



OHPA Direct
geregeld



**Overeenkomst
Zorgverzekeraar - Instelling voor Jeugd tandverzorging
2020-2021-2022**



Inhoud

Algemene bepalingen eerstelijns	3
Artikel 1. Definities	3
Artikel 2. Zorgverlening.....	4
Artikel 3. Continuïteit van zorg.....	4
Artikel 4. Declaratiebepaling	5
Artikel 5. Informatievoorziening en gegevensbeheer	5
Artikel 6. Controle	5
Artikel 7. Fraude	6
Artikel 8. Wijzigingen in de overeenkomst.....	6
Artikel 9. Duur en einde van de overeenkomst	6
Artikel 10. Toepasselijk recht en geschillen	6
Artikel 11. Verzekering en vrijwaring	6
Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen	7
Artikel 1. Definities	7
Artikel 2. Zorgverlening.....	7
Artikel 3. Continuïteit van zorg.....	8
Artikel 5. Informatievoorziening en gegevensbeheer	9
Artikel 6. Controle	9
Artikel 7. Fraude	10
Artikel 9. Duur en einde van de overeenkomst	11
Artikel 11. Verzekering en vrijwaring	12
Artikel 12. Hoofdelijke aansprakelijkheid.....	12
Artikel 13. Slotbepalingen	12
Bijlage 1 Uniforme Declaratieparagraaf versie 1.0.....	14



DEEL II: ALGEMEEN DEEL OVEREENKOMST

Opbouw overeenkomst

Het Algemeen Deel van deze overeenkomst bestaat uit twee delen; de algemene bepalingen eerstelijns en de Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen. De algemene bepalingen eerstelijns bevatten het landelijk geüniformeerde deel van de overeenkomsten zorgverzekeraar - eerstelijnszorg en hebben tot doel algemene bepalingen van zorgverzekeraars die niet concurrentieel zijn te uniformeren. Reden die hieraan ten grondslag ligt, is het zo veel mogelijk beperken van de administratieve lasten bij de zorgaanbieder. In aanvulling op de algemene bepalingen eerstelijns zijn de Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen van toepassing zoals vastgelegd in deze overeenkomst.

Algemene bepalingen eerstelijns

Artikel 1. Definities

a. Zorgaanbieder

de natuurlijke persoon, rechtspersoon of maatschap die deze overeenkomst is aangegaan en die tevens tandarts kan zijn, dit conform het beleid van de individuele zorgverzekeraar. In geval de Zorgaanbieder een instelling is (met of zonder rechtspersoonlijkheid) die als zodanig is toegelaten overeenkomstig de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) dan wel de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) dan betreft het de instelling die de gecontracteerde Zorg aanbiedt en die deze overeenkomst is aangegaan;

b. Detailcontrole

onderzoek door de Zorgverzekeraar naar bij de Zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen Verzekerden ten behoeve van materiële controle of fraudeonderzoek;

c. Formele controle

een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een Zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:

- een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon;
- een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon;
- een prestatie betreft, tot levering waarvan de Zorgaanbieder bevoegd is; en
- het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is goedgekeurd of vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de Zorgaanbieder is overeengekomen;

d. Fraudeonderzoek

een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of de Verzekerde of 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 geen recht heeft of recht kan hebben;

e. Materiële controle

een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of de door de Zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de Verzekerde;

f. Professionele standaard

richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden, dan wel organisatiebeschrijvingen (voor zover van toepassing) die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is vanuit het perspectief van de patiënt goede Zorg te verlenen;

g. Verzekerde

de persoon ten behoeve van wie een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en/of een aanvullende verzekeringsovereenkomst is gesloten met de Zorgverzekeraar, en die recht heeft op de Zorg in natura dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de Zorg.

Artikel 2. Zorgverlening

1. De Zorgaanbieder levert Zorg of een nader overeengekomen deel daarvan zoals tandheekkundigen plegen te bieden aan de Verzekerden van de Zorgverzekeraar.
2. De Zorgaanbieder levert de in artikel 1 onder r. 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 de 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 neemt bij het verlenen van Zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde Professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren Zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving waaronder privacywetgeving en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet BIG.
4. De Zorgaanbieder biedt goede Zorg aan. Onder goede Zorg wordt conform de Wkkgz verstaan: Zorg van goede kwaliteit en van een goed niveau die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de Verzekerde, waarbij Zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de Professionele standaard en waarbij de rechten van de Verzekerde zorgvuldig in acht worden genomen en de Verzekerde ook overigens met respect wordt behandeld.
5. De Zorgaanbieder verleent de Zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde (praktijk)ruimte die voor de Verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is.
6. De Zorgaanbieder is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen voor zijn beroepsgroep indien en voor zover van toepassing ingevolge bedoelde richtlijnen.
7. De Zorgaanbieder beschikt over een klachtenprocedure en hanteert daartoe een reglement voor klachtbehandeling dat voldoet aan de wettelijke eisen (conform Wkkgz). De Zorgaanbieder informeert de Verzekerde over het bestaan van deze klachtenregeling.

Artikel 3. Continuïteit van zorg

1. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren Zorg. 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 de Zorg. Bij waarneming dient de waarnemer gekwalificeerd te zijn en te handelen overeenkomstig de bepalingen van deze overeenkomst. De Zorgaanbieder stelt de Verzekerde op de hoogte van de waarneming en de na(a)m(en) en werkadres(sen) van de waarnemer(s).
2. Indien de waarneming langer duurt dan vier aaneengesloten maanden, doet de Zorgaanbieder hier schriftelijk mededeling van aan de Zorgverzekeraar onder vermelding van de vermoedelijke duur van de waarneming en de na(a)m(en) en AGB-code(s) van de waarnemer(s). Indien en voor zover de Zorgverzekeraar zich hierin niet kan vinden, zal deze met redenen omkleed ter zake de Zorgaanbieder zo snel mogelijk informeren.



3. De waarneming kan in beginsel niet langer duren dan twaalf aaneengesloten maanden. Daarna treden Partijen met elkaar in goed overleg.
4. Behoudens overmacht informeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar zo snel mogelijk, doch uiterlijk drie maanden voor de voorgenomen beëindiging van zijn praktijk.
5. De Zorgaanbieder kan het aangaan van een behandelrelatie met een patiënt slechts weigeren of de behandelrelatie slechts beëindigen wegens gewichtige redenen tenzij er sprake is van een spoedeisende situatie.

Artikel 4. Declaratiebepaling

1. Partijen verplichten zich hetgeen is vastgelegd in Bijlage 1 Uniforme Declaratieparagraaf na te leven.

Artikel 5. Informatievoorziening en gegevensbeheer

Uitgangspunt is dat de Zorgverzekeraar jegens zowel de Verzekerden als jegens de Zorgaanbieder handelt overeenkomstig hetgeen geldt ingevolge de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap.

Informatievoorziening aan de Verzekerde

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de Verzekerden conform de geldende NZa-regels worden geïnformeerd over de Zorg die hij levert, de daarbij behorende prestaties – waaronder de (indien van toepassing) wettelijke eigen bijdragen – en wachttijden.
2. Bij het aangaan van de behandelrelatie informeert de Zorgaanbieder de Verzekerde mondeling en/of schriftelijk over o.a. de werkwijze, klachtenregeling en bereikbaarheid.
3. De Zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn Verzekerden conform de NZa-regels worden geïnformeerd over de zorgprestaties die voor vergoeding in aanmerking komen en de wijzigingen hierin. Hieronder vallen onder meer de consequenties van het zorginkoopbeleid voor de Verzekerde.

Gegevensbeheer en -uitwisseling

4. Partijen leggen passende technische en organisatorische maatregelen aan om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking. Ook bij uitwisseling van persoonsgegevens worden de gegevens voldoende beveiligd. De Zorgaanbieder spant zich in om voor wat betreft de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders onderling zoals het uitwisselen van verwijzingen zich te committeren aan de in de keten gemaakte afspraken.

Privacy en dossiervorming

5. De Zorgaanbieder richt een dossier in conform de eisen van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wgbo). De Zorgaanbieder houdt bij de verwerking van de persoonsgegevens in dit dossier de eisen van de Wgbo, de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en andere relevante wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens wetgeving en de Zorgverzekeringswet (Zvw) en daaraan gelieerde regels in acht.

Artikel 6. Controle

1. De Zorgverzekeraar voert Formele en Materiële controles uit, met inachtneming van de eisen van de Zvw, de Regeling zorgverzekering (Rzv) en het vigerende Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.
2. De Zorgverzekeraar streeft ernaar Materiële controles zo snel mogelijk uit te voeren.



3. De Zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan een conform de Rzv uitgevoerde Materiële controle. De Zorgverzekeraar accepteert afdrucken uit een digitaal archiefsysteem als bewijsstukken.

Artikel 7. Fraude

1. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van Fraudeonderzoek in ieder geval het bepaalde bij of krachtens de AVG en andere relevante wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens, de Zvw en de Rzv in acht.
2. De Zorgverzekeraar informeert de Zorgaanbieder schriftelijk over de zakelijke inhoud van de voorgenomen uitkomsten van het onderzoek en stelt de Zorgaanbieder in de gelegenheid daarop binnen een redelijke termijn te reageren. De Zorgverzekeraar betreft deze reactie van de Zorgaanbieder bij de vaststelling van de definitieve uitkomsten van het onderzoek en bericht deze schriftelijk aan de Zorgaanbieder.

Artikel 8. Wijzigingen in de overeenkomst

1. Indien wijzigingen in wet- en/of regelgeving aanpassing van de overeenkomst noodzakelijk maken, treden partijen met elkaar in overleg om de betreffende bepalingen in de overeenkomst zoveel mogelijk aan te passen aan de nieuwe wet- en regelgeving, met instandhouding van de overige bepalingen.
2. Wijzigingen in de overeenkomst kunnen uitsluitend worden aangebracht met wederzijds goedvinden en tweezijdig schriftelijk vastgelegd, dan wel voor zover van toepassing digitaal overeengekomen in het zorginkoopportaal (VECOZO).

Artikel 9. Duur en einde van de overeenkomst

Zie Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen.

Artikel 10. Toepasselijk recht en geschillen

1. Het Nederlands recht is op deze overeenkomst van toepassing.
2. In geval van een geschil tussen Partijen zal worden getracht dit eerst in onderling overleg op te lossen.
3. Een geschil is aanwezig zodra een van de Partijen dit schriftelijk aan de andere Partij kenbaar maakt.
4. Geschillen die niet in onderling overleg kunnen worden opgelost, kunnen worden voorgelegd aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie zorgcontractering zoals ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut dan wel aan de bevoegde rechtbank.

Artikel 11. Verzekering en vrijwaring

1. De Zorgaanbieder sluit een aansprakelijkheidsverzekering af die een dekking biedt tot een bedrag en onder voorwaarden zoals die binnen de beroepsgroep gebruikelijk is. De Zorgaanbieder geeft op eerste verzoek, indien daar een aanleiding toe bestaat, aan de Zorgverzekeraar een kopie van de polis en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekering.
2. Indien de Zorgverzekeraar door een patiënt (Verzekerde) aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de zorgverlening, zal de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar vrijwaren voor schade die de Verzekerde lijdt als gevolg van een tekortkoming in de nakoming van enige verbintenis die op de Zorgaanbieder rust.

Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen

Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

h. 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.

i. Onderaanneming

er is sprake van Onderaanneming indien een Verzekerde in behandeling is bij een Zorgaanbieder (de Hoofdaannemer) en deze, voor (een deel van) de daadwerkelijke Zorg een andere Zorgaanbieder (de Onderaannemer), niet zijnde dezelfde juridische entiteit als de Hoofdaannemer, inschakelt door (een deel van) deze Zorg door te contracteren aan deze andere Zorgaanbieder;

j. Tandarts (c.q. Zorgaanbieder)

de tandarts, die als zodanig staat geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG), en die voor de Zorgaanbieder werkzaam is op diens Praktijkadres(sen) op basis van een schriftelijke civielrechtelijke arbeidsovereenkomst;

k. Tandheilkundig medewerker

de medewerker die voor de Zorgaanbieder werkzaam is op diens Praktijkadres(sen) op basis van een schriftelijke civielrechtelijke arbeidsovereenkomst en die als zodanig op basis van de relevante wet- en regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden zoals die gelden tussen Verzekerde en Zorgverzekeraar, de Zorg aan Verzekerde kan verlenen;

l. Zorg

de door de Zorgaanbieder te verlenen mondzorg 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 tandheilkundige zorg als bedoeld in artikel 2 lid 8 van deze overeenkomst;

m. Zorgaanbieder

aanvulling op de definitie van Zorgaanbieder zoals vermeld onder a. van dit artikel: de instelling voor jeugdtandverzorging als bedoeld in rubriek B van Deel I (Individueel deel) van deze overeenkomst, die de Zorg verleent en die als zodanig is toegelaten overeenkomstig de Wet Toelating Zorginstellingen en waarin minimaal één tandarts werkzaam is die staat ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, en die deze overeenkomst is aangegaan;

n. Zorgverzekeraar

de Zorgverzekeraar als bedoeld in rubriek A van het Individueel Deel (deel I) van deze overeenkomst.

Artikel 2. Zorgverlening

8. Uitgesloten van deze overeenkomst zijn de prestaties A20, C84, B10, B11 en B12. Zie ook Rubriek C van Deel I (Individueel deel).
9. De Zorgaanbieder draagt zorg voor goede voorlichting aan de Verzekerde over alle relevante aspecten van de



aan haar te verlenen Zorg. Hiertoe worden uitdrukkelijk ook de financiële aspecten van Zorg gerekend. Daarnaast dient ook duidelijk te zijn voor de Verzekerde wie de behandeling uitvoert en wat de functie van de tandheelkundig medewerker is.

10. Voor het geval de Verzekerde een keuzemogelijkheid heeft en haar voorkeur voor een bepaalde Tandheelkundige medewerker heeft uitgesproken, voorziet de Zorgaanbieder erin dat de Verzekerde zoveel mogelijk de Zorg van deze Tandheelkundige medewerker ontvangt.
11. De Zorgaanbieder verleent de Zorg aan de Verzekerde door middel van aan de Zorgaanbieder verbonden Tandheelkundig medewerkers die bevoegd en bekwaam zijn de Zorg te verlenen. Zij kunnen zich laten bijstaan door het voor de Zorgaanbieder werkzame personeel.
12. De aan de Zorgaanbieder verbonden Tandheelkundig medewerkers hebben met betrekking tot de beroepsinhoudelijk 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 Tandheelkundig medewerkers ten aanzien van vorenbedoelde aspecten elkaar rechtstreeks aanspreken.
13. Bij Onderaanneming is de Zorgaanbieder te allen tijde verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg verleend door de onderaannemer. Dit impliceert onder andere dat:
 - a. de Zorgaanbieder gehouden is alle verplichtingen die uit deze overeenkomst voortvloeien ook in de afspraken met de onderaannemer op te nemen;
 - b. de Zorgaanbieder ervoor zorgt dat de verlening van Zorg door de onderaannemer hetzelfde kwaliteitsniveau heeft als waarvoor de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar is gecontracteerd;
 - c. de Zorgaanbieder de Zorg verleend door een onderaannemer zelf bij de Zorgverzekeraar declareert;
 - d. de Zorgaanbieder aansprakelijk is voor klachten, uitkomsten van inspectierapporten en controles als bedoeld in de artikelen 6 en 7 van deze overeenkomst, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij een onderaannemer de daadwerkelijke zorg heeft verleend.
14. 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 verlenen.

Artikel 3. Continuïteit van zorg

6. 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.
7. Ingeval de Zorgaanbieder of een aan hem verbonden Tandheelkundig medewerker krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG, onderscheidenlijk het Wetboek van Strafrecht, is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, dan wel hem de uitoefening van zijn beroep is ontzegd, meldt hij dit onverwijld aan de Zorgverzekeraar. Indien de Zorgverzekeraar toestaat dat de Zorgaanbieder gedurende de schorsing c.q. ontzegging wordt waargenomen, is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor regeling van een adequate waarneming.
8. Indien de Zorgaanbieder onderhevig is aan een onderzoek van de IGJ en/of de NZa stelt de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar hiervan direct in kennis en verstrekt een (voor zover relevant, geanonimiseerd) afschrift van ieder (niet) openbaar rapport van de IGJ en/of NZa dat de Zorgaanbieder betreft voor zover relevant voor de uitvoering van de overeenkomst.

9. De Zorgaanbieder kan de Zorg weigeren of de aangevangen 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, op voorwaarde dat er geen sprake is van een spoedeisende situatie of een noodsituatie. In geval van weigering of beëindiging van de verlening van Zorg doet de Zorgaanbieder schriftelijk - zo mogelijk vooraf - mededeling aan de Verzekerde van de weigering c.q. beëindiging en de redenen die daaraan ten grondslag liggen. De Zorgaanbieder neemt waar nodig tevens contact op met de Zorgverzekeraar teneinde gezamenlijk te trachten (de continuïteit van) de verlening van Zorg te waarborgen.

Artikel 5. Informatievoorziening en gegevensbeheer

6. Partijen verschaffen elkaar gevraagd en ongevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegane verplichtingen.
7. Partijen behandelen de (persoons)gegevens van de betrokken Verzekerde(n) en de Zorgaanbieder(s) op wie de 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.
8. 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.

Praktijk- en patiëntenregistratie

9. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en patiëntenregistratie.
10. De Zorgaanbieder registreert de volgende patiënt- en zorgverleningsgegevens:
 - a. het burgerservicenummer van de Verzekerde;
 - b. de naam van de tandarts, huisarts of medisch specialist die de Verzekerde naar de Zorgaanbieder verwees;
 - c. het aantal behandelingseenheden;
 - d. de data waarop de behandelingen zijn gegeven;
 - e. behandeling thuis of in praktijk;
 - f. de naam van de behandelend zorgverlener;
 - g. het resultaat van het onderzoek;
 - h. de inhoud van het behandelplan;
 - i. het verloop van de behandeling;
 - j. het evaluatieverslag t.b.v. de verwijzer.
11. Onverlet hetgeen ter zake in de wetgeving is bepaald, wordt de originele patiëntenregistratie ten minste vijf jaar na afloop van het betreffende kalenderjaar bewaard. Deze blijft, met inachtneming van het bepaalde in Artikel 6. Controle van deze overeenkomst, voor de Medische dienst van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.

Artikel 6. Controle

4. De Zorgverzekeraar kan een controle uitoefenen ten aanzien van de uitvoering van deze overeenkomst 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 overeenkomst opgenomen verplichtingen door de Zorgaanbieder.



5. De Zorgverzekeraar kan periodiek Formele en Materiële controles uitvoeren conform de vigerende wet- en regelgeving, waaronder de Regeling Zorgverzekering en de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekering WMG. 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 artikel 68a Wet marktordening gezondheidszorg en, ten aanzien van de Formele en Materiële controle, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering en de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.
6. De controle als bedoeld in lid 4 en 5 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.
7. De Zorgverzekeraar meldt schriftelijk een voorgenomen controle bij de Zorgaanbieder tenminste 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 krijgen tot praktijk- en patiëntenregistratie van Verzekerden, van de Zorgaanbieder.
8. 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 van Verzekerden.
9. 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 zorgdossiers van de Verzekerden van de Zorgverzekeraar. Op verzoek van de Zorgverzekeraar worden deze dossiers op beveiligde wijze door de Zorgaanbieder aan de Zorgverzekeraar beschikbaar worden gesteld.
10. De Zorgverzekeraar zal de Zorgaanbieder binnen twee maanden na de controledatum schriftelijk in kennis stellen van haar controlebevindingen en de Zorgaanbieder binnen redelijke termijn de gelegenheid geven daarop schriftelijk te reageren (hoor en wederhoor).

Artikel 7. Fraude

3. De Zorgaanbieder verliest bij door hem gepleegde fraude het recht op vergoeding uit hoofde van deze overeenkomst (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 één of meerdere van de hierna beschreven maatregelen treffen:
 - a. de ten onrechte uitgekeerde betalingen en gemaakte onderzoekskosten terugvorderen;
 - b. deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - c. registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - d. een klacht indienen bij een tuchtrechtelijke instantie waarbij de Zorgaanbieder is aangesloten;
 - e. melding c.q. aangifte doen bij enige opsporingsdienst en/of het Openbaar Ministerie.



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 9. Duur en einde van de overeenkomst

1. De overeenkomst treedt in werking en eindigt op de in het Individueel Deel (deel I) onder rubriek D van de overeenkomst genoemde data.
2. De overeenkomst 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 overeenkomst verder met onmiddellijke ingang, zonder rechterlijke tussenkomst, geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:
 - a) door een der Partijen als de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling verkrijgt;
 - b) door een der Partijen als de wederpartij zich in staat van kennelijk onvermogen bevindt of het onderwerp 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 Wet schuldsanering natuurlijke personen;
 - d) door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een rechtspersoon is: door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon;
 - e) door de Zorgverzekeraar als de onderneming van of de beroepsuitoefening door de Zorgaanbieder beëindigd wordt 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 overeenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een achterafcontrole;
 - 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) als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, dwang of bedreiging;
 - j) indien de Zorgaanbieder is doorgehaald in het toepasselijke beroepenregister.



4. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging van deze overeenkomst 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 overeenkomst noodzakelijk maken, treden Partijen zo snel mogelijk met elkaar in overleg om de bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Dit met inachtneming van de oorspronkelijke bedoeling van Partijen. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt, kan elk der Partijen de overeenkomst met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden opzeggen. Tussenkost van de rechter is hier niet noodzakelijk.
6. De opzegging van de overeenkomst, 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 overeenkomst voort te duren, blijven na beëindiging van deze overeenkomst bestaan. Tot deze verplichtingen behoren onder meer aansprakelijkheid en geheimhouding.

Artikel 11. Verzekering en vrijwaring

3. 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 overeenkomst 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.
4. 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 op Zorg te leveren waarop de Verzekerde aanspraak heeft, geldt in aanvulling op hetgeen is bepaald in artikel 11 lid 2 van deze overeenkomst dat de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar vrijwaart 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 12. Hoofdelijke aansprakelijkheid

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

Artikel 13. Slotbepalingen

1. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om een overeenkomst die is voorzien van doorhalingen en/of mededelingen van de Zorgaanbieder van welke aard dan ook, als ongeldig te beschouwen. Indien de Zorgverzekeraar van dit recht gebruikmaakt, zal zij de Zorgaanbieder daarvan schriftelijk in kennis stellen. In dat



geval zal de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder eenmalig de overeenkomst alsnog toezenden en in de gelegenheid stellen binnen een termijn van drie weken door ondertekening en terugzending aan de Zorgverzekeraar de overeenkomst alsnog tot stand te brengen.

2. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar is het de Zorgaanbieder, met uitzondering van het vestigen van pandrechten, niet toegestaan rechten en verplichtingen uit deze overeenkomst geheel dan wel gedeeltelijk over te dragen aan derden of door derden te laten overnemen. Aan de toestemming kan de Zorgverzekeraar voorwaarden verbinden.
3. Ten aanzien van 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 overeenkomst nietig c.q. onverbindend blijken te zijn, zullen de overige bepalingen van de overeenkomst 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 overeenkomst behouden blijft
5. Op deze overeenkomst 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 overeenkomst heeft zal in geen geval worden geacht te zijn het doen van afstand van dat recht door de Zorgverzekeraar.
7. In geval de overeenkomst met de Zorgverzekeraar eindigt en niet aansluitend wordt vernieuwd, is de Zorgaanbieder gehouden de Verzekerde met een naturapolis op de hoogte te brengen van de consequenties voor de Verzekerde van de beëindiging van de contractuele relatie met de Zorgverzekeraar.

Bijlage 1 Uniforme Declaratieparagraaf versie 1.0.

Bijlage 1 van Deel II (Algemeen deel) bestaat uit twee delen; Uniforme declaratieparagraaf en de Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen. De Uniforme declaratieparagraaf betreft het landelijk geüniformeerde deel van de declaratiebepalingen zorgverzekeraar - eerstelijnszorg en hebben tot doel algemene bepalingen van zorgverzekeraars die niet concurrentieel zijn te uniformeren. Reden die hieraan ten grondslag ligt, is het zo veel mogelijk beperken van de administratieve lasten bij de zorgaanbieder. Daar waar een keuze c.q. nadere invulling mogelijk was, heeft de Zorgverzekeraar deze keuze c.q. nadere invulling aangegeven middels **rode** tekst. In aanvulling op de Uniforme declaratieparagraaf zijn de Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen van toepassing zoals vastgelegd in deze bijlage.

Deel 1, Uniforme declaratieparagraaf

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 overeenkomst 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 overeenkomst 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 overeenkomst 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 overeenkomst verleende Zorg zonder tussenkomst van de Verzekerde bij de Zorgverzekeraar.
3. Declaraties worden door de Zorgaanbieder via VECOZO digitaal aangeleverd bij de Zorgverzekeraar.
4. De Zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-code 9664.
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, kan door de Zorgaanbieder ten laste van 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. 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.
9. De afhandeling van declaratieregels wordt door de Zorgverzekeraar uitgevoerd volgens het principe dat de Zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt de Zorgverzekeraar contact op met de Zorgaanbieder.
10. 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 (voor zover van toepassing)

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 overeenkomst voortvloeien, ongeacht wat tussen de Zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door een gemachtigde van de bepalingen uit 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 **30 kalenderdagen** 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 **21** 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).



Artikel 6 Betaling

1. Indien een overeenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van Zorg plaats tegen de in de overeenkomst overeengekomen tarieven waarvoor de Verzekerde bij de Zorgverzekeraar is verzekerd.
2. 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.
3. Bij digitale declaraties hanteert de Zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van **maximaal 10 kalenderdagen** mits de declaraties zijn ontvangen binnen de overeengekomen declaratietermijn.
4. 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.
5. 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** aan de Zorgaanbieder vergoeden.
6. 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.
7. Als achteraf blijkt dat de Zorgverzekeraar met het voorschot teveel heeft betaald, **kan 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.
8. 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.
9. 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.
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, Deel II Zorgverzekeraar-specifieke afspraken

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

Bij artikel 3 Declareren:

11. 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 overeenkomst.
12. De Zorgaanbieder declareert de Zorg die hij in enige kalendermaand heeft geleverd (afgerond), één keer per maand, voor het einde van de daaropvolgende kalendermaand bij de Zorgverzekeraar.
13. Onverminderd zijn verplichting de declaraties maandelijks in te dienen, zal de Zorgaanbieder de Zorg die hij in enig kalenderjaar heeft geleverd (afgerond) uiterlijk 1 maart van het daaropvolgende kalenderjaar declareren bij de Zorgverzekeraar. Na die datum ontvangen declaraties neemt de Zorgverzekeraar niet in behandeling, behoudens ingeval van overmacht aan de zijde van de Zorgaanbieder.
14. Ingeval de Zorgaanbieder niet voldoet aan het bepaalde in artikel 3 lid 12 van deze bijlage, is de Zorgverzekeraar niet gehouden de declaratie binnen de in lid 4 van artikel 6 van deze bijlage genoemde termijn betaalbaar te stellen.
15. De Zorgaanbieder zal de declaratie die is afgewezen omdat zij niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst 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.



16. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden die ten grondslag liggen aan de declaraties blijven vijf jaar voor de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoelinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.
17. Zorg verleend buiten de kaders van de onderhavige overeenkomst en/of zorg die niet voldoet aan de voorwaarden uit de verzekeringspolis van de betreffende Verzekerde komt niet voor vergoeding in aanmerking.
18. 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.
19. 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.
20. De 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.
21. 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.
22. Declaraties van verschillende kalenderjaren worden gescheiden aangeleverd.

Bijzondere tandheelkunde specifiek

23. 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.
24. 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).

Bij artikel 4 Declareren via derden:

7. Indien de Zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, stelt de Zorgverzekeraar de retourinformatie via VECOZO uitsluitend beschikbaar aan die derde, behoudens een uitdrukkelijke anders luidende schriftelijke afspraak.

Bij artikel 5 Herdeclaraties en correcties:

6. De Zorgverzekeraar behoudt zich in aanvulling op artikel 5 lid 3 eveneens het recht voor om ten onrechte gedane betalingen te verrekenen met nieuwe declaraties aan elk van de in deel I (Individueel Deel) genoemde zorgverzekeraars.
7. 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:

10. In aanvulling op artikel 6 lid 4 spreken Partijen af dat indien (een) feestdag(en) binnen de betaaltermijn valt/vallen, de betaaltermijn wordt verlengd met de duur van de betreffende feestdag(en). Als feestdag wordt hier beschouwd: Nieuwjaarsdag, Goede vrijdag, Koningsdag, Tweede paasdag, Hemelvaartsdag, Tweede pinksterdag, Eerste kerstdag en Tweede kerstdag.
11. In aanvulling op artikel 6 lid 7 spreken Partijen af dat ook indien het cumulatief van de Verzekerde is bereikt, de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag, dat in overeenstemming dient te zijn met de afgesproken tarieven in deze overeenkomst, volledig aan de Zorgaanbieder vergoedt. Onder het bereiken van het cumulatief wordt verstaan dat de maximale vergoeding van de Verzekerde bij een bepaalde behandeling of prestatie is bereikt.
12. 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.
13. 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.
14. 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 overeenkomst aan de declaratie worden gesteld.
15. Indien een Verzekerde een klacht heeft betreffende de declaratie, treedt de Zorgverzekeraar hierover in overleg met de Zorgaanbieder. Indien de klacht, na overleg, niet naar tevredenheid van de Verzekerde is opgelost kan de vordering worden teruggeboekt en overgedragen aan de Zorgaanbieder. Indien de klacht naar tevredenheid van de Verzekerde is opgelost zal de Zorgaanbieder de openstaande vordering rechtstreeks met de Verzekerde afwerken. Door het terugleggen van de nota aan de Zorgaanbieder neemt de Zorgverzekeraar géén standpunt in over het feit, of een klacht terecht is of kan zijn.
16. 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.
17. Zorg verleend buiten de kaders van de onderhavige overeenkomst 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 overeenkomst.
18. 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.
19. 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.