



Overeenkomst Farmaceutische Zorg 2024

BIJLAGE 1 BIJ DEEL II:

Declaratieparagraaf Farmacie



INHOUDSOPGAVE

Artikel 1	Algemeen.....	3
Artikel 2	Controle verzekeringsrecht en BSN	3
Artikel 3	Declareren	3
Artikel 4	Declareren via derden.....	5
Artikel 5	Herdeclaraties en correcties	6
Artikel 6	Betaling.....	6
Artikel 7	Retourinformatie	8
Artikel 8	Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI.....	8
Bijlage A:	Specifieke afspraken	9



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 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 Overeenkomst genoemd wordt.

Artikel 2 Controle verzekeringsrecht en BSN

1. De Zorgverzekeraar stelt elke werkdag geactualiseerde gegevens van zijn 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 met uitzondering van de prestaties die zijn opgenomen in bijlage A.1 Uitzonderde prestaties.
3. Declaraties worden door de Zorgaanbieder via VECOZO digitaal aangeleverd bij de Zorgverzekeraar.
4. De Zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-code(s) zoals die zijn opgenomen in bijlage A.2 UZOVI-code(s).
5. De Zorgaanbieder levert **ten minste maandelijks en maximaal wekelijks** 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. 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 aan de Verzekerde worden voorgelegd. De Zorgaanbieder informeert de patiënt/Verzekerde voorafgaand 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 uiterlijk **binnen 3 maanden** 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.

Zorgverzekeraarspecifieke aanvulling

12. In aanvulling op lid 6 geldt dat de informatie waarover de Zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken mede de informatie uit de COV-controle behelst, ook voor verstrekkingen die (mogelijk) onder de aanvullende verzekering vallen.
13. De Zorgaanbieder informeert de Verzekerde over de mogelijkheid de declaratie van anticonceptiemiddelen boven 21 jaar rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar declareren, ook wanneer deze niet onder de dekking van de verzekeringspolis vallen. De Zorgaanbieder vraagt in dat geval de Verzekerde uitdrukkelijk toestemming om de Zorg rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar te mogen declareren en legt deze toestemming vast zodat die desgevraagd getoond kan worden. Zonder vastgelegde toestemming van de Verzekerde mag de Zorgaanbieder de declaratie niet rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar indienen.
14. De Zorgaanbieder is op de hoogte van de vergoedingsstatus van een geneesmiddel. De Zorgaanbieder informeert de Verzekerde voorafgaand aan de terhandstelling altijd als een geneesmiddel niet wordt vergoed. Als pas achteraf blijkt dat een geneesmiddel niet voor vergoeding in aanmerking komt, mag de Zorgaanbieder de declaratie niet alsnog ter betaling aan de Verzekerde voorleggen tenzij de Zorgaanbieder redelijkerwijs op geen enkele wijze had kunnen weten dat het geneesmiddel niet voor vergoeding in aanmerking komt.
15. Behoudens in gevallen waarin een wettelijke eigen bijdrage geldt, verleent de Zorgaanbieder de Zorg zonder enige (bij)betaling door de Verzekerde, tenzij hierna anders wordt overeengekomen.
16. De Zorgaanbieder declareert rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar. Uitzondering hierop vormt de situatie waarin een Verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen. In dat geval brengt de Zorgaanbieder de Zorg in rekening bij de Verzekerde tegen de Tarieven zoals vastgelegd in deze Overeenkomst. Indien vooraf duidelijk is dat de Zorgverzekeraar de declaratie niet vergoedt, wijst de Zorgaanbieder de Verzekerde erop dat de nota niet bij de Zorgverzekeraar gedeclareerd kan worden.
17. De Zorgaanbieder zal de declaratie die is afgewezen of gecorrigeerd omdat deze 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. Indien dit wel gebeurt, is de Zorgverzekeraar gerechtigd een eventuele vergoeding aan de Verzekerde te verrekenen met nieuwe declaraties van de Zorgaanbieder.



