden schade als gevolg van de aanspraak van deze derde, ongeacht of de Zorgaanbieder zelf tekort is geschoten dan wel dat de tekortkoming voor rekening van de Onderaannemer is.

Artikel 10. Honorering, declaratie en betaling

De door Partijen overeengekomen declaratie- en betalingsverplichtingen zijn opgenomen in Bijlage 3: Uniforme Declaratieparagraaf. Deze Bijlage maakt integraal onderdeel uit van deze zorgovereenkomst.

Artikel 11. Hoofdelijke aansprakelijkheid

1. Indien de Zorgaanbieder die deze zorgovereenkomst 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 zorgovereenkomst. Indien de Zorgverzekeraar aan haar verplichtingen voortvloeiende uit deze zorgovereenkomst 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 zorgovereenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen.

Artikel 12. Fraude

1. De Zorgverzekeraar kan een fraude onderzoek uitvoeren conform artikel 7.10 Regeling Zorgverzekering.
2. Onder fraude wordt verstaan de situatie waarin de Zorgaanbieder valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen ten nadele van bij de totstandkoming of uitvoering van een zorgovereenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de Verzekerde dan wel de Zorgaanbieder (of aan de Zorgaanbieder verbonden personen) geen recht heeft of recht kan hebben.

3. De Zorgaanbieder verliest bij door hem gepleegde fraude het recht op vergoeding uit hoofde van deze zorgovereenkomst (betreffende het gedeelte waarop de fraude betrekking heeft), ongeacht de geleverde Zorg.
4. 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 zorgovereenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - c. registratie van fraude doen in de tussen verzekeringmaatschappijen 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.
5. De in lid 4 van dit artikel beschreven sancties laten het recht van de Zorgverzekeraar om nakoming, beëindiging en/of schadevergoeding te vorderen onverlet.
6. 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 13. Duur en einde van de zorgovereenkomst

1. De zorgovereenkomst treedt in werking en eindigt op de in deel I (Instellingsgebonden Deel) onder rubriek E van deze zorgovereenkomst genoemde data.
2. De zorgovereenkomst eindigt tussentijds en zonder dat schriftelijke opzegging is vereist:
 - a. met wederzijds goedvinden;
 - b. indien de Zorgaanbieder een instelling is in de zin van de WTZi: indien de toelating van de Zorgaanbieder op grond van de WTZi is ingetrokken of indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de WTZi of indien na het vervallen van de WTZi niet binnen de voor de Zorgaanbieder geldende termijn zoals gesteld in de Wtza een toelating wordt verleend op grond van de Wtza;
 - c. indien de zorgaanbieder een instelling is in de zin van de Wtza: indien de toelating van de Zorgaanbieder op grond van de Wtza is ingetrokken of indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de WTZa.
3. Naast de wettelijke beëindigingsgronden kan de zorgovereenkomst 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 om aan zijn financiële verplichtingen te voldoen bevindt of het onderwerp is 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 Wsnp;
 - 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 dan wel ontbonden of (een deel daarvan) aan een derde wordt overgedragen en hiervoor voorafgaand geen instemming is gegeven door de Zorgverzekeraar;
 - 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, tenzij de Zorgverzekeraar na voorafgaand overleg hiertegen geen bezwaar heeft;
 - g. door een der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit de zorgovereenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een controle;
 - h. 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;
 - i. indien de Zorgaanbieder is doorgehaald in het toepasselijke beroepenregister;

- j. als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, dwang of bedreiging.
4. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging van deze zorgovereenkomst op grond van één van de situaties zoals genoemd in lid 2 en 3 van dit artikel, geen schadevergoeding uit welke hoofde dan ook aan de Zorgaanbieder verschuldigd.
 5. Als wettelijke wijzigingen of andere Partijen bindende beslissingen aanpassing van deze zorgovereenkomst 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 zorgovereenkomst met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden opzeggen. Tussenkost van de rechter is hier niet noodzakelijk.
 6. De opzegging van de zorgovereenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling, geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
 7. Rechten en plichten die naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van deze zorgovereenkomst voort te duren, blijven na beëindiging van deze zorgovereenkomst bestaan. Tot deze verplichtingen behoren onder meer aansprakelijkheid en geheimhouding.
-

Artikel 14. Toepasselijk recht en geschillen

1. Op deze zorgovereenkomst is het Nederlandse recht van toepassing.
 2. Partijen zullen zich tot het uiterste inspannen om de uit deze zorgovereenkomst 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 burgerlijke rechter of de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering.
-

Artikel 15. Slotbepalingen

1. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om een zorgovereenkomst 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 zorgovereenkomst alsnog toezenden en in de gelegenheid stellen binnen een termijn van drie weken door ondertekening en terugzending aan de Zorgverzekeraar de zorgovereenkomst alsnog tot stand te brengen.
2. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar is het de Zorgaanbieder, met uitzondering van het vestigen van pandrechten niet toegestaan rechten en verplichtingen uit deze zorgovereenkomst 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 communicatie-uitingen 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 communicatie-uitingen 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 zorgovereenkomst nietig of onverbindend zijn, zullen de overige bepalingen van de zorgovereenkomst van kracht blijven. Partijen zullen over de bepalingen welke nietig zijn of onverbindend zijn, overleg plegen teneinde een vervangende regeling te treffen, zodanig dat in zijn geheel de strekking van deze zorgovereenkomst behouden blijft.
5. Op deze zorgovereenkomst zijn de algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in welke vorm dan ook, uitdrukkelijk niet van toepassing.
6. Het niet terstond uitoefenen van enig recht dat de Zorgverzekeraar op grond van de wet of deze zorgovereenkomst heeft zal in geen geval worden geacht te zijn het doen van afstand van dat recht door de Zorgverzekeraar.

Bijlage 2 Kwaliteitsparagraaf A en B

Ten aanzien van de kwaliteit is er een onderscheid gemaakt tussen de verschillende betrokken Zorgaanbieders, de verschillende stadia in het integraal traject angstbehandeling en de eisen die aan Zorgaanbieders, de behandelingen en de bedrijfsvoering gesteld worden.

A. Angstbehandeling

Eisen gesteld aan de tandarts en de behandeling:

- De tandarts behoudt te allen tijde de regierol tijdens het traject en treedt ook op als gesprekspartner voor de Zorgverzekeraar;
- De tandarts is een erkend pedodontoloog (bij kinderen), tandarts angstbegeleiding of heeft aantoonbare ervaring/kennis op het gebied van specifieke technieken voor gedragsbeïnvloeding bij behandeling van extreem angstige patiënten (bij volwassenen).

Eisen gesteld aan de samenwerking tussen de tandarts en de psycholoog:

- Tandarts is te allen tijde op de hoogte van de stand van behandeling van de Verzekerde bij behandelingen door een psycholoog;
- Psycholoog levert de tandarts een rapport met daarin de details die voor tandarts noodzakelijk zijn om de Verzekerde op een dusdanige manier te behandelen dat terugval tot angst tot een minimum gereduceerd kan worden;
- Psycholoog handelt volgens afdeling 5 van Titel 7 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (WGBO) inzake de prestatieverplichting aan patiënt.

Akkoordverklaring

De Zorgaanbieder dient geen akkoordverklaringsaanvraag in voor behandeling van de extreem angstige patiënt. Het zorgplan betreffende het angstreductietraject en de tandheelkundige behandeling met duidelijke weergave van diagnostiek, indicatiestelling, risico-analyse, einddoel en prognose conform de meest recente KNMT-richtlijn Patiëntendossier (Herziening 2014) wordt in het patiëntendossier opgeslagen.

B. (Inhalatie) Sedatie

Eisen gesteld aan de tandarts en de behandeling:

- De tandarts is een erkend pedodontoloog (bij kinderen), tandarts angstbegeleiding of heeft aantoonbare ervaring/kennis op het gebied van specifieke technieken voor gedragsbeïnvloeding bij behandeling van extreem angstigen (voor volwassenen);
- De tandarts werkt volgens en onderschrijft de richtlijnen uit het document '*Voorwaarden voor het toepassen van lichte (inhalatie) sedatie in de tandheelkunde door middel van zuurstoflachgas door tandartsen, artsen en mondhygiënist*' van maart 2017 of eventuele opvolgende documenten

Bijlage 3: Uniforme Declaratieparagraaf

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 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 zorgovereenkomst 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 zorgovereenkomst 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 zorgovereenkomst 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 zorgovereenkomst verleende zorg zonder tussenkomst van de verzekerde bij de zorgverzekeraar met uitzondering van de prestaties die zijn opgenomen in bijlage A.1 Uitzonderde 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 bijlage A.2 UZOVI-code(s).
5. De zorgaanbieder levert voor de zorg die hij in enige kalendermaand heeft geleverd, vóór het einde van de daaropvolgende kalendermaand, bij de zorgverzekeraar 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 100% vóór het einde van de daaropvolgende kalendermaand 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

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 zorgovereenkomst 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 1 maand 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 7 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. Indien een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg plaats tegen de in de zorgovereenkomst 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 17 kalenderdagen mits de declaraties zijn ontvangen binnen de overeengekomen declaratietermijn.
5. Declaraties die later dan 31 december van het jaar volgend op het kalenderjaar 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 zorgovereenkomst 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 100% van 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). 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 17 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.



Addendum

In dit addendum zijn de voor Zorgverzekeraar zoals genoemd onder A van Deel I van deze zorgovereenkomst aanvullende bepalingen opgenomen. De volgende bepalingen gelden als toevoeging op het desbetreffende artikel in de Uniforme Declaratieparagraaf.

Bij artikel 3 Declareren:

1. De Zorgverzekeraar zal de kosten van de door de Zorgaanbieder gedeclareerde Zorg bij de Verzekerde in rekening brengen en bij de Verzekerde innen, na aftrek van de vergoeding waarop de Verzekerde krachtens de zorgverzekering en/of aanvullende verzekering aanspraak c.q. recht heeft.
2. De vordering op de Verzekerde blijft eigendom van de Zorgaanbieder.
3. De Zorgverzekeraar zal zich inspannen om bij de Verzekerde in rekening gebrachte onverzekerde bedragen binnen zes maanden na de maand van ontvangst van de nota te innen.
4. Vorderingen waarvan de Zorgverzekeraar op basis van ervaringsgegevens verwacht dat de incasso ervan problemen oplevert, worden direct teruggelegd bij de Zorgaanbieder. Hiermee wordt de Zorgaanbieder in staat gesteld direct gerichte actie te ondernemen richting patiënt/Verzekerde.
5. Onder vorderingen in de zin van dit artikel wordt verstaan: het deel van de declaratie dat betrekking heeft op zorg en/of diensten die niet onder de dekking van de zorgverzekering en/of een aanvullende verzekering vallen. Het (verplicht) eigen risico valt dus niet onder de vorderingen en wordt dus nooit teruggelegd bij de Zorgaanbieder.
6. De Zorgverzekeraar stuurt de Verzekerde één herinnering en één aanmaning.
7. Als de vordering na het versturen van de herinnering en aanmaning niet is geïncasseerd, wordt die vordering door de Zorgverzekeraar aangemeld voor het uitvoeren van het minnelijk deurwaarderstraject. Als dit minnelijke deurwaarderstraject door de Zorgaanbieder niet wordt gewenst voor een bepaalde Verzekerde, kan dit door de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar kenbaar worden gemaakt.
8. Indien de vordering bij de Verzekerde na uitvoering van het minnelijke deurwaarderstraject niet is geïncasseerd, wordt de vordering na zes maanden teruggelegd bij de Zorgaanbieder.
9. De Zorgaanbieder ontvangt, uiterlijk drie maanden na de maand van ontvangst van de declaratie, eenmaal per kalendermaand een overzicht van de dan nog openstaande vorderingen op zijn patiënt(en). De Zorgaanbieder ontvangt van iedere declaratie met een eindvordering, na minimaal zes maanden na de maand van ontvangst van de declaratie, de eindstand.
10. 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 teruggelegd bij 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.



Bijlage A: Specifieke afspraken

A.1: UZOVI-code

Overzicht code UZOVI die gehanteerd moeten worden in de declaraties.

UZOVI-code	UZOVI-naam
9664	Centrale verwerkingseenheid CZ groep Zorgverzekeraar: CZ, Nationale- Nederlanden en OHRA

A.2: Betaalafspraken

Betaalafspraken gelden per code UZOVI, voor de prestaties zoals vermeld op Bijlage 1: Prestaties en tarieven 2019-2021:

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico	Aanvullend Clausules
Eigen risico	X	X	
Eigen bijdrage (co-payment)	X		
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	X		
Onverzekerde zorg	X		