

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)
Zorgaanbieder Medisch Specialistische Zorg (**GRZ**)

(Naam zorgaanbieder GRZ)

Looptijd: 1 januari 2016 t/m
31 december 2016

Inhoudsopgave

Deel 1: Instellings-specifiek	6
Artikel 1 Financiële afspraak	6
Artikel 2 Herijking van de financiële afspraak	6
Artikel 3 Informatie ten behoeve van de productie	6
Deel 2: Achmea voorwaarden Geriatrische revalidatie	7
Artikel 4 Algemene informatie	7
Artikel 5 Zorgverlening	7
Artikel 6 Kwaliteit van zorg	7
Artikel 7 Wachttijden	8
Artikel 8 Declaratieafspraken	8
Artikel 9 Niet gecontracteerde zorg	8
Artikel 10 Controle verzekeringsgerechtigdheid	8
Artikel 11 Controle	8
Artikel 12 Overdracht van rechten en plichten uit deze overeenkomst	9
Artikel 13 Publiciteit	9
Artikel 14 Niet-nakoming van de verplichtingen	9
Artikel 15 Fraude	9
Artikel 16 Geschillen	10
Artikel 17 Begin en (tussentijdse) einde overeenkomst	10
Artikel 18 Wijziging wet- en regelgeving	10
Deel 3: Bijlagen	12
BIJLAGE 1 Financiering onderhanden werk (OHW)	12
BIJLAGE 2 Declaratieprotocol	14
BIJLAGE 3 UZOVI-codes	20
BIJLAGE 4 Betaalafspraken	21

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)

De ondergetekenden:

A. DE ZORGVERZEKERAAR:

De zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren:

-
-
-
-

mede voor haar volmachten:

-
-
-
-

handelend onder de naam Zilveren Kruis.

en

- De Friesland Zorgverzekeraar N.V. (7084), statutair gevestigd te Leeuwarden, mede voor haar labels:
 - De Friesland;
 - Kiemer.

tezamen rechtsgeldig vertegenwoordigd door: ,
hierna te noemen: Zilveren Kruis

en

B. DE ZORGAANBIEDER:

AGB code instelling:

Naam zorgaanbieder:

Vestigingsadres:

Vestigingsplaats:

Rechtsgeldig vertegenwoordigd door:

hierna te noemen: zorgaanbieder

en gezamenlijk te noemen: partijen

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)

Nemen in overweging:

De zorgverzekeraar heeft tegenover haar verzekerden een zorgplicht. Deze zorgplicht houdt onder meer in dat de zorgverzekeraar verplicht is ervoor zorg te dragen dat haar verzekerden (vergoeding van de kosten van) de medisch specialistische zorg krijgen waarop zij aanspraak hebben krachtens de zorgverzekering en aanvullende zorgverzekering. De zorgverzekeraar wenst hiertoe een overeenkomst te sluiten met de zorgaanbieder, nu de zorgaanbieder deze medisch specialistische zorg kan verlenen.

Komen het volgende overeen:

Definities:

- I. Aanspraak geriatrische revalidatie zorg: in de Zvw (per 1 januari 2013):
 - Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie (het verzorgingshuis wordt ook verstaan als thuissituatie) mogelijk is.
 - De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld het eerste lid indien:
 - De zorg aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.10 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, en
 - De zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10
 - De duur van de geriatrische revalidatie, bedoeld in het tweede lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.
 - Per 2015 wordt geriatrische revalidatie ook toegankelijk na een geriatrisch assessment in het ziekenhuis. Dit is mogelijk voor patiënten bij wie sprake is van een acute aandoening, waardoor acute mobiliteitsstoornissen en/of afname van zelfredzaamheid is opgetreden. Verwijzing kan alleen indien een geriatrisch assessment is verricht waaruit blijkt dat de cliënt tot de doelgroep voor geriatrische revalidatiezorg (incl. opstellen initieel behandelplan) behoort. Het geriatrische assessment wordt in het ziekenhuis afgenomen. Het geriatrische assessment wordt uitgevoerd door een medisch specialistische professional met geriatrische expertise (klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde).
 - Per 2015 is de aanspraak voor geriatrische revalidatiezorg verruimd, zodat dat een opname voor GRZ binnen een week moet aansluiten op het ziekenhuisverblijf.
- II. Fraude: Onder fraude wordt verstaan het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze (trachten te) verkrijgen van een vergoeding van de zorgverzekeraar. Dit omvat in ieder geval het opzettelijk geven van een verkeerde voorstelling van zaken of het opzettelijk geven van een onjuiste of onvolledige weergave van de feiten ten aanzien van de feitelijk verleende zorg en de ingediende declaratie en/of het opzettelijk verzwijgen van feiten die voor de zorgverzekeraar van belang kunnen zijn (geweest) bij de beoordeling van de vergoeding van de verleende zorg e.e.a. vastgesteld volgens de regels van formele en materiële controle die de Regeling zorgverzekering daartoe geeft en het protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.
- III. Geneesmiddel als onderdeel van geneeskundige zorg: geneesmiddelen bekostigd uit de DOT zorgproductprijzen.
- IV. Geneesmiddelen als onderdeel van farmaceutische zorg: poliklinisch voorgeschreven thuis gebruikte geneesmiddelen, bekostigd uit het extramurale budget.