18. De Zorgaanbieder zal van geneesmiddelen waar de Verzekerde geen aanspraak op heeft krachtens de Zorgverzekeringswet en waarvoor geen akkoordverklaring is verleend door de Zorgverzekeraar, de declaratie innen bij de Verzekerde, echter niet voordat hij de Verzekerde heeft geïnformeerd dat het geen verzekerde zorg betreft. Dit geldt uitdrukkelijk ook voor de Bijlage 2 zelfzorggeneesmiddelen en orale maagzuurremmers, waarvan de declaraties uitgesloten kunnen zijn van vergoeding.
19. Zorg verleend buiten de kaders van de onderhavige Overeenkomst en/of verzekeringspolissen van de Verzekerde komt niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking.
20. De Zorgaanbieder zal zodanige maatregelen treffen dat voor de Verzekerde geen Zorg als bedoeld in artikel 3.1.1. Wlz bij de Zorgverzekeraar in rekening wordt gebracht voor die dagen waarop bij het zorgkantoor een zorgzwaartepakket voor deze Verzekerde gedeclareerd wordt. De Zorgaanbieder zal eveneens zodanige maatregelen treffen dat voor de Verzekerde geen Zorg als bedoeld in artikel 3.1.1. Wlz bij de Zorgverzekeraar in rekening wordt gebracht voor die dagen waarop bij het zorgkantoor voor deze Verzekerde enig tarief voor verblijf waarbij aanspraak bestaat op zorg als bedoeld in het genoemde artikel gedeclareerd wordt. Dit geldt uitdrukkelijk ook als afwezigheidsdagen gedeclareerd worden.
21. De Zorgaanbieder declareert de Zorg voor de terhandstelling en de geneesmiddelen met vermelding van de correcte AGB-code van de Voorschrijver (rubriek 0421 zorgverlenerscode voorschrijver/verwijzer; 0422 specialisme voorschrijver/verwijzer; 0423 instellingscode voorschrijver/verwijzer) volgens de gestelde voorwaarden van het meest recente Externe Integratiemodel Farmacie.
22. De declaratie kan ook betrekking hebben op verbruiksartikelen die door de Zorgaanbieder aan Verzekerden zijn geleverd, echter alleen voor zover hiervoor een Overeenkomst verbruiksartikelen aanwezig is.
23. Bij de declaratie van magistraal bereide receptuur dient op de declaratie vermeld te zijn welke componenten zijn verwerkt in de receptuur. Voorts dienen uitsluitend landelijke codes vermeld te worden bij de declaratie van apotheekbereidingen. Declaraties die hier niet aan voldoen worden niet gehonoreerd.
24. De Zorgaanbieder declareert Prestaties met hetzelfde prestatiekoppelnummer in één declaratiebestand.
25. De retourinformatie is tot maximaal één jaar na verwerking van de declaratie via VECOZO raadpleegbaar.
26. Alle aanpassingen van persoons-, praktijk- en/of praktijkrelatiegegevens dienen tijdig kenbaar te worden gemaakt aan Vektis, bijvoorbeeld via www.agbcode.nl. Een voorwaarde om tot declaratieverwerking te kunnen overgaan is dat de gegevens van de eigenaar bij Vektis zijn geregistreerd, voordat de declaratie wordt ingezonden.
27. Ter uitvoering van de onderhavige Overeenkomst zal VECOZO, namens de Zorgverzekeraar technische controles (N1-N5) uitvoeren zoals beschreven in de Registratie Bedrijfs- en Controleregels (RBC) bij de desbetreffende EI-standaard. Indien blijkt dat het declaratiebestand niet geheel voldoet aan deze technische specificaties zal VECOZO het gehele bestand retourneren. In het door VECOZO opgestelde retourbericht staan de geconstateerde fout(en) beschreven.
28. Elke declaratie beschikt over een uniek factuurnummer. Dit houdt in dat elk factuurnummer bij de Zorgaanbieder maar één keer mag voorkomen.

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 7 kalenderdagen, 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.

Zorgverzekeraarspecifieke aanvulling

7. Indien uitbetaling aan een servicebureau gewenst is, wordt hiervoor een ingevuld en ondertekend machtigingsformulier (zie www.cz.nl/zorgaanbieder) gebruikt.

Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat her-declaraties/correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, uiterlijk **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 **30 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 akkoordverklaring 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, binnen de declaratietermijn, hanteert de Zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een termijn van **20 kalenderdagen**.
5. De in dit artikel genoemde betalingstermijnen gelden enkel in het geval de Overeenkomst getekend is. In andere gevallen hanteert de Zorgverzekeraar een langere betalingstermijn.
6. (Her)Declaraties die **meer dan 12 maanden** na behandeldatum/behandeltraject worden ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.
7. 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).
8. 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 aan de Zorgaanbieder vergoeden, conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
9. 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.
10. Als achteraf blijkt dat de Zorgverzekeraar met het voorschot teveel heeft betaald, verrekent 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.
11. 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.
12. 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.

Zorgverzekeraarspecifieke aanvulling

13. In aanvulling op lid 6 geldt dat de (her)declaraties uiterlijk voor 1 april van het opvolgende kalenderjaar ingediend worden.
14. Indien bij de verwerking van de declaratie blijkt dat er sprake is van een door de Verzekerde te betalen boven maximale vergoeding, dan zal de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag aan de Zorgaanbieder vergoeden conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
15. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van een declaratie over te gaan.
16. De Zorgaanbieder declareert voor iedere bij hem horende AGB-code afzonderlijk.
17. Als de Zorgaanbieder niet voor het einde van de op de prestatiedatum opvolgende kalendermaand heeft gedeclareerd, is de Zorgverzekeraar niet gehouden de declaratie binnen de in lid 4 van dit artikel genoemde termijn betaalbaar te stellen.
18. De Zorgverzekeraar stelt geen voorschot betaalbaar indien de oorzaak van de vertraging gelegen is in de risicosfeer van de Zorgaanbieder, bijvoorbeeld omdat de declaratie niet voldoet aan de voorwaarden die in deze Overeenkomst aan de declaratie worden gesteld.
19. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om ten onrechte gedane betalingen terug te vorderen of te verrekenen met nieuwe declaraties bij alle in Deel I genoemde Zorgverzekeraars (inclusief doorberekeningen van de wettelijke rente).



20. 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.
21. 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.
22. Indien onder de Zorgverzekeraar beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de Zorgaanbieder, kunnen de extra kosten die de Zorgverzekeraar hiervoor moet maken volledig voor rekening van de Zorgaanbieder komen.

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 **30 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.

Zorgverzekeraarspecifieke aanvulling

6. De AGB-gegevens worden gepresenteerd in Zorgvinden op de websites van de Zorgverzekeraar.



Bijlage A: Specifieke afspraken

A.1: Uitgezonderde prestaties

Zie hiervoor Deel II van deze Overeenkomst.

A.2: UZOVI-code

Overzicht code UZOVI die gehanteerd moeten worden in de declaraties.

UZOVI-code	UZOVI-naam
9664	Voor alle labels (CZ, Nationale Nederlanden en OHRA) horende bij de 'Centrale Verwerkingseenheid CZ groep Zorgverzekeraar'

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	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	X	X	Nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	X	X	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee