

Algemene inkoopvoorwaarden zorg Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.

Artikel 1 – Toepasselijkheid

Deze inkoopvoorwaarden zijn van toepassing op de zorgovereenkomsten tussen zorgaanbieders en Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.

De hieronder niet vet gedrukte bepalingen bevatten het landelijk geüniformeerde deel van de zorgovereenkomsten zorgverzekeraar – eerstelijnszorg en hebben tot doel algemene bepalingen van zorgverzekeraars die niet concurrentieel zijn te uniformeren. De reden die hieraan ten grondslag ligt, is het zo mogelijk beperken van de administratieve lasten bij de zorgaanbieder.

Aan deze algemene inkoopvoorwaarden is de bijlage Declaratieparagraaf als onlosmakelijk deel verbonden.

Artikel 2 – Definities

Verstaan wordt onder:

- a. **aanvullende ziektekostenverzekering:** een ziektekostenverzekering van de zorgverzekeraar ter aanvulling van de zorgverzekering;
- b. **AGB:** Algemeen Gegevens Beheer Zorgverleners, register waarin gegevens van zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren worden vastgelegd, voorzien van een unieke code, de AGB-code, beheerd door Vektis;
- c. **behandelrelatie:** verhouding tussen een zorgaanbieder en een patiënt in het kader waarvan, al dan niet op grond van een behandelingsovereenkomst, zorg wordt verleend;
- d. **beroepsbeoefenaar:** arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist, ergotherapeut, diëtist, verloskundige, verpleegkundige of in de uitoefening van enig ander beroep in de gezondheidszorg praktijk uitoefent, al dan niet in de vorm van een rechtspersoon;
- e. **betaalbaarstelling:** de opdracht aan de bank om tot betaling van een declaratie over te gaan;
- f. **burgerservicenummer:** het aan een natuurlijk persoon toegekende nummer als bedoeld in artikel 1 onder b van de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer;
- g. **COV:** applicatie 'controle op verzekeringsrecht' van VECOZO;
- h. **(DBC-)zorgproduct:** een prestatie, behorend tot de (DBC-)zorgproducten, zoals omschreven in de toepasselijke beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit;
- i. **detailcontrole:** onderzoek door de zorgverzekeraar naar bij de zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen verzekerden ten behoeve van materiële controle of fraudeonderzoek;
- j. **eigen bijdrage:** deel van de kosten van bepaalde vormen van zorg of overige diensten dat voor rekening van de verzekerde komt;
- k. **eigen risico:** bedrag aan kosten van zorg of overige diensten dat voor rekening van de verzekerde blijft;
- l. **externe integratie standaard:** berichtspecificatie van Vektis CV voor de communicatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- m. **formele controle:** een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening wordt 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;
- n. **fraude: de situatie waarin de zorgaanbieder bewust valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen ten nadele van de bij de totstandkoming of uitvoering van een overeenkomst van verzekering 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;**
- o. 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;
- p. **inkoopvoorwaarden: de Algemene Inkoopvoorwaarden Zorg van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. ;**
- q. 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 patiënt;
- r. 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;
- s. **Contractbeheer Zorg en Zekerheid: de zorgovereenkomstenadministratie van zorgverzekeraar ;**
- t. **subtraject: subtraject als bedoeld in toepasselijke Beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit;**
- u. **UZOVI: Unieke Zorgverzekeraars Identificatie, systeem voor de identificatie van de zorgverzekeraars;**
- v. **VECOZO: de door VECOZO B.V. beschikbaar gestelde internetapplicatie voor het administratieve verkeer van zorgaanbieders;**
- w. verzekerde: de persoon ten behoeve van wie een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringwet en/of een aanvullende verzekeringsovereenkomst is gesloten met de zorgverzekeraar, en die recht heeft op de zorg in natura dan wel gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de zorg;
- x. **verzekering: zorgverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering van de zorgverzekeraar;**
- y. **Wet BIG: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;**
- z. zorgaanbieder: de natuurlijke persoon, rechtspersoon of maatschap die deze zorgovereenkomst is aangegaan en die tevens paramedicus 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 (WTZa) dan betreft het de instelling die de gecontracteerde zorg aanbiedt en die deze zorgovereenkomst is aangegaan;
- aa. **zorgovereenkomst: de tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar gesloten overeenkomst met betrekking tot verlening van zorg aan verzekerden van de zorgverzekeraar met inbegrip van de inkoopvoorwaarden;**
- bb. **zorgverzekeraar: Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. ;**
- cc. **zorgverzekering: een verzekering als omschreven in artikel 1 onder d Zorgverzekeringwet van verzekeraar.**

Artikel 3 – Zorg

1. De zorgaanbieder levert zorg zoals beroepsbeoefenaren zoals de zorgaanbieder plegen te bieden aan de verzekerden van de zorgverzekeraar.
2. De zorgaanbieder levert de in artikel 3 lid 1 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 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 verleent zorg op of vanuit de locatie, vermeld in de zorgovereenkomst. De zorgaanbieder heeft voor wijziging van de locatie de voorafgaande schriftelijke instemming van zorgverzekeraar. Zorgverzekeraar zal deze instemming niet op onredelijke gronden onthouden.**
 7. De zorgaanbieder is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van zijn beroepsgroep indien en voor zover van toepassing ingevolge bedoelde richtlijnen.
 8. 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.
 9. **De zorgaanbieder verleent medewerking aan en handelt met inachtneming van de procedures die de zorgverzekeraar hanteert met betrekking tot toestemming en machtiging voor zorg.**
 10. **De zorgverzekeraar verstrekt aan de zorgaanbieder de noodzakelijke informatie over de procedures als bedoeld in het voorgaande lid.**

Artikel 4 – Continuïteit van zorg / Waarneming

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 zorgovereenkomst. De zorgaanbieder stelt de verzekerde op de hoogte van de waarneming en de naam (namen) en werkadres(sen) van de waarnemer(s).
2. De waarneming kan in beginsel niet langer duren dan zes aaneengesloten maanden. Daarna treden partijen met elkaar in goed overleg.
3. **De zorgaanbieder draagt bij afwezigheid zorg voor waarneming overeenkomstig de daarvoor in zijn beroepsgroep gebruikelijke regelingen.**
4. **Voor de toepassing van deze inkoopvoorwaarden worden alle handelingen van de waarnemer beschouwd als handelingen die zijn verricht door de zorgaanbieder, tenzij de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar andere schriftelijke afspraken hierover maken of hebben gemaakt.**
5. Behoudens overmacht informeert de zorgaanbieder de zorgverzekeraar zo snel mogelijk, doch uiterlijk drie maanden voor de beëindiging van zijn praktijk over de voorgenomen beëindiging.

Artikel 5 – Weigering en beëindiging van zorg

1. 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.

2. De zorgaanbieder handelt hierbij overeenkomstig de ‘Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst’ van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).
3. De zorgaanbieder pleegt overleg met de betrokken zorgverzekeraar voordat hij het aangaan van een behandelrelatie wegens gewichtige redenen als bedoeld in lid 1 weigert of de behandelrelatie beëindigt.

Artikel 6 – Kwaliteit en doelmatigheid

1. De zorgaanbieder handelt bij de verlening van zorg in overeenstemming met de wettelijke voorschriften met betrekking tot de verlening van zorg, waaronder, telkens voor zover op de zorgaanbieder van toepassing, de regels gesteld bij of krachtens afdeling 5 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling), de Wet BIG, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, de Wet toelating zorginstellingen en de toepasselijke beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
2. De zorgaanbieder staat ervoor in dat, voor zover wettelijk vereist:
 - a. de personen die in het kader van de zorgovereenkomst zorg verlenen daartoe bevoegd zijn op grond van de Wet BIG;
 - b. hij beschikt over een toelating ingevolge de Wet toelating zorginstellingen.
3. De zorgaanbieder verleent zorg met inachtneming van de voor hem toepasselijke, meest recente richtlijnen, standaarden en protocollen, behoudens voor zover in het belang van een goede patiëntenzorg afwijking daarvan geboden is. In dat geval dient de zorgaanbieder dit goed te documenteren en onderbouwen waarom in een concreet geval wordt afgeweken.
4. De zorgaanbieder laat zich bij de verlening van zorg mede leiden door overwegingen van effectiviteit, noodzakelijkheid en doelmatigheid, waaronder in elk geval begrepen een afweging van de kosten en baten van de zorg, en verleent geen zorg die leidt tot onnodige kosten of onnodige complicaties.
5. De zorgaanbieder streeft ernaar dat, zo veel als redelijkerwijs mogelijk is, aan een verzekerde zorg wordt verleend door dezelfde persoon of personen.
6. De zorgaanbieder staat er voor in dat de medewerkers onder meer door deelname aan deskundigheidsbevordering, opleiding en bijscholing blijven beschikken over de kennis en kunde die voor een goede verlening van de zorg noodzakelijk is.
7. De zorgaanbieder volgt bij overdracht van een patiënt aan een andere zorgaanbieder c.q. samenwerking met een andere zorgaanbieder bij de behandeling van een patiënt de aanbevelingen van het KNMG-rapport 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' van 26 januari 2010.

Artikel 7 – Verhaal

De zorgaanbieder stelt de zorgverzekeraar binnen de kaders van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) in staat om zorgkosten die het gevolg zijn van toedoen of nalaten door een derde, zo veel mogelijk te verhalen op derden.

Artikel 8 – Declareren via derden

De zorgverzekeraar kan vorderingen op de zorgaanbieder, als die via een derde declareert (namens of ten behoeve van de zorgaanbieder of in eigen naam (cessie)), altijd verrekenen met declaraties van de zorgaanbieder die via de derde bij de zorgverzekeraar ingediend worden. De zorgaanbieder doet daarvan mededeling aan de derde.

Artikel 9 – Recht op voldoening van de declaratie

1. De zorgaanbieder heeft tegenover de zorgverzekeraar recht op voldoening van zijn declaratie voor zorg die in overeenstemming met de zorgovereenkomst, de inkoopvoorwaarden daarbij inbegrepen, is verleend.

2. De zorgaanbieder heeft jegens de zorgverzekeraar geen recht op voldoening van de declaratie indien of voor zover:
 - a. de verzekerde jegens de zorgverzekeraar geen recht heeft op de prestatie;
 - b. de declaratie betrekking heeft op andere zorg dan die waarop deze inkoopvoorwaarden en de zorgovereenkomst van toepassing zijn;
 - c. de declaratie op andere wijze is ingediend dan overeenkomstig de Declaratieparagraaf of het daarover in de zorgovereenkomst bepaalde;
 - d. sprake is van fraude.

Artikel 10 – Informatie

1. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar verstrekken elkaar de informatie die redelijkerwijs nodig is voor een goede uitvoering van de zorgovereenkomst en de verzekering.
2. De zorgverzekeraar kan gegevens over de zorgaanbieder opnemen op één of meer door de zorgverzekeraar beheerde websites.
3. De zorgaanbieder zal de zorgverzekeraar proactief en tijdig informeren wanneer de kwaliteit van zorg voor de verzekerden van zorgverzekeraars in het geding is en/of kan komen.
4. De zorgaanbieder zal de zorgverzekeraar proactief en tijdig situaties melden die risicovol kunnen zijn voor de (financiële) continuïteit van de organisatie dan wel de continuïteit van zorg aan de verzekerden. Hieronder valt ook de verplichting de zorgverzekeraars te informeren over disfunctionerende beroepsbeoefenaren binnen de organisatie in geval van non-actief plaatsing, ontslag en/of tuchtrechtelijke veroordeling. De zorgaanbieder zal de zorgverzekeraar ook op de hoogte houden van de te ondernemen en reeds in gang gezette verbetermaatregelen en de voortgang hiervan.
5. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar over enige rechtshandeling die leidt tot een aanmerkelijke wijziging van de zeggenschap over de onderneming van de zorgaanbieder zoals onder meer een voorgenomen overdracht van onderneming door middel van fusie, overdracht van aandelen of activa van de zorgaanbieder.
6. De zorgaanbieder overlegt met de zorgverzekeraar over de gevolgen voor de verzekerden van een situatie als bedoeld in lid 3 en 4. Uitsluitend met toestemming van de zorgverzekeraar draagt de zorgaanbieder verzekerden over aan een andere zorgaanbieder.
7. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorgverzekeraar en Vektis beschikken over de gegevens die voor de goede uitvoering van het declaratie- en betalingsverkeer nodig zijn en handelt daartoe overeenkomstig de hem door de zorgverzekeraar gegeven aanwijzingen.
8. (Wijziging van) betalingsgegevens worden door de zorgaanbieder schriftelijk en ondertekend aan de zorgverzekeraar aangeleverd. Na ontvangst van de ondertekende brief zal de wijziging worden geverifieerd bij de zorgaanbieder. Daarna zal de mutatie in de administratie van de zorgverzekeraar ingevoerd worden.

Artikel 11 – Informatievoorziening aan de verzekerde

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat zijn verzekerden conform de geldende NZa-regels worden geïnformeerd over de zorg die hij levert, de daarbij behorende prestaties en tarieven - waaronder de (indien en voor zover 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.
4. **De zorgaanbieder verstrekt aan de verzekerde de informatie over de inhoud en omvang van de verzekerde prestaties ingevolge de verzekering en over toestemmings- en machtigingsprocedures,**

die de verzekerde redelijkerwijs nodig heeft, en wint met het oog op een juiste voorlichting van verzekerden zo nodig inlichtingen in bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verstrekt deze inlichtingen zo spoedig mogelijk aan de zorgaanbieder.

Artikel 12 – Controle

1. De zorgverzekeraar voert formele en materiële controles met inachtneming van de eisen van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Regeling zorgverzekering (Rzv) en het vigerende Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland uit.
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 Regeling zorgverzekering uitgevoerde materiële controle. De zorgverzekeraar accepteert afdrucken uit een digitaal archiefsysteem als bewijsstukken.
4. **De zorgverzekeraar kan in het kader van van formele en materiële controle gebruik maken van steekproeven. Behoudens tegenbewijs geldt de uitkomst van een representatieve steekproef als bewijs voor de mate van rechtmatigheid en juistheid van de declaraties van de zorgaanbieder ten aanzien van het betreffende controleonderdeel voor de gehele periode waarop de steekproef betrekking heeft. De zorgverzekeraar kan een eventuele terugvordering voor de gehele periode waar de steekproef betrekking op heeft, baseren op de uitkomst van deze steekproef.**

Artikel 13 – Materiële controle

1. De zorgverzekeraar oefent periodiek controle uit op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorgverlening door de zorgaanbieder. Uitkomsten van materiële controle kunnen leiden tot terugvorderingen.
2. De zorgaanbieder beschikt over een zodanig toegankelijke administratie dat controle op eenvoudige wijze mogelijk is.
3. De zorgaanbieder verleent aan de in lid 1 bedoelde controle alle medewerking die redelijkerwijs van hem kan worden gevergd, met inbegrip van het zo spoedig mogelijk, maar binnen een redelijke termijn, verstrekken van kopieën van bescheiden waarover de zorgaanbieder de beschikking heeft.
4. De zorgverzekeraar kan verlangen dat de zorgaanbieder aan hem, tegen ontvangstbewijs, originele bescheiden ter hand stelt voor de tijd die de zorgverzekeraar nodig heeft om daarin inzage te nemen.
5. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de ten gevolge van materiële controles door haar geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties en de wijze waarop zij voornemens is de terugvordering uit te voeren.
6. Indien de zorgaanbieder de terugvordering betwist, wordt hij gedurende 42 dagen in de gelegenheid gesteld de declaratie te motiveren alvorens de zorgverzekeraar tot daadwerkelijke terugvordering overgaat.
7. Het is een zorgaanbieder niet toegestaan om declaraties die door de zorgverzekeraar zijn teruggevorderd op grond van geconstateerde ondoelmatige zorg danwel onterechte declaraties alsnog in rekening brengen bij de verzekerde.
8. De zorgaanbieder dient een declaratie waarvan op grond van een materiële controle is vastgesteld dat deze moet worden gecorrigeerd zelf te corrigeren binnen een termijn van 30 dagen.
9. Indien de zorgaanbieder niet binnen de hiervoor genoemde termijn tot correctie overgaat, kan de zorgverzekeraar de declaratie crediteren op kosten van de zorgaanbieder.
10. Indien de ondoelmatigheid van de verleende zorg dan wel het onterecht zijn van een declaratie is vastgesteld, is de zorgaanbieder, onverminderd het bepaalde in artikel 14, lid 4 van de inkoopvoorwaarden, de gerelateerde redelijke onderzoekskosten van de materiële controle verschuldigd aan de zorgverzekeraar als de zorgverzekeraar daarom verzoekt.

Artikel 14 – Fraude

1. De zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van fraudeonderzoek in ieder geval het bepaalde bij of krachtens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) in acht.
2. **De zorgverzekeraar meldt fraudesignalen die hij in onderzoek heeft bij het Kenniscentrum Fraudebeheersing in de Zorg.**
3. 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.
4. **De zorgaanbieder is bij fraude aan de zorgverzekeraar schadevergoeding verschuldigd, mede omvattend de kosten van opsporing en onderzoek van de fraude.**
5. **De zorgverzekeraar kan fraude registreren in de tussen verzekeringsmaatschappijen toepasselijke signaleringssystemen.**
6. **Bij twijfel over de identiteit van de verzekerde dient de zorgverzekeraar daarvan onmiddellijk op de hoogte te worden gesteld.**
7. **Wanneer er aanwijzingen zijn dat enig medewerker van de zorgaanbieder met declaraties heeft gefraudeerd dient de zorgverzekeraar daarvan onmiddellijk op de hoogte te worden gesteld.**

Artikel 15 – Verzekering, aansprakelijkheid 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 verzekerde aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de zorgverlening, zal de zorgaanbieder de zorgverzekeraar vrijwaren voor schade die verzekerde lijdt als gevolg van een tekortkoming in de nakoming van enige verbintenis die op de zorgaanbieder rust.

Artikel 16 – Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

1. **Zorgverzekeraar en zorgaanbieder handelen bij de verwerking van persoonsgegevens met inachtneming van de regels, daarover gesteld bij of krachtens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Zorgverzekeringswet, afdeling 5 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling), de Wet marktordening gezondheidszorg en de ten aanzien van zorgverzekeraars toepasselijke gedragscode.**
2. Gegevensbeheer en –uitwisseling
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.
3. Privacy en dossiervorming
De zorgaanbieder richt een dossier in conform de eisen van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo). De zorgaanbieder houdt bij de verwerking van persoonsgegevens in dit dossier de eisen van de Wgbo en de **Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)** en de Zorgverzekeringswet (Zvw) en daaraan gelieerde regels in acht.
4. Een verzoek tot uitoefening van rechten van een betrokkene op basis van artikel 13 tot en met 22 van de AVG richting de zorgverzekeraar, zal de zorgaanbieder doorsturen naar de zorgverzekeraar, ter attentie van de in deze overeenkomst aangewezen contactpersoon.

Artikel 17 – Maatschappelijk verantwoord ondernemen

1. De zorgaanbieder neemt verantwoordelijkheid voor de effecten van de bedrijfsactiviteiten op mens en milieu.
2. De zorgaanbieder spant zich in om positieve effecten te creëren op sociaal (people), ecologisch (planet) en economisch (profit) gebied.
3. De zorgaanbieder maakt in zijn jaarverslag (voor zover van toepassing) inzichtelijk op welke wijze hij vorm geeft aan het maatschappelijk verantwoord ondernemen.

Artikel 18 – Duur en einde van de zorgovereenkomst

1. De zorgovereenkomst is aangegaan voor de tijd als daarin vermeld.
2. De zorgovereenkomst eindigt:
 - a. bij het verstrijken van de in lid 1 genoemde termijn;
 - b. met wederzijds goedvinden;
 - c. bij overlijden van een zorgaanbieder die beroepsbeoefenaar is;
 - d. met ingang van het tijdstip waarop een zorgaanbieder die beroepsbeoefenaar is, onder curatele staat;
 - e. zodra aan de zorgaanbieder surseance van betaling wordt verleend of deze in staat van faillissement wordt verklaard;
 - f. indien de toelating van de zorgaanbieder op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen of Wet Toetreding Zorgaanbieders wordt ingetrokken;
3. Ten aanzien van de zorgaanbieder die beroepsbeoefenaar is: de zorgovereenkomst wordt opgeschort gedurende de periode waarin een maatregel als bedoeld in artikel 48 lid 1 onder d Wet BIG ten uitvoer wordt gelegd.
4. De zorgaanbieder die beroepsbeoefenaar is kan de zorgovereenkomst, in geval van neerlegging van de praktijk zonder opvolging, tussentijds opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van 90 dagen.
5. Onverminderd de bevoegdheid tot ontbinding van de zorgovereenkomst kan de zorgverzekeraar de zorgovereenkomst tussentijds en met onmiddellijke ingang en zonder ingebrekestelling en zonder rechterlijke tussenkomst opzeggen:
 - a. in geval van fraude;
 - b. in geval van fusie van de zorgaanbieder, overdracht van aandelen of activa van de zorgaanbieder of enige andere rechtshandeling die leidt tot een aanmerkelijke wijziging van de zeggenschap over de onderneming;
 - c. ten aanzien van een zorgaanbieder die beroepsbeoefenaar is: indien diens praktijk gedurende een aaneengesloten periode van 180 dagen is waargenomen;
 - d. als de zorgaanbieder jegens de zorgverzekeraar zodanig handelt in strijd met de algemeen in Nederland aanvaarde fatsoensnormen dat van de zorgverzekeraar niet langer gevergd kan worden de zorgovereenkomst te continueren;
 - e. indien één van de partijen in een situatie van overmacht verkeert en indien is aan te nemen dat deze langer zal duren dan 30 dagen.
6. Opzegging of ontbinding van de zorgovereenkomst geschiedt schriftelijk.
7. Indien de zorgovereenkomst voortijdig eindigt, plegen partijen overleg teneinde voor de maatschappelijke gevolgen van beëindiging, waaronder begrepen de belangen van de verzekerden aan wie de zorgaanbieder zorg verleent, een oplossing te vinden.
8. De opzegging of ontbinding van de zorgovereenkomst ontslaat Partijen nadrukkelijk niet van die verplichtingen die naar hun aard bedoeld zijn om gehandhaafd te blijven, waaronder het bepaalde met betrekking tot garanties, geheimhouding, omgang met persoonsgegevens, aansprakelijkheid, toepasselijke recht en geschillenoplossing.

Artikel 19 – Toepasselijk recht

1. Het Nederlands recht is op deze zorgovereenkomst van toepassing.
2. **Ander recht is uitgesloten, tenzij dit recht dwingendrechtelijke bepalingen bevat die anders bepalen.**
3. In geval van een geschil tussen partijen zal worden getracht dit eerst in onderling overleg op te lossen.
4. Een geschil is aanwezig zodra een van de partijen dit schriftelijk aan de andere partij kenbaar maakt.
5. 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.
6. **Door de zorgaanbieder gehanteerde algemene voorwaarden (inkoop- en verkoopvoorwaarden daarbij inbegrepen) zijn niet van toepassing.**
7. **Afwijkingen van de zorgovereenkomst, met inbegrip van de inkoopvoorwaarden, zijn slechts geldig als deze schriftelijk zijn overeengekomen.**

Artikel 20 – Wijzigingen in de zorgovereenkomst

1. Indien wijzigingen in wet- en/of regelgeving aanpassing van de zorgovereenkomst noodzakelijk maken, treden partijen met elkaar in overleg om de betreffende bepalingen in de zorgovereenkomst zoveel mogelijk aan te passen aan de nieuwe wet- en regelgeving, met instandhouding van de overige bepalingen.
2. Wijzigingen in de zorgovereenkomst kunnen uitsluitend worden aangebracht met wederzijds goedvinden en tweezijdig schriftelijk vastgelegd, dan wel voor zover van toepassing digitaal overeengekomen in het zorginkoopportaal.
3. Indien een of meer bepalingen uit de zorgovereenkomst nietig worden bevonden, blijven de overige bepalingen van de zorgovereenkomst van kracht. Partijen verbinden zich om de nietige bepaling(en) te vervangen door een zodanige bepaling die wel geldig en zo min mogelijk – gelet op het doel en strekking van de zorgovereenkomst – afwijkt van de nietige bepaling(en).

Artikel 21 – Wijziging van de inkoopvoorwaarden

1. **De zorgverzekeraar is bevoegd de inkoopvoorwaarden te wijzigen.**
2. **De zorgaanbieder wordt in kennis gesteld van een wijziging van de inkoopvoorwaarden en van het tijdstip waarop die wijziging ingaat.**
3. **De zorgaanbieder kan de zorgovereenkomst opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende 30 dagen nadat de wijziging hem is meegedeeld.**
4. **Indien een wijziging van de inkoopvoorwaarden het gevolg is van een wetswijziging of anderszins een wijziging in vigerende regelgeving en een verplichting met zich meebrengt voor de zorgaanbieder kan de zorgovereenkomst niet worden opgezegd.**

Uniforme Declaratieparagraaf

Deze declaratieparagraaf beschrijft hieronder de volgende onderwerpen:

- Artikel 1 Algemeen
- Artikel 2 Controle verzekeringsrecht
- Artikel 3 Declareren
- Artikel 4 Declareren via derden (voor zover van toepassing)
- Artikel 5 Herdeclaraties en correcties
- Artikel 6 Betaling
- Artikel 7 Retourinformatie
- Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

Artikel 1 Algemeen

1. Wetgeving, regelgeving (beleidsregels en andere regels), landelijke richtlijnen en overige bilateraal overeengekomen afspraken zijn altijd leidend.
2. De declaratieparagraaf geldt voor:
 - a. het declaratieproces en onderwerpen die daarmee samenhangen, en
 - b. declaraties betrekking hebbende op zorg, zoals omschreven in de 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 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.
Een geverifieerd verzekeringsrecht van de patiënt door de zorgaanbieder geeft geen betaalgarantie van een declaratie.
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 twaalf keer per jaar de initiële declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de zorgaanbieder gehouden zo snel mogelijk een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
6. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de verzekering van de verzekerde vallen, kunnen door de zorgaanbieder aan de verzekerde worden voorgelegd. In dat geval voegt de zorgaanbieder duidelijk op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking toe:
 “Deze nota is door [NAAM zorgaanbieder] rechtstreeks ingediend bij uw zorgverzekeraar.
 Voor zover u recht heeft op een vergoeding van – het deel – verzekerde zorg is dat door uw zorgverzekeraar al aan [NAAM zorgaanbieder] betaald. Het resterende niet voor vergoeding in aanmerking komende bedrag à € [BEDRAG te voldoen] dient u zelf aan [NAAM zorgaanbieder] te betalen. Stuurt u deze nota dus niet door aan uw verzekeraar”.
 Alle zorg die, op basis van de informatie waarover de zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, niet onder de dekking van de verzekering van de verzekerde valt, kunnen door de zorgaanbieder ten laste aan de verzekerde worden voorgelegd. Dit geldt eveneens voor (deels) afgewezen declaraties. De zorgaanbieder informeert de patiënt/verzekerde voorafgaand aan de behandeling-voor zover hij redelijkerwijs over de informatie beschikt- indien een behandeling niet, of niet volledig, voor vergoeding in aanmerking komt op grond van de verzekering. Het voorgaande laat onverlet dat de zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.
7. Alleen indien er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht (ook een nota aan de verzekerde) bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze moeten voldoen aan de Nadere Regels die de NZa aan de informatieverplichting bij factureren stelt.
8. De zorgaanbieder declareert ten opzichte van de einddatum van de prestatie 95% van de declarabele zorgproducten binnen een termijn van drie maanden, met een streven naar één maand ten opzichte van de einddatum van het DBC-zorgproduct of (behandel)datum van de Overige zorgproducten bij de zorgverzekeraar. De resterende 5% wordt zoveel als mogelijk binnen een termijn van 6 maanden na sluiten van de DBC of geleverde prestatie gedeclareerd. Nb. Dit is sectorspecifiek afhankelijk of er een behandeltraject is; bijvoorbeeld verloskundetraject, DBC of per behandeling declareren.
9. Indien door overmacht de termijn, zoals bedoeld in dit artikel, niet gehaald wordt neemt de zorgaanbieder contact op met de zorgverzekeraar met de intentie om alsnog de betreffende declaratie(s) zowel administratief als financieel juist af te handelen. De partij die zich op overmacht beroept moet dat aantonen.
10. De afhandeling van declaratieregels wordt door de zorgverzekeraar uitgevoerd volgens het principe dat de zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt de zorgverzekeraar contact op met de zorgaanbieder.
11. Indien de zorgaanbieder een machtiging heeft aangevraagd en verkregen via het zogenoemde machtigingenportaal van VECOZO, vult de zorgaanbieder bij het declareren het door de zorgverzekeraar afgegeven machtigingsnummer (en dus niet het VECOZO machtiging-ID) in.

Artikel 4 Declareren via derden (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 twee maanden 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 42 kalenderdagen de tijd om de declaratie te motiveren alvorens de zorgverzekeraar de terugvordering ten uitvoer zal brengen. Indien de (eventueel gedeeltelijke) onrechtmatigheid van de terugvordering is aangetoond, vervalt de vordering (gedeeltelijk).
5. De zorgaanbieder stelt de zorgverzekeraar op de hoogte van het intrekken van een factuur met betrekking tot een restitutenota

Artikel 6 Betaling

1. De zorgaanbieder informeert de patiënt/verzekerde voor aanvang behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde, op basis van de informatie waarover de zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, mogelijk geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn verzekering of dat een machtiging van de zorgverzekeraar nodig is. Het voorgaande laat onverlet dat de zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.
2. Indien een zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg plaats tegen de in de zorgovereenkomst overeengekomen en/of de wettelijke tarieven waarvoor de verzekerde bij de zorgverzekeraar is verzekerd.
3. De zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven IBAN.
Voor zover de zorgverzekeraar betalingen verricht, geldt, indien en voor zover van toepassing, dat deze altijd zijn gedaan inclusief BTW.
4. Bij digitale declaraties hanteert de zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van 30 kalenderdagen mits de declaraties zijn ontvangen binnen de overeengekomen declaratietermijn.
5. 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).
6. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat er sprake is van een door de verzekerde te betalen eigen bijdrage, dan zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag geheel/gedeeltelijk/niet aan de zorgaanbieder vergoeden, conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
7. Indien blijkt dat patiënt/verzekerde met terugwerkende kracht wordt uitgeschreven als gevolg van gerede twijfel omdat deze niet als verzekerde ingevolge de Zorgverzekeringswet kan worden aangemerkt, waardoor deze derhalve geen rechten kan ontlenen aan de zorgverzekering, dan kan de zorgverzekeraar de betaling terugvorderen omdat deze onverschuldigd is gedaan.
8. Indien de zorgverzekeraar bij een door de zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot ter hoogte van 90% het gedeclareerde bedrag.
9. Als achteraf blijkt dat de zorgverzekeraar met het voorschot teveel heeft betaald, verreken de zorgverzekeraar het teveel betaalde met de volgende betaling(en). De zorgverzekeraar verstrekt in dit geval, binnen de overeengekomen betaaltermijn, een duidelijke verreken- of betaalspecificatie.
10. Indien de terugbetaling van het voorschot conform hetgeen geldt overeenkomstig het onderhavige artikel niet binnen 14 kalenderdagen plaatsvindt, is de zorgverzekeraar gerechtigd al zijn vorderingen op de zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder dient te betalen ter hoogte van het bedrag dat als voorschot is betaald.
11. Bij surseance van betaling en/of een – naderend – faillissement worden uitstaande voorschotten aan de zorgaanbieder direct verrekend met nog openstaande ingediende en/of in te dienen declaraties.

Artikel 7 Retourinformatie

1. Ieder retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de externe integratie standaard, informeert de zorgverzekeraar (door middel van de retourinformatie via VECOZO) de zorgaanbieder hier zo spoedig mogelijk over.
3. De zorgverzekeraar stelt conform de eisen van de externe integratie standaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden.
4. De zorgverzekeraar stelt de retourinformatie met betrekking tot via VECOZO ingediende declaraties binnen de overeengekomen betaaltermijn, uiterlijk binnen de overeengekomen betaaltermijn 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.

Wijzigingen betalingsgegevens

Betalingsgegevens zullen door de zorgverzekeraar nooit direct op grond van een brief van de zorgaanbieder worden gewijzigd. Altijd zal de zorgverzekeraar een brief t.a.v. de directie van de zorgaanbieder sturen ter ondertekening. Na retourontvangst van die ondertekende brief zal de wijziging nogmaals telefonisch worden geverifieerd bij de financiële administratie van de zorgaanbieder. Daarna zal de mutatie daadwerkelijk in de administratie van de zorgverzekeraar worden ingevoerd. Uiterlijk twee weken na invoer zullen de nieuwe betalingsgegevens door de zorgverzekeraar gebruikt worden. De zorgaanbieder wordt hierover schriftelijk geïnformeerd.

Melden fraudegevallen

Bij twijfel over de identiteit van de verzekerde of wanneer er aanwijzingen zijn dat enig medewerker van de zorgaanbieder met declaraties heeft gefraudeerd, dient de zorgverzekeraar daarvan op de hoogte te worden gesteld. U kunt dit melden bij fraudeloket@zorgenzekerheid.nl. Uiteraard gaan wij vertrouwelijk om met de door u verstrekte gegevens.