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)

- V. Hulppersoon/onderaannemer: de zorgaanbieder kan bij de nakoming van deze overeenkomst gebruik maken van de hulp van andere natuurlijke of rechtspersonen. Hij is voor hun gedragingen op gelijke wijze als voor zijn eigen gedragingen aansprakelijk. Onder onderaannemer wordt niet verstaan degene die een arbeidsovereenkomst met de zorgaanbieder heeft afgesloten.
- VI. Nacalculatie: De berekening van de werkelijke productie en de financiële waarde daarvan na afloop van het contractjaar
- VII. Verzekerde: degene die een verzekeringsovereenkomst betreffende het risico van ziektekosten heeft gesloten met een zorgverzekeraar.
- VIII. Zorg: de door partijen gecontracteerde zorg waarop de verzekerde recht heeft op grond van de zorgverzekeringswet (Zvw) of aanvullende zorgverzekering c.a..
- IX. Zorgaanbieder: het overeenkomstig de in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) gestelde regels toegelaten academisch, algemeen, categorale instelling of zelfstandig behandelcentrum dat deze overeenkomst is aangegaan.
- X. Zorgproductprijs: de (totaal) prijs die de zorgaanbieder kan declareren voor een DOT-zorgproduct.
- XI. Controle: Een verificatie of een handeling heeft plaatsgevonden conform de regels en toetsing aan de norm.

Deel 1: Instellings-specifiek

Artikel 1 Financiële afspraak

1. De financiële afspraak is gebaseerd op een prijsafpraak per prestatie – DBC zorgproduct (vaste afslag van 2% van het landelijk vastgestelde maximumtarief 2016). Er zijn aan de financiële afspraak geen volumerestricties verbonden. Indien er een substantiële wijziging (qua realisatie in aantallen verzekerden) ten opzichte van 2015 plaatsvindt wordt Achmea hierover z.s.m. geïnformeerd via zorginkoopgrz@achmea.nl.
2. Indien de Nederlandse Zorgautoriteit de maximum tarieven wijzigt, dan worden de prijzen, voor zover dit past binnen de gemaakte financiële afspraak, in overeenstemming met de desbetreffende wijziging aangepast.
3. De zorgaanbieder heeft een eigen verantwoordelijkheid, om de planbare zorg zo gelijkmatig mogelijk over het hele jaar te verdelen, waarbij rekening dient te worden gehouden met de gemaakte financiële afspraak, de zorgvraag ontwikkeling en seizoenpatronen. Reeds ingezette zorg dient te allen tijde te worden verleend.
4. Partijen kunnen afspraken maken over de financiering van onderhandenwerk (OHW). Deze afspraken zijn vastgelegd in bijlage 1 van de overeenkomst.

Artikel 2 Herijking van de financiële afspraak

1. De financiële afspraak wijzigt indien:
 - a. overheidsmaatregelen, in welke vorm dan ook (zoals aanpassen van het BKZ en/of BHA) van invloed zijn op de hoogte van de financiële afspraak. De wijziging zal, indien mogelijk, plaatsvinden in overeenstemming met de opgave in het BHA;
 - b. relevante wet- en/of regelgeving wijzigt, zodanig dat de financiële afspraken niet meer onverkort kunnen worden nagekomen;
 - c. op grond van controleresultaten is gebleken dat onrechtmatig is gedeclareerd door de zorgaanbieder en als er sprake is van een direct verband tussen de uitkomst van controleresultaten en de financiële afspraak en uitgangspunten daarbij.
 - d. zich gedurende de looptijd van de overeenkomst substantiële volumewijzigingen voordoen, die het gevolg zijn van omstandigheden die niet in de risicosfeer liggen van de zorgaanbieder (wettelijke overmacht) en tot gevolg hebben dat in redelijkheid de financiële afspraak, niet kan worden gehandhaafd, dan zullen partijen met elkaar in overleg treden.
 - e. het zorgaanbod (portfolio) van de zorgaanbieder wijzigt of indien sprake is van marktverschuivingen.
2. Eventuele kortingen op de omzet van de zorgaanbieder vanwege het ingrijpen van overheidswege e.d., zoals het macrobeheersingsinstrument of andere kortingen worden niet door de zorgverzekeraar gecompenseerd.

Artikel 3 Informatie ten behoeve van de productie

1. Ten behoeve van de monitoring en productieontwikkeling geeft de zorgaanbieder minimaal per half jaar op maanbasis inzicht in de volgende gegevens:
 - a. Gemiddelde ligduur
 - b. Realisatie open, gefactureerd en gesloten nog niet gefactureerd (in volume en euro): uitgesplitst voor diagnosegroepen CVA en overig
 - c. Locaties GRZ zorg
 - d. Aantallen patiënten per diagnosegroep:
 - i. CVA
 - ii. Electieve orthopedie
 - iii. Trauma / (heup)fractuur
 - iv. Amputatie
 - v. Overig

