



OHRA Direct
geregeld



Zorgovereenkomst

CZ / Nationale Nederlanden / OHRA

-

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

2019-2021



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	0
DEEL II: Algemeen Deel zorgovereenkomst.....	1
Artikel 1. Definities	1
Artikel 2. Zorg.....	1
Artikel 3. Tandheeskundige medewerkers.....	2
Artikel 4. Weigering zorgverlening	2
Artikel 5. Kwaliteit van de Zorg	2
Artikel 6. Akkoordverklaring	4
Artikel 7. Praktijk- en patiëntenregistratie	4
Artikel 8. Informatie	5
Artikel 9. Controle	5
Artikel 10. Verzekering en vrijwaring	6
Artikel 11. Honorering, declaratie en betaling.....	6
Artikel 12. Fraude.....	6
Artikel 13. Duur en einde van de zorgovereenkomst.....	6
Artikel 14. Toepasselijk Recht en Geschillen.....	7
Artikel 15. Slotbepalingen	7
Bijlage 1: Eisen gesteld aan de tandheeskundige behandelingen onder algehele anesthesie	9
Bijlage 2: Uniforme Declaratieparagraaf	12

DEEL II: Algemeen Deel zorgovereenkomst

Artikel 1. Definities

In deze zorgovereenkomst wordt verstaan onder:

- a. de Medische dienst
de BIG-geregistreeerde (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. 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;
- d. Zorg
de door de Zorgaanbieder te verlenen tandheelkundige 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), met uitzondering van de tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 2 lid 2 van deze zorgovereenkomst;
- e. Zorgaanbieder
het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT), ofwel de instelling die zorg levert op grond van de Wet Langdurige Zorg (WLZ, danwel een equivalent van deze wet betreffende inhoud en aanspraak indien deze wordt vervangen met een afdeling Bijzondere Tandheelkunde ofwel een instelling voor medisch specialistische zorg met een afdeling Bijzondere Tandheelkunde (hierna allen genoemd Zorgaanbieder), waarin minimaal twee tandartsen werkzaam zijn die in Nederland praktijk uitoefenen en staan ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), die de zorg verleent als bedoeld onder 'd'. en die deze zorgovereenkomst is aangegaan;
- f. Zorgverzekeraar
de Zorgverzekeraar als bedoeld in rubriek A van Deel I (Individueel 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 voor de indicatiestelling tot de bijzondere tandheelkundige Zorg de richtlijnen weergegeven in "De Centrumindicatie, indicatiestelling tot bijzondere tandheelkundige hulp in een instelling/centrum (CBT) versie 2011" te hanteren.
4. De Zorgaanbieder verplicht zich om bij tandheelkundige behandelingen onder algehele anesthesie bij Verzeekerden deze uit te voeren conform de richtlijn van het Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheidszorg voor Gehandicapten (VBTGG) werkdocument "Tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie op locatie" <http://www.vbtgg.nl/> (de meest recente versie van het werkdocument is van toepassing). Voor extramurale zorg is het toetsingskader "Sedatie en/of analgesie buiten de operatiekamer" van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (februari 2012) van toepassing. CZ behoudt zich het recht voor bij twijfels aan de borging van veilige en effectieve sedatie hieromtrent melding te maken bij de IGZ.
5. 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.

6. Partijen leggen schriftelijk vast welke beroepsbeoefenaren en hulppersoneel aan de Zorgaanbieder verbonden zijn en welke bijdrage zij verlenen aan de Zorg.
7. 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.
8. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren, is de Zorgaanbieder ten volle verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg die zij aan de Verzekerde verlenen.
9. De Zorgaanbieder verplicht zich voor het uitvoeren van tandheelkundige behandelingen onder algehele anesthesie te voldoen aan alle eisen genoemd in Bijlage 1 van het Algemeen Deel van deze zorgovereenkomst.

Artikel 3. Tandheelkundige medewerkers

1. De Tandheelkundig medewerkers verbonden aan de Zorgaanbieder, voeren voor het merendeel in nauwe samenwerking met elkaar, de Zorg zoals omschreven onder artikel 1 onder g van deze zorgovereenkomst uit. Zij voldoen bij het uitvoeren van deze Zorg, voor zover van toepassing, aan alle wettelijk gestelde eisen. Onder een Tandheelkundig medewerker kan worden verstaan:
 - een tandarts-specialist;
 - een tandarts algemeen practicus;
 - een kindertandverzorgende (KTV'er);
 - een mondhygiënist(e);
 - een tandprotheticus.
2. Er dienen minimaal twee BIG geregistreerde tandartsen verbonden te zijn aan de Zorgaanbieder, die aantoonbaar in het bezit zijn van een erkende differentiatie in een betrokken deelgebied van de bijzondere tandheelkunde, of daarvoor in opleiding zijn, dan wel aantoonbare modules/onderdelen van de geëigende deelgebieden heeft doorlopen. Hieronder worden verstaan:
 - tandarts Maxillofaciale Prothetiek (MFP);
 - tandarts Angstbegeleiding;
 - tandarts Gehandicaptenzorg;
 - tandarts Pedodontoloog;
 - tandarts Implantoloog;
 - tandarts Gerodontoloog;
 - tandarts Gnatholoog;
 - tandarts Kinesioloog.

Artikel 4. 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 5. Kwaliteit van de Zorg

A. Algemene voorwaarden

1. 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 de betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en handelt conform de eisen gesteld in deze zorgovereenkomst.

2. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de aan de Zorgaanbieder verbonden Tandheelkundig medewerkers, is de Zorgaanbieder ten volle verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg die zij aan de Verzekerde verleent.
3. In de instelling is de Tandarts eindverantwoordelijk voor de vaststelling van de diagnose bij de Verzekerde en is taakdelegatie naar andere Tandheelkundig medewerkers vastgelegd in protocollen.
4. De Zorgaanbieder is bij voorkeur door de vereniging Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) gecertificeerd. De aan de Zorgaanbieder verbonden Tandheelkundig medewerkers zijn op de hoogte van de richtlijnen van COBIJT en dienen deze richtlijnen na te leven (www.cobijt.nl).

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

1. De Zorgaanbieder neemt in zijn relatie tot de Verzekerde de algemeen aanvaarde patiëntenrechten in acht.
2. De Zorgaanbieder draagt zorg voor goede voorlichting aan de Verzekerde over alle relevante aspecten van de aan hem te verlenen Zorg. Hiertoe worden uitdrukkelijk ook de financiële aspecten van de Zorg gerekend.
3. Voor het geval de Verzekerde een keuzemogelijkheid heeft en zijn voorkeur voor bepaalde beroepsbeoefenaar heeft uitgesproken, voorziet de Zorgaanbieder erin dat deze Verzekerde zoveel mogelijk de Zorg van deze beroepsbeoefenaar ontvangt.
4. De Zorgaanbieder dient te beschikken over een interne klachtenregeling die voldoet aan de eisen die daaraan worden gesteld in de Wkkgz

D. Inhoudelijke professionele kwaliteit

De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij en de eventueel aan hem verbonden beroepsbeoefena(ar)en handelen volgens de standaard die binnen de kring van beroepsgenoten algemeen aanvaard is, en onder meer door deelname aan deskundigheidsbevordering blijven beschikken over de kennis en kunde, die voor verlening van de Zorg volgens deze standaard noodzakelijk is.

E. 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. 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. Waarneming

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat waarneming plaatsvindt bij afwezigheid wegens ziekte, vakantie, beroepsgerichte na- of bijscholing en daarmee vergelijkbare omstandigheden die van invloed zijn op de continuïteit van de verlening van Zorg.
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. Daarna volgt een moment van evaluatie door Partijen. Verlenging van de waarneming is slechts mogelijk indien daarover overeenstemming bestaat tussen Partijen.

4. Voor de toepassing van deze zorgovereenkomst 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 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 1 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 Individueel 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 6. Akkoordverklaring

De Zorgaanbieder verleent de Zorg omschreven onder lid 3 van dit artikel 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 huisarts, tandarts of kaakchirurg.
2. De Zorgverzekeraar voor de verlening van de Zorg vooraf¹ schriftelijk een akkoordverklaring heeft verleend, onder lid 3 van dit artikel nader omschreven.
3. Een akkoordverklaring van de Zorgverzekeraar is vereist voor de volgende indicaties/zorgvormen: bijzondere tandheelkunde, algehele anesthesie, plaatsen implantaten, implantaatgedragen gebitsprothesen, vervangen implantaatgedragen gebitsprothesen, reparaties en rebasings aan implantaatgedragen gebitsprothesen, orthodontie in het kader van bijzondere tandheelkunde, gnathologie, volledige gebitsprothesen bij overschrijding van de grensbedragen² conform de geldende verzekeringsvoorwaarden, vervanging van de gebitsprothese binnen de gestelde termijn³ in de verzekeringsvoorwaarden en fronttandvervanging bij jeugdigen tot achttien jaar. De Zorgaanbieder vraagt namens de Verzekerde de akkoordverklaring aan.
4. Deze gemotiveerde akkoordverklaringsaanvraag dient vergezeld te gaan van alle noodzakelijke informatie om de aanvraag te kunnen beoordelen.
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. Praktijk- en patiëntenregistratie

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en patiëntenregistratie.
2. De Zorgaanbieder registreert de volgende patiënten- en zorgverleninggegevens:
 - a. naam, adres, geboortedatum, en inschrijfnummer van de Verzekerde;
 - b. het Burgerservicenummer 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 thuis of 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 ten behoeve van 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

¹ Uitzondering hierop is een spoedreparatie, daarop dient achteraf een akkoordverklaring aangevraagd te worden.

² € 650, - voor de tandarts en € 550, - voor de tandprotheticus.

³ Binnen vijf jaar na aanschaf van de gebitsprothese.

het bepaalde in artikel 9 van deze zorgovereenkomst (Controle), voor de Medische dienst van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controle-doeleinden, ook nadat deze zorgovereenkomst een einde heeft genomen.

Artikel 8. Informatie

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.

Artikel 9. 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 de 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 in de praktijk van de instelling 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 10. 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 11. Honorering, declaratie en betaling

Op deze zorgovereenkomst is de in Bijlage 2 opgenomen Uniforme Declaratieparagraaf van toepassing. In het daarbij behorende Addendum (tevens Bijlage 2) zijn de voor de Zorgverzekeraar geldende aanvullende bepalingen op de Uniforme Declaratieparagraaf opgenomen. Bijlage 2 en het daarbij behorende Addendum maken integraal onderdeel uit van deze zorgovereenkomst.

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 overeenkomst 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 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.
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 (Individueel 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. Tussenkomst 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 gebruikt maakt, zal hij 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 communicatie-uitingen (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 c.q. onverbindend blijken te zijn, zullen de overige bepalingen van de zorgovereenkomst van kracht blijven. Partijen zullen over de bepalingen die nietig c.q. onverbindend blijken te 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 1: Eisen gesteld aan de tandheeskundige behandelingen onder algehele anesthesie

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 een akkoordverklaringsaanvraag in voor behandeling van de extreem angstige patiënt. Dit bevat minimaal een zorgplan betreffende het angstreductietraject en de tandheeskundige behandeling met duidelijke weergave van diagnostiek, indicatiestelling, risico-analyse, einddoel en prognose conform de KNMT-richtlijn Patiëntendossier (Herziening 2014);
- Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar proberen de akkoordverklaringsaanvraag op een zo efficiënt mogelijke manier te laten verlopen. Waar mogelijk houdt dit in dat Zorgverzekeraar aan Zorgaanbieder kan aanbieden om bepaalde procedures optimaler in te richten.

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 tandheeskunde door middel van zuurstoflachgas door tandartsen, artsen en mondhygiënist*' van maart 2017.

C. Algehele anesthesie

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 behandeling onder algehele anesthesie dient onderdeel te zijn van een schriftelijk vastgelegd zorgplan conform de KNMT-richtlijn Patiëntendossier (Herziening 2014). Tenzij anders gemotiveerd, betreft de behandeling onder algehele anesthesie een eenmalige ingreep en enkel mogelijk wanneer de angstbehandeling onder 'A' aantoonbaar niet succesvol is verlopen;
- Er is geen andere behandeling mogelijk dan behandeling onder algehele anesthesie. Behandeling onder algehele anesthesie is de ultieme remedie. Alle andere mogelijke behandelingen zijn reeds geëxploreerd. Nazorg dient plaats te vinden onder directe controle van een tandarts (pedodontoloog);

- Indien er sprake is van een extreem angstige volwassen patiënt, dient de indicatiestelling voor de behandeling onder algehele anesthesie ondersteund te worden door de uitkomsten van drie van de volgende gevalideerde vragenlijsten: DAS, K-ATB, AS en DPFR;
- Voorafgaand aan de behandeling dient de patiënt hiervoor toestemming te verlenen middels Informed Consent, vastgelegd in het dossier.

Eisen gesteld aan de anesthesioloog en de behandeling:

Bekwaamheid van de anesthesioloog voor behandeling van volwassenen:

- De anesthesioloog is degene die de daadwerkelijke anesthesie toedient;
- De aan de Zorgaanbieder verbonden anesthesioloog dient ingeschreven te zijn als anesthesioloog in het register van erkende medische specialisten der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en dient dit aan te kunnen tonen;
- De aan de Zorgaanbieder verbonden anesthesioloog is lid van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en onderschrijft de richtlijnen en standpunten van de NVA.

Extra eisen t.a.v. bekwaamheid van de anesthesioloog voor behandeling van kinderen:

De anesthesioloog bewaakt het kwaliteitsbeleid van de perioperatieve zorg bij kinderen, waaronder:

- De afspraken om kinderen te kunnen opnemen in een naburig ziekenhuis die over een kinderafdeling beschikt;
- De afspraken op welk moment te verwijzen naar een kindercentrum;
- De protocollen specifiek voor kinderen betreffende perioperatieve zorg in dagbehandeling als preassessment, premedicatie en nuchter zijn, perioperatieve pijnbehandeling, ontslagcriteria verkoeverkamer en dagbehandeling.

Veiligheid/ Kwaliteit:

- De Zorgaanbieder dient gevisiteerd te zijn door de NVA en dient aan de Zorgverzekeraar een positief visitatierapport te kunnen overleggen;
- Er dient gewerkt te worden met een FONA-reglement (Reglement meldingen incidenten patiëntenzorg);
- De Zorgaanbieder dient de WIP-richtlijnen te hanteren;
- Er dient bij de behandeling per behandellocatie minimaal een anesthesieverpleegkundige/assistent aanwezig te zijn bij de Zorgaanbieder;
- Er is te allen tijde een achterwachtregeling voor de anesthesiologen georganiseerd;
- Indien de tandheeskundige behandeling onder algehele anesthesie niet in een ziekenhuis plaatsvindt, dient er een schriftelijke overeenkomst met een ziekenhuis in de nabijheid van maximaal 25 kilometer van de Zorgaanbieder te zijn voor de eventuele opvang van patiënten buiten openingstijden van de Zorgaanbieder. Op eerste schriftelijk verzoek van de Zorgverzekeraar dient de Zorgaanbieder genoemde overeenkomst te overleggen;
- Indien de tandheeskundige behandeling onder algehele anesthesie niet in een ziekenhuis plaatsvindt, dient er een schriftelijke overeenkomst met een ambulancedienst te zijn (indien hierover geen afspraken met het ziekenhuis zijn gemaakt) voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis. Op eerste schriftelijk verzoek van de Zorgverzekeraar dient de Zorgaanbieder genoemde overeenkomst te overleggen;
- Er is een verkoeverkamer/uitslaapkamer aanwezig voor na de anesthesie;
- De ASA-score wordt bij elke patiënt bepaald en maximaal toegestaan is een ASA van 2 (volgens the American Society of Anesthesiologists).

Bedrijfsvoering:

- Er zijn transmurale afspraken voor diagnostiek, verwijzing, spoedhulp en achterwacht vastgelegd;
- Er zijn protocollen aanwezig op het gebied van:
indicatiestelling, behandeling, tromboseprofylaxe, pijnbestrijding, infectiepreventiebeleid, complicatieregistratie, informed consent, reanimatiebeleid, calamiteitenplan en procedures bij brand en stroomuitval;
- Er is een defibrillator aanwezig;
- Er is een noodstroomvoorziening;
- Er is sprake van een geaccepteerd kwaliteitssysteem (NIAZ, INK, HKZ, ISO).



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

- De tandarts en de anesthesioloog hebben onderling afspraken gemaakt over ieders verantwoordelijkheden conform de richtlijnen van de NVA;
- Er dient na de behandeling onder algehele anesthesie een traject van nabehandeling te worden gevolgd, waarin wordt nagestreefd dat, indien mogelijk, de patiënt uiteindelijk terugkeert naar een reguliere behandelaar. De procedure die hiervoor gevolgd wordt, is vastgelegd in een protocol.

Bijlage 2: 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 Uitgezonderde prestaties.
3. Declaraties worden door de zorgaanbieder via VECOZO digitaal aangeleverd bij de zorgverzekeraar.
4. De zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-code(s) zoals die zijn opgenomen in 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 10 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 overeenkomst uitbetalen en volledig aan de zorgaanbieder vergoeden conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
7. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat er sprake is van een door de verzekerde te betalen eigen bijdrage, dan zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag geheel/gedeeltelijk/niet aan de zorgaanbieder vergoeden, conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
8. Indien de zorgverzekeraar bij een door de zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot ter hoogte van 100% van het gedeclareerde bedrag.
9. Als achteraf blijkt dat de zorgverzekeraar met het voorschot teveel heeft betaald, verreken 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 10 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. 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. Indien een Verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen, dan brengt de Zorgaanbieder de Zorg in rekening bij de Verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze zorgovereenkomst.
2. De Zorgaanbieder zal de declaratie die is afgewezen omdat zij niet voldoet aan de voorwaarden die in deze zorgovereenkomst, aan de Zorg, de declaratie en/of de indiening daarvan worden 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.
3. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden die ten grondslag liggen aan de declaraties blijven vijf jaar voor de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze zorgovereenkomst een einde heeft genomen.
4. De Zorgaanbieder declareert bij de Zorgverzekeraar de volledige kosten (100%) voor de uitgevoerde behandelingen voor de Zorg met inachtneming van lid 7 t/m lid 12 van dit artikel, ongeacht of er sprake is van een dekking op grond van de zorgverzekering en/of aanvullende verzekering.
5. 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.

Mondzorg specifiek

7. 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/Orthodontische zorg conform de meest recente Beleidsregel Tandheelkundige/Orthodontische zorg.
8. Een Zorgaanbieder, zijnde een rechtspersoon, met een AGB-code beginnend op het nummer 17 kan enkel declaraties indienen bij de Zorgverzekeraar middels de AGB-code van de uitschrijver in combinatie met de AGB-code van de praktijk. De AGB-code van de uitschrijver dient opgenomen te worden in rubriekregel 0110. De AGB-code van de praktijk dient opgenomen te worden in rubriekregel 0111.
9. De Zorgaanbieder is verplicht rubriek 415 "Gebitselementcode" in te vullen als er sprake is van een gebitselement. Zie hiervoor ook de Prestatiecodelijst 010 op de website van Vektis (www.vektis.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.
10. De Zorgaanbieder is verplicht rubriek 414 "Ind. Boven/Onder" in te vullen als er hier sprake van is. Zie hiervoor de Prestatiecodelijst 010 op de website van Vektis (www.vektis.nl) met prestatiecodes waarbij verplicht de indicatie van boven of onder moet worden opgenomen. Indien van toepassing zijnde verplichte invulling ontbreekt, dan zal de Zorgverzekeraar de aangeleverde declaratieregels afwijzen.
11. Voor de maand januari van enig kalenderjaar geldt dat de Zorgverzekeraar de ingediende declaraties door de Zorgaanbieder over de maand januari vanaf 1 februari van datzelfde kalenderjaar in behandeling neemt.
12. Declaraties van verschillende kalenderjaren worden gescheiden aangeleverd.

Bijzondere tandheelkunde specifiek

13. De eigen bijdrage, zoals bedoeld in artikel 2.7 lid 1 van het Besluit zorgverzekering en artikel 2.31 Regeling zorgverzekering, dient in alle gevallen in mindering te worden gebracht op het uurtarief.



14. Voor het opmaken van de declaratie wordt de invulinstructie van Vektis aangehouden. Waarbij het berekend bedrag (rubriek 0426) de uitkomst is van het tarief (rubriek 0424) maal het aantal (rubriek 0425) minus de eigen bijdrage (rubriek 0428). Het declaratiebedrag (rubriek 0430) is in het geval van bijzondere tandheelkunde gelijk aan het berekend bedrag (rubriek 0426).
15. De Zorgaanbieder declareert de eigen bijdrage via VECOZO digitaal bij de Zorgverzekeraar.

Bij artikel 4 Declareren via derden:

1. 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.

Bij artikel 5 Herdeclaraties en correcties:

1. De Zorgverzekeraar behoudt zich in aanvulling op artikel 5 lid 3 van de Uniforme declaratieparagraaf eveneens het recht voor om ten onrechte gedane betalingen te verrekenen met nieuwe declaraties aan elk van de in deel I genoemde zorgverzekeraars.
2. De Zorgverzekeraar is gerechtigd ten onrechte uitbetaalde declaraties en overige opeisbare vorderingen te verrekenen met nog af te wikkelen declaraties van de Zorgaanbieder. De digitale, en overige gegevens over de declaratieverwerking en betaling in de bestanden van de Zorgverzekeraar, waar onder begrepen die van Vecozo, strekken Partijen tot volledig bewijs, behoudens tegenbewijs door de Zorgaanbieder.

Bij artikel 6 Betaling:

1. De Zorgaanbieder stelt de declaratie op met vermelding van alle gegevens die volgens de meest recente versie van het voor de onderhavige zorgsector toepasselijke rapport externe integratie op de declaraties dienen te worden vermeld.
2. Onder betaalbaarstelling wordt in artikel 6 lid 4 verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.
3. De Zorgverzekeraar stelt geen voorschot, zoals bedoeld in artikel 6 lid 8, 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 zorgovereenkomst aan de declaratie worden gesteld.
4. Zorg verleend buiten de kaders van de onderhavige zorgovereenkomst en/of verzekeringspolissen van de Verzekerde komt niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking, behoudens in geval van overname van het incassorisico van de desbetreffende zorg door de Zorgverzekeraar op grond van een daartoe met de Zorgaanbieder gesloten zorgovereenkomst.
5. Indien onder de Zorgverzekeraar beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de Zorgaanbieder, komen de extra kosten die de Zorgverzekeraar hier voor moet maken volledig voor rekening van de Zorgaanbieder.
6. De Zorgverzekeraar betaalt aan de Zorgaanbieder het volledige bedrag (100%) van de ontvangen declaratie met inachtneming van artikel 4.
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. 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.



9. 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.

Bijlage A: Specifieke afspraken

A.1: Uitgezonderde prestaties

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

Prestatiecode/Declaratiecode	Omschrijving/toelichting
C90	Niet nagekomen afspraak
E97 en techniekkosten	Uitwendig bleken (en techniekkosten)
Z10 t/m Z60	Abonnement cat. A t/m F
F911A	Inkopen op uitkomst orthodontie

A.2: 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.3: Betaalafspraken

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

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