



Betaalvoorwaarden CZ, Nationale Nederlanden en OHRA voor het rechtstreeks declareren door zorgaanbieders zonder zorgovereenkomst geldend vanaf 25 juli 2023

Artikel 1. Definities

In deze betaalvoorwaarden wordt verstaan onder:

a. Polis

de akte waarin de tussen een Verzekerde en de Zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering of aanvullende verzekering is vastgelegd;

b. VECOZO

de organisatie die is opgericht door Zorgverzekeraars met onder andere als doel het declaratietraject voor zowel Zorgaanbieders als Zorgverzekeraars te vereenvoudigen;

c. Vektisstandaard

de externe integratie-standaard die is vastgesteld ten behoeve van de geautomatiseerde gegevensuitwisseling tussen Zorgaanbieders en zorgverzekeraars;

d. Verzekerde

de persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en/of een aanvullende verzekeringsovereenkomst heeft gesloten met de Zorgverzekeraar;

e. Zorg

de door de Zorgaanbieder te verlenen of verleende zorg waarop de Verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet of de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen van de Zorgverzekeraar een natura- of restitutie-aanspraak kan doen gelden (verzekerde zorg), waaronder ook begrepen zorg waarbij door de Verzekerde reeds het maximaal aantal behandelingen c.q. het maximum vergoedbare bedrag uit de aanvullende verzekeringen heeft bereikt;

f. Zorgaanbieder

de natuurlijke of rechtspersoon die Zorg verleent en gebruik maakt van de mogelijkheid die met deze betaalvoorwaarden wordt geboden, en die als zodanig bij de Zorgverzekeraar als zijnde declaratiegerechtigd geregistreerd staat. Hiertoe behoren uitsluitend zorgverleners in de volgende categorieën: paramedische zorg (fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, podologen, ergotherapeuten, huidtherapeuten en diëtisten), voetzorg (pedicures en podotherapeuten), mondzorg (tandartsen, orthodontisten, mondhygiënist en tandprotheticici), huisartsenzorg (huisartsen), gezichtsbehandeling (schoonheidsspecialisten) en alternatieve zorg (mits het een zorgaanbieder betreft van Zorg die op basis van de Polis voor vergoeding in aanmerking komt) of andere zorgaanbieders die schriftelijke afspraken hierover hebben gemaakt met de Zorgverzekeraar.

g. Zorgverzekeraar

de verzekeringsondernemingen OWM CZ Groep U.A., Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V., CZ Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V. die als zodanig zijn toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet en/of aanvullende verzekeringen aanbieden.

Artikel 2. Toepasselijkheid

1. Deze voorwaarden zijn van toepassing zodra een Zorgaanbieder zonder zorgovereenkomst bij de Zorgverzekeraar declareert, zij het direct, via een derde of via cessie aan een derde, tenzij de



Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar voor de desbetreffende Zorg een overeenkomst zijn aangegaan op grond waarvan de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar rechtstreeks kan declareren.

2. De Zorgaanbieder aanvaardt door het indienen van de declaratie bij de Zorgverzekeraar deze betaalvoorwaarden. Aanvullende of afwijkende voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in de welke vorm dan ook, binden de Zorgverzekeraar niet.
3. De Zorgverzekeraar zal een wijziging van deze voorwaarden bekend maken op zijn website. Een wijziging treedt in werking op de dag van bekendmaking tenzij anders bepaald. De gewijzigde versie is van toepassing op iedere declaratie die na het moment van inwerkingtreding van de wijziging wordt ingediend.
4. Enige Uniforme Declaratieparagraaf is uitdrukkelijk niet van toepassing op deze voorwaarden.

Artikel 3. Informatieverstrekking aan Verzekerden

1. De onderhavige betaalvoorwaarden hebben enkel betrekking op het administratieve proces betreffende het indienen bij en vergoeden van declaraties door de Zorgverzekeraar. Omdat geen afspraken worden gemaakt over de inhoud (prijs en kwaliteit) van de te leveren Zorg, wordt de door de Zorgaanbieder geleverde Zorg in de communicatie aan Verzekerden aangemerkt als Zorg door een 'niet-gecontracteerde zorgaanbieder'. De Zorgaanbieder informeert de Verzekerde hier desgevraagd over.
2. De Zorgaanbieder informeert de Verzekerde over het rechtstreeks indienen van de declaratie bij de Zorgverzekeraar.
3. Indien een Verzekerde te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen, brengt de Zorgaanbieder de Zorg in rekening bij de Verzekerde.

Artikel 4. Declaratie door derden

1. Deze betaalvoorwaarden zijn onverminderd van toepassing op declaraties van de Zorgaanbieder die via een derde worden aangeboden aan de Zorgverzekeraar. Onder 'via een derde' valt eveneens de situatie waarin declaraties van de zorgaanbieder gecedeerd worden aan een derde en vervolgens door die derde worden aangeboden aan de Zorgverzekeraar. Dit is slechts anders indien schriftelijk afwijkende afspraken zijn gemaakt tussen de Zorgverzekeraar en de derde over het declaratieproces, met dien verstande dat - waarover in de schriftelijk afwijkende afspraken niets is geregeld – de betaalvoorwaarden onverminderd van toepassing blijven op de declaraties.
2. De Zorgaanbieder is vrij de gehele declaratieprocedure aan een derde partij uit te besteden (ongeacht de wijze waarop). De Zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de Zorgverzekeraar tijdig en schriftelijk wordt geïnformeerd dat:
 - a. de declaratiewerkzaamheden zijn uitbesteed aan een derde en welke derde;
 - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.Een mededeling ter uitvoering van deze bepaling dient ten minste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste indiening van de declaratie door de Zorgverzekeraar ontvangen te zijn.
3. Beëindiging c.q. wijziging van de hiervoor genoemde uitbesteding dient door de Zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn en vóór de daadwerkelijke betaling, schriftelijk aan de Zorgverzekeraar bekend gemaakt te zijn en door hem ontvangen te zijn. Indien de mededeling te laat wordt ontvangen, is de wijziging pas van kracht vanaf de betaling die volgt op het tijdstip van ontvangst van de mededeling.



4. De Zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de derde deze betaalvoorwaarden onverkort naleeft, behoudens de afwijkende schriftelijke afspraken tussen de Zorgverzekeraar en de derde (zie lid 1 van dit artikel).
5. Indien de Zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, blijft de Zorgaanbieder te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van verplichtingen die uit deze betaalvoorwaarden voortvloeien, ongeacht wat tussen de Zorgaanbieder en de derde is overeengekomen. De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door de derde van deze betaalvoorwaarden.
6. Betaling door de Zorgverzekeraar aan een derde op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de Zorgaanbieder, geldt als een bevrijdende betaling aan de Zorgaanbieder waardoor de Zorgverzekeraar jegens de Zorgaanbieder derhalve is gekweten van nakoming van zijn betalingsverplichting.
7. Indien de Zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, stelt de Zorgverzekeraar de retourinformatie via VECOZO uitsluitend beschikbaar aan die derde, behoudens een uitdrukkelijke anders luidende schriftelijke afspraak.

Artikel 5. Controle verzekeringsrecht en BSN

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

Artikel 6. Declaratie

1. De Zorgaanbieder levert de declaratie voor de geleverde Zorg rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar aan via het Elektronisch Declaratie Portaal van VECOZO. Deze declaratie dient uiterlijk plaats te vinden voor 1 april volgend op het kalenderjaar waarin de Zorg is geleverd.
2. Declaraties van verschillende kalenderjaren worden gescheiden aangeleverd.
3. De declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende Vektisstandaard die voor de desbetreffende Zorg van toepassing is. Indien de declaratie niet of niet volledig voldoet aan deze standaard, is een recht op vergoeding opgeschort totdat de Zorgaanbieder een juiste en volledige declaratie heeft ingediend.
4. Elke declaratie beschikt over een uniek factuurnummer. Dit houdt in dat elk factuurnummer bij de Zorgaanbieder maar één keer mag voorkomen.
5. De Zorgaanbieder declareert bij de Zorgverzekeraar de volledige kosten (100%) voor de uitgevoerde behandelingen voor de Zorg.
6. Foutief aangeleverde of inhoudelijk onjuiste declaratieregels worden afgewezen.
7. De Zorgaanbieder zal de declaratie voor Zorg die (gedeeltelijk) is afgewezen, omdat die niet voldoet aan de voorwaarden die in deze betaalvoorwaarden aan de declaratie en/of de indiening daarvan zijn gesteld, niet ter betaling aan de Verzekerde voorleggen. Bij overtreding van deze



bepaling is de Zorgverzekeraar gerechtigd een eventuele vergoeding aan de Verzekerde te verrekenen met nieuwe declaraties van de Zorgaanbieder.

8. 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.
9. De Zorgaanbieder vult in Vecozo bij de indicatie 'betalen aan' de AGB-code van de onderneming/praktijk. Betaling vindt uitsluitend plaats op de IBAN van deze onderneming/praktijk.

Mondzorg specifieke afspraken

10. 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.

Huisartsenzorg specifieke afspraken

11. Een Zorgaanbieder kan enkel declaraties indienen bij de Zorgverzekeraar voor die prestaties waarvoor de NZa geen voorwaarde van een overeenkomst tussen Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar verplicht stelt.

Fysiotherapie/oefentherapie specifieke afspraken:

12. In aanvulling op de definitie van Zorg zoals opgenomen in artikel 1 onder e van deze betaalvoorwaarden, geldt het volgende. Indien de Verzekerde alleen de zorgverzekering bij de Zorgverzekeraar heeft gesloten en er sprake is van onverzekerde zorg ter behandeling van een in bijlage 1 van het Bzv genoemde aandoening, declareert de Zorgaanbieder ook de eerste 20 behandelingen bij de Zorgverzekeraar met vermelding van CSI 008. Dit om het voor de Zorgverzekeraar mogelijk te maken de rechtmatigheid van de aanspraak onder de Zorgverzekeringwet te bepalen. De Zorgaanbieder vraagt hiervoor uitdrukkelijke toestemming aan de Verzekerde en legt deze toestemming vast.

Artikel 7. Betaling

1. De Zorgverzekeraar betaalt aan de Zorgaanbieder het bedrag voor de geleverde Zorg waar de Verzekerde op basis van zijn Polis een aanspraak kan doen gelden, inclusief het eventuele (wettelijke) eigen risico en/of de wettelijke eigen bijdrage.
2. De Zorgverzekeraar betaalt aan de Zorgaanbieder geen declaraties voor onverzekerde zorg. Hiermee wordt bedoeld zorg die niet onder de definitie van Zorg uit artikel 1, onder e van deze betaalvoorwaarden valt. Uitgezonderd op deze bepaling is de zorg zoals bedoeld in artikel 6 lid 11 van deze betaalvoorwaarden. In dat geval betaalt de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag tot maximaal het afgesproken tarief (het gemiddeld tarief dat de Zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders heeft afgesproken voor de betreffende behandeling).
3. Declaraties voor Zorg die al is vergoed aan de Verzekerde komen niet voor betaling in aanmerking.
4. Declaraties die voor betaling in aanmerking komen, worden binnen 30 kalenderdagen na ontvangst door de Zorgverzekeraar betaalbaar gesteld. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.



5. Indien de Zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in zijn risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in lid 4 van dit artikel genoemde termijn betaalbaar te stellen, stelt de Zorgverzekeraar een voorschot betaalbaar van 75% van het gedeclareerde bedrag. De Zorgverzekeraar stelt geen voorschot betaalbaar indien de oorzaak van de vertraging gelegen is in de risicosfeer van de Zorgaanbieder, bijvoorbeeld omdat de declaratie niet voldoet aan de voorwaarden die in deze betaalvoorwaarden aan de declaratie worden gesteld.
6. De Zorgverzekeraar verstrekt via VECOZO na ontvangst van de declaraties elektronische retourinformatie aan de Zorgaanbieder (waaronder de afrekenspecificatie) op geleide van de toepasselijke Vektisstandaard.
7. Indien onder de Zorgverzekeraar ten laste van de Zorgaanbieder beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de Zorgaanbieder, komen de extra kosten die de Zorgverzekeraar hiervoor moet maken volledig voor rekening van de Zorgaanbieder.
8. 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.
9. De Zorgverzekeraar is gerechtigd ten onrechte uitbetaalde declaraties en overige opeisbare vorderingen terug te vorderen of te verrekenen met nog af te wikkelen declaraties van de Zorgaanbieder (inclusief doorberekening van de wettelijke (handels)rente). De digitale en overige gegevens betreffende de declaratieverwerking en -betaling in de bestanden van de Zorgverzekeraar, waaronder begrepen die van VECOZO, strekken Partijen tot volledig bewijs, behoudens tegenbewijs door de Zorgaanbieder.

Artikel 8. UBO (Ultimate Beneficial Owner)

1. De Zorgaanbieder heeft geen UBO die vermeld staat op een sanctielijst zoals bedoeld in lid 2 van dit artikel.
2. Onverminderd hetgeen bepaald in lid 1 mag de Zorgverzekeraar op grond van de Sanctiewet- en regelgeving (waaronder de Sanctiewet 1977) nooit betalingen verrichten aan een Zorgaanbieder waarvan de UBO (uiteindelijk belanghebbende) is vermeld op een sanctielijst behorend bij de Sanctiewet- en regelgeving. Om dit te kunnen controleren maakt Zorgverzekeraar onder andere gebruik van het landelijk UBO-register en Vektis. De Zorgaanbieder draagt daartoe – indien voor haar een registratieplicht geldt - zorg voor een juiste UBO-registratie in het landelijk UBO-register en Vektis. Mocht de Zorgverzekeraar niet zelfstandig, onder andere door gebruikmaking van het UBO-register en Vektis, kunnen vaststellen wie de UBO van de Zorgaanbieder is, dan verstrekt Zorgaanbieder op eerste verzoek van Zorgverzekeraar deze informatie aan de Zorgverzekeraar.
3. De Zorgverzekeraar verricht nooit betalingen aan Zorgaanbieder indien blijkt dat de UBO van Zorgaanbieder is vermeld op een sanctielijst behorend bij de Sanctiewet- en regelgeving.
4. Indien Zorgverzekeraar de UBO van de Zorgaanbieder niet kan achterhalen en Zorgaanbieder na het eerste verzoek van de Zorgverzekeraar geen informatie verstrekt over de UBO (zoals bedoeld in lid 2), dan heeft Zorgverzekeraar de mogelijkheid om betalingen aan Zorgaanbieder op te schorten totdat Zorgverzekeraar meer duidelijkheid over de UBO van de Zorgaanbieder heeft verkregen.
5. Indien de Zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteed aan derden, conform artikel 4 van deze betaalvoorwaarden, is dit artikel onverkort van toepassing op deze derden.

Artikel 9. Incassoprotocol

1. De Zorgverzekeraar zal de kosten van de door de Zorgaanbieder gedeclareerde Zorg bij de Verzekerde in rekening brengen en bij de Verzekerde innen, na aftrek van de vergoeding waarop



de Verzekerde krachtens de zorgverzekering en/of aanvullende verzekering aanspraak c.q. recht heeft.

2. Indien een Verzekerde een klacht heeft betreffende de declaratie of de behandeling, ontvangt de Zorgaanbieder hieromtrent bericht van de Zorgverzekeraar. De vordering wordt gelijktijdig gecrediteerd door de Zorgverzekeraar en het is aan de Zorgaanbieder om dit verder met de Verzekerde af te handelen. Door het crediteren van de nota aan de Zorgaanbieder neemt de Zorgverzekeraar géén standpunt in over het feit of een klacht terecht is of kan zijn.

Artikel 10. Beheer en onderhoud gegevens AGB

1. De Zorgverzekeraar hanteert de gegevens van de Zorgaanbieder zoals geregistreerd in het AGB register als uitgangspunt voor communicatie en de afhandeling van declaraties.
2. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het actueel houden van de door hem geregistreerde gegevens in het AGB register.

Artikel 11. Controle

1. De Zorgverzekeraar is bevoegd (achteraf) controle uit te voeren op de Zorg die gedeclareerd is door de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder is verplicht mee te werken aan de uitvoering van de controle en daartoe zijn administratie op eenvoudige wijze toegankelijk te maken, ongeacht of de declaratieprocedure is uitbesteed aan een derde.
2. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van de controle de bij of krachtens wet gestelde voorschriften ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de Verzekerde in acht, alsmede de (nadere) regels gesteld in artikel 87 Zorgverzekeringswet, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering, Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekering Wmg en het Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.
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.

Artikel 12. Fraude

1. De Zorgverzekeraar kan een fraude onderzoek uitvoeren conform artikel 7.10 Regeling Zorgverzekering en artikel 5 van de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen Wmg.
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 betaalvoorwaarden (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. de mogelijkheid om gebruik te maken van deze betaalvoorwaarden door deze Zorgaanbieder 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. Faillissement

In geval van een faillissement dient de Zorgaanbieder dit per direct kenbaar te maken bij de Zorgverzekeraar, onder vermelding van de naam van de curator en het insolventienummer. Betalingen van ingediende declaraties kunnen vanaf dat moment slechts plaats vinden via het door de curator aangegeven IBAN.

Artikel 14. Toepasselijk recht en geschillen

1. Op deze betaalkondiciones is het Nederlandse recht van toepassing.
2. Bij geschillen over declaratie, betaling en controle proberen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar in gezamenlijk overleg tot een oplossing te komen. Voor zover dit niet mogelijk blijkt, worden geschillen berecht en beslist door de Nederlandse burgerlijke rechter.