Deel 2: Achmea voorwaarden Geriatrische revalidatie

Artikel 4 Algemene informatie

1. Partijen verschaffen elkaar alle informatie die zij redelijkerwijs nodig hebben voor de uitvoering van deze overeenkomst.
2. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk indien bij de zorgaanbieder de kwaliteit en of de veiligheid van zorg in gevaar is of dreigt te komen.
3. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk indien de gecontracteerde zorg om welke reden dan ook langdurig niet kan worden geboden.
4. De zorgaanbieder verstrekt informatie aan de zorgverzekeraar over de aard van de problemen, de genomen stappen door de zorgaanbieder, en de voorziene duur van de problematiek.
5. De zorgaanbieder handelt conform de Zorgbrede Governance Code 2010 en informeert de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk indien er signalen zijn dat er sprake is van ontoereikende governance, zoals omschreven in de Zorgbrede Governance Code 2010. De Zorgbrede Governancecode 2010 is te raadplegen via www.brancheorganisatieszorg.nl.
6. Het is de zorgaanbieder niet toegestaan gecontracteerde zorg uit te besteden aan een derde zonder aan de zorgverzekeraar vooraf toestemming te vragen. In elk geval zal de zorgverzekeraar geen toestemming verlenen aan het uitbesteden van werkzaamheden aan een derde, indien deze derde niet over een eigen WTZi toelating en/of de vereiste certificering beschikt.
7. Indien de contractant in strijd handelt met lid 6 dan vervalt de overeenkomst van rechtswege, per datum van het uitbesteden van de werkzaamheden aan een derde.
8. De zorgaanbieder levert CVA zorg volgens de richtlijn van het CBO.
9. De zorgaanbieder volgt minimaal de behandelkaders van Verenso.

Artikel 5 Zorgverlening

1. De bepalingen in deze overeenkomst hebben betrekking op de DOT-zorgproducten die in 2016 worden geopend.
2. De zorgaanbieder verleent aan de verzekerden de geriatrische revalidatie zorg waar de verzekerden krachtens de basisverzekering aanspraak op hebben.

Artikel 6 Kwaliteit van zorg

1. De zorgaanbieder is verplicht de zorg te verlenen in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving en met inachtneming van de polis van de verzekerde en de gemaakte afspraken in deze overeenkomst.
2. De zorgaanbieder garandeert dat de zorg wordt verleend door BIG-geregistreeerde zorgverleners of door zorgverleners die werkzaam zijn onder verantwoordelijkheid van BIG-geregistreeerde zorgverleners.
3. De zorgaanbieder verleent de zorg aan verzekerden onder eigen professionele verantwoordelijkheid.
4. De zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de bij de zorgaanbieder werkzame zorgverleners handelen conform de algemene, binnen de beroepsgroep geldende, best practices, protocollen en/of richtlijnen en de geldende wet- en regelgeving en dat de zorgverlening in overeenstemming is met de laatste stand van de wetenschap en praktijk, dan wel met hetgeen geldt als verantwoorde en adequate zorg.
5. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het handelen en nalaten van alle personen c.q. beroepsbeoefenaren die, al dan niet in loondienst, ten behoeve van hem werkzaam zijn. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat zij blijven beschikken over de kennis en vaardigheden die voor een goede verlening van de zorg noodzakelijk zijn.
6. De zorgaanbieder kan het verlenen van zorg uitsluitend weigeren en de verlening van aangevragen zorg uitsluitend beëindigen indien sprake is van gewichtige redenen, verband houdend met omstandigheden die de

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)

persoon van een individuele verzekerde betreffen. De zorgaanbieder handelt hierbij overeenkomstig de 'Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst dan wel overeenkomstig een door de beroepsvereniging van de desbetreffende zorgaanbieder opgestelde geldende richtlijn. De zorgaanbieder pleegt tijdig overleg met de (zorg)verzekeraar indien hij verwacht dat na beëindiging van zorg de continuïteit van zorg niet is gewaarborgd.

7. De zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate patiënten- en praktijkregistratie.
8. De zorgaanbieder verstrekt desgewenst geanonimiseerde informatie aan de zorgverzekeraar over de uitvoering van de verplichtingen voortvloeiende uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, zoals de klachtenregeling en het klachtenreglement.

Artikel 7 Wachttijden

1. De behandelingen worden verleend binnen de termijnen zoals vastgelegd in de landelijk overeengekomen Treeknormen. De Treeknormen zijn te raadplegen via www.treeknorm.nl.
2. Indien de zorgaanbieder onverhoopt niet kan voldoen aan de Treeknormen wordt dit door de zorgaanbieder gemeld aan de zorgverzekeraar. Partijen zullen vervolgens nadere afspraken maken, opdat zij binnen een nader vast te stellen termijn voldoen aan de Treeknormen.

Artikel 8 Declaratieafspraken

1. Partijen hebben afspraken gemaakt over het declaratieproces. Deze afspraken zijn opgenomen in bijlage 2.
2. Zorgverlening aan de verzekerde die valt binnen zijn of haar verzekering leidt tot het ontstaan van een rechtstreekse schuld van de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder.
3. Indien de zorgaanbieder de vorderingen heeft overgedragen / voornemens is over te dragen aan derden dan wordt de zorgverzekeraar daarover geïnformeerd (voor de daadwerkelijke uitvoering van de afspraak met derden). Partijen treden in overleg over de gevolgen van het overdragen van vorderingen voor de aanvullende afspraken over financiering van OHW. Indien noodzakelijk maken partijen nieuwe afspraken over OHW financiering. Een overdracht van vorderingen door de zorgaanbieder aan één of meer derden laat het wettelijke verrekenrecht van Achmea onverlet.
4. Indien de zorgaanbieder in strijd met lid 2 declaraties voor niet verzekerde zorg dan wel niet gecontracteerde zorg heeft ingediend, dan wordt de zorgaanbieder daarover geïnformeerd.

Artikel 9 Niet gecontracteerde zorg

Declaraties die betrekking hebben op niet gecontracteerde zorg, kunnen niet rechtstreeks worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar en worden niet uitbetaald. Declaraties verlopen via de verzekerde, die vergoeding ontvangt conform de polisvoorwaarden.

Artikel 10 Controle verzekeringsgerechtigdheid

De zorgaanbieder stelt voor aanvang van de eerste zorgvraag de identiteit van de verzekerde en het BSN vast (aan de hand van een rechtsgeldig legitimatiebewijs) en controleert voor aanvang van iedere zorgvraag de verzekeringsgerechtigdheid (via de Centrale Opvraag Verzekerden (COV) module van VECOZO).

Artikel 11 Controle

1. De zorgverzekeraar kan controle uitoefenen op de naleving van deze overeenkomst, alsmede kan zij een formele-, materiële- en/of kwaliteitscontrole uitvoeren conform de bepalingen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet c.a., de Regeling Zorgverzekering en/of de Wet marktordening gezondheidszorg.
2. De zorgaanbieder verleent, in geval van een controle, de zorgverzekeraar op aanvraag toegang tot de medische dossiers van haar verzekerden voor het correct kunnen uitvoeren van controles zoals beschreven in

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)

- lid 1. De zorgverzekeraar neemt daarbij alle privacy wet- en regelgeving in acht (inclusief de zorgvuldigheidsvereisten (incl. subsidiariteit en proportionaliteit) waaraan een materiële controle moet voldoen).
3. De zorgaanbieder draagt zorg voor een juiste en volledige vastlegging van medische en administratieve gegevens die benodigd zijn voor een controle op de aan de zorgverzekeraar gedeclareerde bedragen. Daarbij geldt een minimale bewaartermijn van vijf jaren. Dit geldt ook indien de betreffende verzekerde is overleden.
 4. De zorgaanbieder verleent aan de in lid 1 bedoelde controle alle medewerking die redelijkerwijs van hem kan worden gevergd, met inbegrip van het verstrekken van kopieën van bescheiden waarover de zorgaanbieder de beschikking heeft.
 5. De zorgverzekeraar kan verlangen dat de zorgaanbieder aan hem, desgevraagd tegen ontvangstbewijs, originele bescheiden ter inzage geeft voor de tijd die de zorgverzekeraar nodig heeft.
 6. De zorgverzekeraar kan voor de controle gebruik maken van informatie verkregen uit enquêtes onder haar verzekerden.
 7. Indien de controle daartoe aanleiding geeft kan de zorgverzekeraar onder meer het bedrag aan onrechtmatig bestempelde declaraties terugvorderen, dan wel verrekenen met toekomstig in te dienen declaraties.

Artikel 12 Overdracht van rechten en plichten uit deze overeenkomst

1. De zorgaanbieder mag, met uitzondering van pandrechten, geen rechten en/of plichten uit de overeenkomst overdragen aan derden zonder expliciete schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar.
2. Indien de zorgaanbieder buiten toestemming van de zorgverzekeraar rechten en/of plichten uit deze overeenkomst overdraagt aan een of meer derden, dan vervalt de overeenkomst van rechtswege per datum van de overdracht van de rechten en/of plichten.

Artikel 13 Publiciteit

1. Over de inhoud van deze overeenkomst zullen partijen niet zonder wederzijds vooroverleg, mededelingen doen aan derden.
2. Partijen verplichten zich over en weer jegens derden geen uitlatingen te doen die schadelijk kunnen zijn, of een negatieve invloed kunnen hebben op de reputatie en/of de goede naam van een van de partijen.

Artikel 14 Niet-nakoming van de verplichtingen

1. Indien een partij tekortschiet in de (tijdige) nakoming van zijn verplichtingen, zal hij daarvan onverwijld mededeling doen aan de andere partij.
2. Indien een partij tekortschiet in de nakoming van zijn verplichtingen, zal die partij zich maximaal inspannen om die tekortkoming op een zo kort mogelijke termijn ongedaan te maken.
3. Als sprake is van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van de overeenkomst dan is de tekortschietende partij aansprakelijk voor de schade die de andere partij ten gevolge daarvan lijdt. Als sprake is van een tekortkoming van een van de partijen dan is de andere partijen gerechtigd de overeenkomst na twee schriftelijke aanmaningen te ontbinden.
4. Partijen zullen de in het vorige lid genoemde maatregelen toepassen naar redelijkheid en billijkheid, waarbij de sanctie in verhouding staat tot de tekortkoming in de nakoming van de overeenkomst.

Artikel 15 Fraude

1. Bij twijfel over de identiteit van de verzekerde of wanneer er aanwijzingen zijn dat enig medewerker van de zorgaanbieder, waaronder begrepen vrijgevestigde medisch specialisten, met declaraties heeft gefraudeerd, dient de zorgverzekeraar daarvan op de hoogte te worden gesteld door de zorgaanbieder. Dit kan via afdeling Speciale Zaken, e-mailadres: zorg.speciale.zaken@achmea.nl. Voor De Friesland Zorgverzekeraar kunt u contact opnemen met de afdeling Fraude via e-mailadres: fraudecoordinator@defriesland.nl.

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)

2. De zorgverzekeraar kan fraude registreren in de tussen verzekeringmaatschappijen toepasselijke signaleringssystemen.
3. De zorgaanbieder is bij fraude, aan de zorgverzekeraar schadevergoeding verschuldigd, mede omvattend de kosten van opsporing en onderzoek van de fraude.

Artikel 16 Geschillen

1. In geval van een geschil tussen partijen zal worden getracht deze eerst in onderling overleg, op te lossen.
2. Geschillen die niet in onderling overleg kunnen worden opgelost, worden voorgelegd aan de rechtbank Den Haag.
3. Een geschil is aanwezig zodra een der partijen dit schriftelijk aan de andere partij kenbaar maakt.

Artikel 17 Begin en (tussentijdse) einde overeenkomst

1. De overeenkomst vangt aan op 1 januari 2016 en eindigt van rechtswege op 1 januari 2017
2. De overeenkomst eindigt tussentijds:
 - a. met wederzijds goedvinden;
 - b. door opzegging van de overeenkomst, indien met het oog op de wettelijke zorgplicht van de zorgverzekeraar of financiële situatie van de zorgaanbieder voortzetting van de overeenkomst in redelijkheid niet meer van de zorgverzekeraar kan worden verlangd;
 - c. door faillissement van één der partijen, met ingang van de dag waarop het faillissement is uitgesproken;
 - d. door intrekking van de toelating van de zorgaanbieder ingevolge de WTZi, met ingang van de dag van de intrekking van de toelating;
 - e. door opheffing van de rechtspersoon die de zorgaanbieder exploiteert, met ingang van de dag van de opheffing;
 - f. door surseance van betaling aan één der partijen, met ingang van de dag waarop de surseance wordt verleend;
3. De verzekerde die op het moment van beëindiging van deze overeenkomst zorg ontvangt van de zorgaanbieder, houdt, indien mogelijk, recht op zorgverlening door de zorgaanbieder, die zal worden vergoed door de zorgverzekeraar, onder de voorwaarden van deze overeenkomst.
4. Bij beëindiging van deze overeenkomst is de zorgverzekeraar gerechtigd eventuele reeds aan de zorgaanbieder betaalde bedragen (voorschotten) te verrekenen met het door de zorgaanbieder tot het moment van beëindiging van deze overeenkomst gedeclareerde bedrag, alsmede met eventuele nog openstaande dan wel toekomstige declaraties van de zorgaanbieder.

Artikel 18 Wijziging wet- en regelgeving

Indien gedurende de looptijd van deze overeenkomst wijzigingen optreden in relevante wet- en/of regelgeving, treden partijen zo spoedig mogelijk met elkaar in overleg om met inachtneming van de gewijzigde wet- en regelgeving, vervangende afspraken te maken, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de inhoud en strekking van deze overeenkomst. Indien partijen niet tot een vergelijk kunnen komen, dan hebben beide partijen het recht de overeenkomst per datum van de wijziging te beëindigen.

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)

Aldus overeengekomen tussen partijen:

Zilveren Kruis

De zorgverlener,

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive 'Z' followed by a horizontal line extending to the right.

Zilveren Kruis

Datum:

Datum:

Deel 3: Bijlagen

BIJLAGE 1 Financiering onderhanden werk (OHW)

Partijen hebben in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord de intentie uitgesproken om bij de introductie van DOT en in ruil voor adequate informatievoorziening afspraken te maken over de financiering van het onderhanden werk (OHW).

Artikel 1 Definities en begripsbepaling

1. Onderhanden werk (OHW): door de zorgaanbieder gestarte maar nog niet afgeronde zorgtrajecten ten behoeve van de verzekerden.
2. Zelfstandige verplichting tot betaling: de behandeling van een verzekerde door de zorgaanbieder leidt tot het ontstaan van een rechtstreekse schuld van de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder.
3. Ontstaan van een vordering: de vordering van de zorgaanbieder op de zorgverzekeraar ontstaat op het moment dat de zorgverlening aan een verzekerde door de zorgaanbieder een aanvang neemt. Deze vordering wordt opeisbaar op het moment dat de zorgaanbieder de declaratie indient conform het declaratieprotocol als bedoeld in bijlage 2. De zorgverzekeraar komt de bevoegdheid toe om - een gedeelte van - een vordering te betalen, ook indien deze nog niet opeisbaar is.

Artikel 2 Omvang OHW

1. De waarde van het OHW volgt uit de retourinformatie van de OHW Grouper en de specifieke tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar overeengekomen tarieven.
2. Deze door de zorgaanbieder telkenmale vastgestelde OHW waarde dient door de zorgaanbieder maandelijks te worden doorgegeven aan de zorgverzekeraar, conform artikel 3.

Artikel 3 Informatieplicht

1. De zorgaanbieder is verplicht om maandelijks de waarde van het OHW, gespecificeerd per Uzovi code en via de OWH grouper, aan de zorgverzekeraar aan te leveren.
2. De informatie als bedoeld in lid 1 wordt binnen een maand na afloop van de rapportagemaand aangeleverd aan de zorgverzekeraar.
3. De informatie als bedoeld in lid 1 wordt via de OHW Landelijke Grouper aangeleverd.
4. Indien de zorgaanbieder de informatie als bedoeld in lid 1 niet aanlevert of als de zorgaanbieder de desbetreffende informatie onvoldoende aanlevert, dan stopt de zorgverzekeraar per direct de financiering van het OHW. In dat geval wordt de reeds uitstaande financiering OHW direct opeisbaar en kan de zorgverzekeraar het desbetreffende bedrag verrekenen met de door de zorgaanbieder reeds ingediende of nog in te dienen declaraties.

Artikel 4 Betaling en verrekening

1. Van de waarde van het OHW, zoals door de zorgaanbieder is vastgesteld conform artikel 2, wordt door Achmea 90% gefinancierd, binnen een termijn van 2 weken nadat de zorgverzekeraar hiervan kennis heeft genomen.
2. Per kwartaal wordt het te financieren bedrag door de zorgverzekeraar vastgesteld, op basis van de aangeleverde informatie door de zorgaanbieder.
3. Indien het te financieren bedrag in maand M minimaal 10% afwijkt van het gefinancierde bedrag in maand M-1, volgt een daadwerkelijke verrekening. Als de afwijking kleiner dan 10% is, wordt de financiering op hetzelfde niveau (M-1) gehandhaafd.

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)

4. De zorgverzekeraar berekent per kwartaal welk concreet bedrag hoort bij 90% van de door de zorgaanbieder vastgestelde OHW waarde. Dit bedrag wordt per kwartaal medegedeeld aan de zorgaanbieder.
5. De betaling van de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder van het vastgestelde bedrag (lid 2) vindt uiterlijk 2 weken na de mededeling (lid 4) aan de zorgaanbieder plaats.
6. Het door de zorgaanbieder terug te storten bedrag dient, binnen twee weken na de mededeling zoals bedoeld in lid 4, overgemaakt te worden op I-BAN-nummer NL42ABNA0482300876 ten name van ZKA Zorgverzekeringen N.V. onder vermelding van "gbrek 3484446" en de AGB code van de zorgaanbieder.

Artikel 5 Gevolgen voor OHW bij beëindiging van de overeenkomst

Bij (gedeeltelijke) beëindiging van de overeenkomst wordt de uitstaande financiering OHW direct opeisbaar. De zorgverzekeraar komt de bevoegdheid toe om de vordering tot terugbetaling van de financiering OHW te verrekenen met de verplichting tot vergoeding van de door de zorgaanbieder ingediende en door de zorgverzekeraar goedgekeurde declaraties.

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)

BIJLAGE 2 Declaratieprotocol¹

Definities

Betaalbaarstelling	Het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank tot betaling van de declaratie over te gaan.
Betaling aan een derde in opdracht van de zorgaanbieder	Op schriftelijke aanwijzing van de zorgaanbieder betalen aan een derde zodanig dat de zorgverzekeraar geacht wordt te hebben betaald aan de zorgaanbieder
Datum beschikbaarstelling retourinformatie bij VECOZO	Datum waarop het retourbestand via VECOZO beschikbaar wordt gesteld aan de zorgaanbieder
Derdenbeslag	Beslag gelegd onder de zorgverzekeraar ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de schuldenaar
Einddatum prestatie	Voor verrichtingen: datum van de verrichting Voor samengestelde producten (zoals DOT): Einddatum samengesteld product
Externe integratie standaard	door Vektis opgesteld en gepubliceerd rapport waarin de specificaties van berichtuitwisseling eenduidig beschreven zijn na reguliere besluitvorming
Ontvangstdatum factuur	Datum waarop de declaratie op het VECOZO portaal beschikbaar is voor de zorgverzekeraar
Overeenkomst	Vigerende zorgovereenkomst of administratieve overeenkomst
VECOZO	VECOZO is hét internetportaal voor veilige communicatie in de zorg (zie www.vecozo.nl).
Zorgaanbieder	Instelling voor medisch specialistische zorg

Artikel 1 Algemeen

1. Wetgeving, regelgeving (beleidsregels en andere regels), landelijke richtlijnen en overige bilateraal overeengekomen afspraken zijn altijd leidend.
2. De declaratiebepalingen gelden voor:
 - a. het declaratieproces en onderwerpen die daar mee samenhangen,
 - b. declaraties betrekking hebbende op zorg zoals omschreven in de overeenkomst en zoals is verleend aan de verzekerden van de zorgverzekeraar.
3. Het declaratieprotocol is een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst of administratieve overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder.
4. Het is uitsluitend toegestaan te declareren namens zorgaanbieders die in deze overeenkomst worden genoemd.
5. 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 betreffende EI-standaard. Indien blijkt dat het declaratiebestand niet voldoet aan deze technische specificaties zal VECOZO het gehele bestand retourneren. In het door VECOZO opgestelde retourbericht staan de geconstateerde fout(en) beschreven. (NB. Dit is een door de zorgverzekeraar toegevoegd lid ten opzichte van het landelijk protocol).

¹ De bepalingen in deze bijlage komen overeen met de door ZN, NVZ en NFU gezamenlijk opgestelde Uniforme declaratieparagraaf van december 2011.

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 controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO vóór:
 - a. aanvang behandeling;
 - b. inzending van de declaratie.
3. Een COV-bericht via VECOZO dient in overeenstemming te zijn met de geldende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is.
4. Door de beschikbaarheid van COV is het slechts mogelijk om in uitzonderlijke situaties gegevens over verzekeringsrecht of BSN van een verzekerde telefonisch bij De zorgverzekeraar op te vragen.
5. De zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt en de verzekerde dezelfde persoon zijn. COV kan pas dan gebruikt worden voor het verifiëren van het BSN.

Artikel 3 Declareren

1. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de geldende 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 rechtstreeks (dus zonder tussenkomst van de verzekerde) bij de zorgverzekeraar.
3. Declaraties worden door de zorgaanbieder via VECOZO elektronisch aangeleverd bij de zorgverzekeraar.
4. De zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-codes zoals opgenomen in bijlage 3.
5. De zorgaanbieder levert minimaal 4 keer en maximaal 52 keer per kalenderjaar de declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de zorgaanbieder gehouden per omgaande een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
6. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de basisverzekering en/of aanvullende verzekering van de verzekerde vallen, kunnen door de zorgaanbieder aan de verzekerde worden voorgelegd. In dat geval vermeldt de zorgaanbieder op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking:

“Deze nota is door [NAAM zorgaanbieder] rechtstreeks ingediend bij uw zorgverzekeraar. Voor zover u recht heeft op een (deel van) vergoeding van verzekerde zorg is dat door uw zorgverzekeraar al aan [NAAM zorgaanbieder] betaald. Het bedrag dat niet voor vergoeding in aanmerking komt, namelijk € [BEDRAG te voldoen] dient u zelf aan [NAAM zorgaanbieder] te betalen. Stuurt u deze nota dus niet door aan uw zorgverzekeraar.”

7. Alleen indien er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht (ook een nota aan de patiënt) bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze voldoen aan de definities zoals die in de externe integratie standaard zijn vastgesteld. Een papieren declaratie bevat minimaal de elementen zoals opgesomd in artikel 10.
8. De zorgaanbieder dient ten opzichte van de einddatum van de prestatie de declaratie binnen 12 maanden, doch uiterlijk 30 oktober 2017 bij de zorgverzekeraar in te dienen.
9. Indien door problemen de termijn, zoals bedoeld in het vorige lid 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. Partijen houden zich hierbij aan de overeengekomen declaratietermijnen.
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)

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)

uitbetaalt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt de zorgverzekeraar contact op met de zorgaanbieder.

11. De zorgaanbieder meldt, mits toestemming van verzekerde, aan de zorgverzekeraar dat een verzekerde evident slachtoffer is geworden van een bedrijfs- of verkeersongeval door bij het indienen van de declaratie gebruik te maken van daarvoor bestemde record in de externe integratiestandaard. (NB. Dit is een door de zorgverzekeraar toegevoegd lid ten opzichte van het landelijk protocol).

Artikel 4 Declareren via derden

1. Alle declaratiebepalingen zijn onverminderd van toepassing op declaraties via derden.
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 de derde en welke derde;
 - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.Dit dient tenminste 10 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie bij de zorgverzekeraar bekend te zijn gemaakt.
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, schriftelijk bij de zorgverzekeraar bekend gemaakt zijn.
4. De zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de declaratiebepalingen onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de zorgverzekeraar hier nooit aansprakelijk voor worden gesteld.
5. Indien de zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan derden 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 declaratiebepalingen.
6. Betaling door de zorgverzekeraar aan derden op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de zorgaanbieder, geldt als een betaling aan de zorgaanbieder.

Artikel 5 Herdeclaraties en correcties

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties en/of (interne) correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, binnen 2 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. Indien er omgangsregels (uniforme omgangsregels controles) zijn afgesproken t.a.v. achterafcontroles is het de zorgverzekeraar niet toegestaan om zelf declaraties te corrigeren als gevolg van achteraf controles. Slechts wanneer het recht op verrekenen ontstaat conform de afspraken die zijn vastgelegd in de omgangsregels bij achteraf controles is het de zorgverzekeraar toegestaan om declaratiegegevens te corrigeren zonder dat zij daarvoor een creditnota van de zorgaanbieder heeft ontvangen.
4. 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.

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)

5. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de door haar geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties ten gevolge van achteraf controles en de wijze waarop zij de terugvordering voornemens is om uit te voeren. Indien de zorgaanbieder de terugvordering betwist heeft zij 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).

Artikel 6 Betaling

1. De zorgaanbieder informeert de verzekerde voor aanvang van de behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde geen recht heeft (op vergoeding van) de zorg op grond van zijn basisverzekering en aanvullende verzekering of dat een machtiging van de zorgverzekeraar nodig is.
2. Indien een zorgovereenkomst is afgesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg waarvoor de verzekerde bij de zorgverzekeraar is verzekerd, plaats tegen de overeengekomen en/of de wettelijke tarieven.
3. De zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven bankrekeningnummer.
4. Bij digitale declaraties hanteert de zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van maximaal 15 kalenderdagen. Voor DFZ geldt een betalingstermijn van 30 dagen.
5. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag al dan niet volledig aan de zorgaanbieder vergoeden conform bijlage 4.
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 al dan niet volledig aan de zorgaanbieder vergoeden, conform bijlage 4.
7. 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 ter hoogte van 95% van het gedeclareerde bedrag.
8. Als achteraf blijkt dat de zorgverzekeraar met de voorlopige betaling teveel heeft betaald, betaalt de zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk aan de zorgverzekeraar, doch uiterlijk binnen 14 kalenderdagen nadat de zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven. De zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk bankrekeningnummer het teveel betaalde terug betaald dient te worden.
9. Indien de terugbetaling conform artikel 6, lid 8 niet binnen 14 kalenderdagen plaatsvindt, is de zorgverzekeraar gerechtigd al haar vorderingen op de zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder dient te betalen ter hoogte van het bedrag dat als voorlopige betaling is betaald.
10. 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. Een retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de geldende 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 zo spoedig mogelijk beschikbaar via VECOZO, maar uiterlijk binnen 15 kalenderdagen, tenzij sprake is van een voorlopige betaling.

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)

Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

1. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden van de door de zorgaanbieder geregistreerde gegevens in AGB.
2. De zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk telefonisch door te geven aan AGB via 0900-2422633 (zie hiervoor www.agbcode.nl) of te wijzigen via www.vecozo.nl (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).
3. De zorgaanbieder draagt ervoor zorg dat de gegevens van de bij de zorgaanbieder werkzame zorgaanbieders, actueel in AGB vastgelegd zijn.
4. De zorgaanbieder dient bij beëindiging van het beroep of bij het aangaan van een nieuwe relatie met een zorgaanbieder dit zo spoedig mogelijk te melden bij AGB.
5. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het actueel houden van de gegevens behorende bij UZOVI-nummers.
6. Indien de zorgverzekeraar wijzigingen in haar gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoert die consequenties heeft voor de zorgaanbieder, stelt zij de zorgaanbieder hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.

Artikel 9 Overige bepalingen

Toelichting: In aanvulling op het declaratieprotocol gelden voor de zorgverzekeraar, de volgende aanvullende bepalingen.

1. Als aanvulling op artikel 3, lid 5 van het declaratieprotocol geldt voor de maand januari van enig kalenderjaar dat de zorgaanbieder de declaraties over de maand januari niet eerder zal toezenden dan vanaf de vierde week.
2. De zorgverzekeraar zal passende maatregelen nemen afhankelijk van de situatie wanneer de zorgaanbieder een declaratie die onder de dekking van de basisverzekering en/of aanvullende verzekering van de verzekerde valt, bij de verzekerde in rekening brengt en dus niet rechtstreeks aan de zorgverzekeraar voorlegt.
3. Indien de zorgaanbieder eerder 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 machtigings-ID) in.
4. Voor het declareren van poliklinische fysiotherapie via de Ziekenhuisstandaard vult de zorgaanbieder indien van toepassing verplicht juist en volledig de relevante volgnummers, te weten:

0451	Aanduiding diagnosecodelijst
0452	Verwijsdiagnosecode paramedische hulp
0453	Code soort indicatie paramedische hulp
0454	Indicatie tweede operatie zelfde aandoening paramedische hulp
0455	Reden einde zorg

Artikel 10 Gegevens-elementen papierennota

Een papierendeclaratie van een DOT-zorgproduct of overig zorgproduct moet minimaal de gegevens bevatten zoals vermeld in nadere regel 'Regeling prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' van de Nederlandse Zorgautoriteit. De nadere regel is te raadplegen via www.nza.nl. Het landelijke format Restitutie nota dat gebruikt kan worden is te raadplegen via: http://ei.vektis.nl/Help/ZH308v9.0/ZH308v9%200_Restitutienota_u1.pdf

Artikel 11 Wijzigingsprocedure betalingsgegevens en overige gegevens

Betalingsgegevens zullen door de zorgverzekeraar nooit direct op grond van een brief van de zorgaanbieder worden gewijzigd. Altijd zal de zorgverzekeraar een brief ter attentie van de directie van de zorgaanbieder sturen ter ondertekening. Na retourontvangst van die ondertekende brief zal de wijziging nogmaals telefonisch worden

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)

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.

Artikel 12 Contactgegevens en wijzigingen

Voor vragen over uw declaratie of wijzigen van gegevens kunt u contact opnemen met de zorgverzekeraars. De contactgegevens per label en uzovicode zijn te raadplegen op: <http://www.achmeazorg.nl/medisch-specialistische-zorg/medisch-specialistische-zorg/declareren/Pages/uzovicode.aspx>.

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)

BIJLAGE 3 UZOVI-codes

Overzicht UZOVI-codes die gehanteerd moeten worden in de declaraties.

Label	UZOVI-nummer
Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. (inclusief Pro Life)	3311
De Friesland Zorgverzekeringen (inclusief Kiemer)	7084
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	3313
OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.	3314
FBTO Zorgverzekeringen N.V.	0211
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	3329
Volmachten Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	
Nedasco/Caresco B.V.	8960
IAK Volmacht B.V.	8971
Aevitae B.V.	8958
Turien & Co Assuradeuren B.V.	3342

Overeenkomst Zilveren Kruis GRZ 2016 (digitaal)

BIJLAGE 4 Betaalafspraken

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

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico	Aanvullend Clausules
Eigen risico	Overname geldt voor alle merken	Overname geldt voor alle merken	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	Alleen bij poliklinische bevalling zonder medische indicatie. Declaratie dient rechtstreeks via VECOZO 100% te worden ingediend. Geen overname door FBTO en De Friesland Zorgverzekeraar	Wanneer de zorgaanbieder rechtstreeks digitaal via VECOZO 100% declareert. Geen overname door FBTO en De Friesland Zorgverzekeraar	Nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee