

Overeenkomst Zilveren Kruis – <Naam Contractant Trombosedienst>

<Naam Contractant>
<Looptijd: 1 januari 2018 t/m
31 december 20.. >

Inhoudsopgave

Definities	5
Deel 1: Individueel deel	7
Artikel I Financiële Afspraak reguliere overeenkomst [Alleen bij 1-jarige overeenkomst]	7
Artikel I Financiële Afspraak voorkeursovereenkomst [Alleen bij 2-jarige voorkeursovereenkomst]	7
Deel 2: Algemeen deel	8
<u>Hoofdstuk 1 - Zorgverlening</u>	8
Artikel 1 Algemene voorwaarden Trombosedienst.....	8
Artikel 2 Algemene bepaling Kwaliteit van Zorg	8
Artikel 3 Specifieke bepaling Kwaliteit en toegankelijkheid van Zorg	8
Artikel 4 Continuïteit van Zorg	8
<u>Hoofdstuk 2 – Declareren en Financiële afspraken</u>	9
Artikel 5 Declareren.....	9
Artikel 6 Herijking van de Financiële Afspraak	9
Artikel 7 Afrekening van de Financiële Afspraak	9
<u>Hoofdstuk 3 – Controle</u>	10
Artikel 8 Formele en Materiële controle.....	10
Artikel 9 Te nemen maatregelen bij uitkomsten Controle	10
Artikel 10 Fraudeonderzoek	10
Artikel 11 Te nemen maatregelen bij uitkomsten Fraudeonderzoek.....	10
<u>Hoofdstuk 4 – Informatieverwerking en verstrekking</u>	11
Artikel 12 Informatievoorziening aan de Verzekerde.....	11
Artikel 13 Gegevensbeheer en -uitwisseling	11
Artikel 14 Rapportage Inspectie voor de Gezondheidszorg	11
Artikel 15 Informatie over de uitvoering van de Wkkgz	11
<u>Hoofdstuk 5 – Afspraken bij geschillen en overige juridische bepalingen</u>	11
Artikel 16 Toepasselijk recht	11
Artikel 17 Geschillen	11
Artikel 18 Niet nakoming	12
Artikel 19 Publiciteit.....	12
Artikel 20 Overdracht van rechten.....	12
Artikel 21 Aansprakelijkheid en vrijwaring	12
Artikel 22 Algemene voorwaarden	12
Artikel 23 Aansprakelijkheid	12
<u>Hoofdstuk 6 – Duur en einde overeenkomst</u>	13
Artikel 24 Duur en (tussentijdse) beëindiging van de overeenkomst.....	13
Deel 3: Bijlagen	15
BIJLAGE 1 Aanvullende afspraken.....	15
BIJLAGE 2 Declaratieprotocol	16
BIJLAGE 3 UZOVI-codes.....	22
BIJLAGE 4 Betaalafspraken	23
BIJLAGE 5 Contactgegevens, wijzigingen en melden fraudegevallen.....	24
BIJLAGE 6 Restitutenota	26

De ondergetekenden:

1a. De zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren

- i. Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (inclusief Pro Life Zorgverzekeringen) (3311);
- ii. OZF Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht (3314);
- iii. Interpolis Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht (3313);
- iv. FBTO Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden (3351);
- v. Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (3329); mede voor haar volmachten
 1. IAK Volmacht B.V. (8971);
 2. Aevitae B.V. (8958);
- vi. De Friesland Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden, voor haar labels:
 1. De Friesland (7084);
 2. Kiemer (7084).

1b. De ziektekostenverzekeraars in het kader van de door hen met Verzekerden gesloten aanvullende zorgverzekeringen:

- vii. Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Zeist;
- viii. Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. Aanvullende verzekering, statutair gevestigd te Amersfoort;
- ix. OZF Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht;

1c. Alsmede de ziektekostenverzekeraar in het kader van de door haar met Verzekerden gesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen:

- x. De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden.

Hierna te noemen: **de Zorgverzekeraar**. Rechtsgeldig vertegenwoordigd door Olivier Gerrits, directeur Zorginkoop.

en

2.

DE CONTRACTANT:

Volledige naam Contractant (conform KvK)

Volledig adres (conform KvK) :

(eventueel) Correspondentieadres :

Postcode/plaats :

AGB-instellingscode :

KvK-nummer :

Verder te noemen: **de Contractant**,

Samen te noemen: **partijen**, nemen in overweging:

- Zilveren Kruis heeft voor zijn Verzekerden een wettelijke zorgplicht. De Zorgverzekeraar zorgt dat zijn Verzekerden (vergoeding van de kosten van) de Zorg krijgen waarvoor ze verzekerd zijn. Daarom maken partijen afspraken in deze overeenkomst.
- Partijen committeren zich aan een beperking van de groei van zorgkosten en onderschrijven het belang van een beheerste kostenontwikkeling op macro-niveau.
- Partijen committeren zich aan het op 9 april 2015 getekende convenant opgesteld door NVZ, NFU en ZN over het controleproces vanaf 2014.
- Bij de toepassing van deze overeenkomst wordt uitgegaan van redelijkheid en billijkheid.

In deze overeenkomst regelen partijen de onderlinge rechtsverhouding. Deze bevat ook de met deze overeenkomst onlosmakelijk verbonden bijlagen, toepasselijke wet- en regelgeving (waaronder de privacywetgeving, WMG en Zorgverzekeringswet c.a.) en de relevante beleidsregels van de NZa. De onlosmakelijk met deze overeenkomst verbonden bijlagen zijn:

- De bijlagen van deze overeenkomst.
- De prijslijst van Zorginkoopportaal VECOZO.

Partijen houden zich aan de volgende bestuurlijke/ landelijke afspraken:

- Het Addendum 2018 op het onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2014 t/m 2017, d.d. 21 april 2017 van de NVZ, NFU, Patiëntenfederatie Nederland, ZKN, FMS, ZN, V&VN en het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS).
- Het vigerende Convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg.
- Het vigerende Convenant gezamenlijke aanpak controles medisch specialistische zorg.
- De vigerende Handreiking rechtmatigheidscontroles medisch specialistische zorg.
- De vigerende Zorgbrede Governancecode

Bij eventuele strijdigheden tussen de documenten geldt dat de aanvullende afspraken van bijlage 1 gaan voor de bepalingen van de overeenkomst en dat de bepalingen van de overeenkomst gaan voor de overige bijlagen.

Komen het volgende overeen:

Definities

- a) **Contractant:** de instelling/Zorgaanbieder die de overeenkomst met de Zorgverzekeraar heeft gesloten en uitvoert;
- b) **Controle:** een verificatie of een handeling heeft plaatsgevonden conform de regels en toetsing aan de norm;
- c) **Financiële Afspraak:** het totaal aan financiële afspraken die de Zorgverzekeraar en de Contractant maken;
- d) **Formele controle:** een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een Contractant voor een prestatie in rekening is gebracht: een prestatie betreft, die is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar Verzekerde persoon; een prestatie betreft, die behoort tot het Verzekerde pakket van die persoon; een prestatie betreft, tot levering waarvan de Contractant 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 prestaties met de Contractant is overeengekomen;
- e) **Fraude:** de situatie waarin de Contractant/Zorgverlener bewust valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de Verzekerde dan wel de Contractant/Zorgverlener geen recht heeft of recht kan hebben;
- f) **Fraudeonderzoek:** een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of de Verzekerde of de Contractant fraude pleegt;
- g) **Gecontracteerde Zorg:** Zorg voor welke partijen tarieven zijn overeengekomen op de tussen partijen overeengekomen prijslijst in Zorginkoopportaal VECOZO.
- h) **Instelling:** Contractant
- i) **Materiële controle:** een onderzoek waarbij de Zorgverzekeraar nagaat of de door de Contractant in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de patiënt;
- j) **Naturaverzekerde:** Persoon die tijdens de looptijd van deze overeenkomst is verzekerd bij een van de rechtspersonen van de Zorgverzekeraar die partij is bij deze overeenkomst op basis van ofwel: i) een naturapolis in de zin van artikel 11 lid 1 sub a Zorgverzekeringwet; ofwel ii) een combinatiepolis in de zin van artikel 11 lid 2 met natura-aanspraken in de zin van artikel 11 lid 1 sub a Zorgverzekeringwet voor Zorg die hij bij Contractant betreft;
- k) **Omzetplafond:** een overeengekomen maximumbedrag waarboven niet meer uitgekeerd wordt door de Zorgverzekeraar. Het Omzetplafond omvat zowel Gecontracteerde Zorg als Niet-Gecontracteerde Zorg (en betreft dus zowel verleende of te verlenen Zorg aan Restitutieverzekerden als aan Verzekerden, anders dan Restitutieverzekerden);
- l) **Professionele standaard:** de Contractant verleent Zorg met inachtneming van de voor hem toepasselijke rechtsgeldige richtlijnen, standaarden en protocollen, behoudens voor zover in het belang van een goede patiëntenzorg afwijking daarvan is geboden hetwelk moet blijken uit het medisch dossier van de Verzekerde
- m) **Restitutieverzekerde:** Persoon die tijdens de looptijd van deze overeenkomst is verzekerd bij een van de rechtspersonen van de Zorgverzekeraar die partij is bij deze overeenkomst op basis van ofwel: i) een restitutiepolis in de zin van artikel 11 lid 1 sub b Zorgverzekeringwet; ofwel ii) ofwel een combinatiepolis in de zin van artikel 11 lid 2 met restitutie-aanspraken in de zin van artikel 11 lid 1 sub b Zorgverzekeringwet voor Zorg die hij bij Contractant betreft;
- n) **Tarieven:** de tussen de Zorgverzekeraar en Contractant overeengekomen prijzen (vastgelegd in de definitief tussen partijen overeengekomen prijslijst in Zorginkoopportaal VECOZO) voor prestaties dan wel geheel van prestaties;
- o) **VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg):** organisatie, opgericht door zorgverzekeraars met als doel de administratieve handelingen in de Zorg te versimpelen;
- p) **Vektisstandaard:** de in het kader van de geautomatiseerde gegevensuitwisseling tussen Contractanten en zorgverzekeraars vastgestelde standaarden, zoals deze zijn vastgelegd in de meest recente versie;
- q) **Verzekerde:** de persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringwet en/ of een aanvullende verzekeringsovereenkomst heeft gesloten met de Zorgverzekeraar, en die recht heeft op de Zorg in natura dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de Zorg;
- r) **Zorg:** Zorg waarop de Verzekerde recht heeft op grond van een basis zorgverzekering van de Zorgverzekeraar, Zorgverzekeringwet en/of aanvullende zorgverzekering van de Zorgverzekeraar;

- s) **Zorgaanbieder:** synoniem voor Contractant;
- t) **Zorgverlener:** de natuurlijke persoon die feitelijk de Zorg verleent.
- u) **Zorgverzekeraar:** Zilveren Kruis met haar labels en/of rechtspersonen (zie bij partijen:1.a. i t/m v en 1.b.) en De Friesland Zorgverzekeraar met haar labels (zie bij partijen 1.a.vi en 1.c.) . Indien een bepaling uitsluitend betrekking heeft op Zilveren Kruis, dan wordt bedoeld uitsluitend Zilveren Kruis en haar labels en rechtspersonen.

Deel 1: Individueel deel

Artikel I Financiële Afspraak reguliere overeenkomst [Alleen bij 1-jarige overeenkomst]

1. De Financiële Afspraak is vastgelegd in tabel 1. In de overeengekomen prijslijst in Zorginkoopportaal VECOZO zijn aantallen en tarieven vastgelegd.
2. Partijen hebben een Omzetplafond afgesproken. Het Omzetplafond is het maximumbedrag dat de Zorgverzekeraar vergoedt. Het Omzetplafond omvat zowel Gecontracteerde Zorg als Niet-Gecontracteerde Zorg (en betreft dus verleende en te verlenen Zorg zowel aan Restitutieverzekerden als aan Verzekerden, anders dan Restitutieverzekerden).
3. De Contractant is ervoor verantwoordelijk dat het Omzetplafond niet wordt overschreden.
4. Gedurende de looptijd van de overeenkomst verleent de Contractant ook na het bereiken van het Omzetplafond Zorg aan de Verzekerden die al in Zorg zijn genomen voor zover het dezelfde zorgvraag betreft. De Zorgverzekeraar is hiervoor geen aanvullende vergoeding verschuldigd.
5. De Contractant kan voor Verzekerden die zich met een nieuwe zorgvraag tot de Contractant wenden terwijl het Omzetplafond is bereikt, terugverwijzen naar de Zorgverzekeraar voor verdere bemiddeling naar een Contractant die nog wel ruimte heeft in de Financiële Afspraak met de Zorgverzekeraar.
6. De Contractant brengt declaraties boven het Omzetplafond in rekening bij de Zorgverzekeraar. De Zorgverzekeraar betaalt deze declaraties niet uit. Voor zover de Zorgverzekeraar dergelijke declaraties heeft uitbetaald, is de Zorgverzekeraar gemachtigd het teveel betaalde terug te vorderen of te verrekenen met toekomstige declaraties.
7. De Contractant brengt declaraties boven het Omzetplafond niet in rekening bij de Verzekerde.
8. Ter voorkoming van vroegtijdige plafondrealisatie maakt de Contractant een productieprognose voor de Zorgverzekeraar inzichtelijk per zorgproduct. Zo kunnen Verzekerden met een nieuwe zorgvraag tijdig worden bemiddeld naar aanbieders met voldoende ruimte in hun Financiële Afspraak.
7. De Contractant verdeelt Zorg zo gelijkmatig mogelijk over het hele jaar. De Contractant informeert de Zorgverzekeraar voor 1 september als hij verwacht dat het deelbudget met plafond gedurende de totale looptijd van de overeenkomst zal worden overschreden.
8. De Financiële Afspraak wordt gedurende de looptijd van de overeenkomst alleen aangepast als sprake is van een situatie genoemd in artikel 6. Een eventuele aanpassing van de Financiële Afspraak vindt uiterlijk plaats op 1 april 2019.

Tabel 1:

Financiële Afspraak	
Type afspraak	Omzetplafond
Omzetplafond 2018	€

Artikel I Financiële Afspraak voorkeursovereenkomst [Alleen bij 2-jarige voorkeursovereenkomst]

1. De Financiële Afspraak, is vastgelegd in tabel 1. In de overeengekomen prijslijst in Zorginkoopportaal VECOZO zijn aantallen en tarieven vastgelegd.
2. De Financiële Afspraak wordt gedurende de looptijd van de overeenkomst alleen aangepast als sprake is van een situatie genoemd in artikel 6. Een eventuele aanpassing van de Financiële Afspraak voor 2018 vindt uiterlijk plaats op 1 april 2019. En voor 2019 op 1 april 2020.

Tabel 1:

Financiële afspraak	
Type afspraak	Vrij volume in 2018 en 2019 op basis van voorkeursovereenkomst

Deel 2: Algemeen deel

Hoofdstuk 1 - Zorgverlening

Artikel 1 Algemene voorwaarden Trombosedienst

1. De bepalingen in deze overeenkomst hebben betrekking op de OVP-zorgproducten die de Contractant gedurende de looptijd van de overeenkomst declareert.
2. De Contractant verleent trombosezorg waar de Verzekerde krachtens de basisverzekering aanspraak op heeft, zover het gaat om de overeengekomen prestaties zoals genoemd in de prijslijst van Zorginkoopportaal VECOZO.
3. De Zorg wordt alleen verleend als de Verzekerde een schriftelijke of elektronische aanvraag heeft. Een schriftelijke of elektronische aanvraag bevat de volgende informatie:
 - a. AGB, naam en type aanvrager;
 - b. Categorie, datum aanvraag, BSN patiënt, naam patiënt en reden aanvraag;
4. Deze aanvraag kan plaatsvinden door:
 - a. een huisarts;
 - b. een medisch specialist
 - c. een verloskundige (ingeval zwangerschap of bevalling);
 - d. physician assistant;
 - e. verpleegkundig specialist;
 - f. GGD-arts.

Artikel 2 Algemene bepaling Kwaliteit van Zorg

1. De Contractant levert 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. Bij het ontbreken van een zodanige maatstaf wordt de inhoud en omvang bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate Zorg en diensten.
2. De Contractant biedt goede Zorg en 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 de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
3. Als een Contractant Zorg in rekening brengt bij de Zorgverzekeraar waarvoor een bijzondere bekwaamheid nodig is, voldoet de Contractant die de Zorg feitelijk verleent aan de door de beroepsgroep gestelde voorwaarden waaronder de inschrijving in de specifieke registers.

Artikel 3 Specifieke bepaling Kwaliteit en toegankelijkheid van Zorg

1. De Contractant is CCKL of ISO15189 geaccrediteerd. De Contractant die geen medisch laboratorium heeft, is ISO 15224 en ISO 27001 geaccrediteerd.
2. De diagnostiek en indicatiestelling worden verleend binnen de termijnen zoals vastgelegd in de landelijk overeengekomen Treeknormen.

Artikel 4 Continuïteit van Zorg

1. De Contractant waarborgt de continuïteit van de Zorg.
2. De Contractant meldt aan de Zorgverzekeraar onmiddellijk feiten en omstandigheden die wijzen op risico's voor continuïteit of kwaliteit van de door de Contractant te verlenen Zorg.

- Partijen treden op eerste verzoek van de Zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk in overleg als er gegronde reden zijn om aan te nemen dat de Contractant het bepaalde in lid 1 niet is nagekomen of er reden is te twifelen over de mate waarin de continuïteit of kwaliteit van de Zorgverlening (in een concreet geval of in algemene zin) is gewaarborgd.

Hoofdstuk 2 – Declareren en Financiële afspraken

Artikel 5 Declareren

Partijen hebben afspraken gemaakt over het declaratieproces, deze zijn vastgelegd in het declaratieprotocol (bijlage 2).

Artikel 6 Herijking van de Financiële Afspraak

- De Zorgverzekeraar vergoedt aan Contractant in beginsel de prijzen zoals vastgelegd in de prijslijst van Zorginkoopportaal VECOZO. De prijzen worden gedurende de looptijd van de overeenkomst alleen aangepast als de NZa haar maximumtarieven verlaagt als die prijzen zonder die verlaging boven het maximumtarief zouden uitkomen. De prijzen worden gedurende de looptijd van de overeenkomst verhoogd als de NZa haar maximumtarieven naar boven aanpast en partijen het maximumtarief zijn overeengekomen. In dit geval worden alleen de prijzen aangepast, de Financiële Afspraak (en de daarin opgenomen Omzetplafonds) blijft ongewijzigd.
- De Financiële Afspraak wijzigt gedurende de looptijd van de overeenkomst als de aard en het aantal Verzekerden van de Zorgverzekeraar wijzigt (verzekerdenmutatie).
- De Zorgverzekeraar is bevoegd om de Financiële Afspraak op gemotiveerd verzoek van Contractant te wijzigen. Gronden voor toewijzing van een dergelijk verzoek kunnen zich onder andere voordoen als:
 - overheidsmaatregelen worden genomen (zoals aanpassen van het BKZ en/of Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord) die invloed hebben op de hoogte van de Financiële Afspraak;.
 - relevante wet- en/of regelgeving wijzigt, zodanig dat de Financiële Afspraak niet meer onverkort kan worden nagekomen;
 - het zorgaanbod (portfolio) van de Contractant na overleg met de Zorgverzekeraar verandert;
 - zich gedurende de looptijd van de overeenkomst substantiële volumewijzigingen voordoen, die het gevolg zijn van omstandigheden die niet in de risicosfeer liggen van de Contractant en tot gevolg hebben dat uitvoering van de Financiële Afspraak in redelijkheid niet van de Contractant kan worden gevergd.
- Indien de Zorgverzekeraar een wijzigingsverzoek als bedoeld in het derde lid afwijst, doet zij dat gemotiveerd.

Artikel 7 Afrekening van de Financiële Afspraak

- De Zorgverzekeraar streeft ernaar dat eindafrekening van de Financiële Afspraak 2018 uiterlijk op 31 maart 2020 plaatsvindt. **Voor de eindafrekening van de Financiële Afspraak 2019 geldt als streefdatum 31 maart 2021. [Alleen bij 2-jarige voorkeursovereenkomst]** Indien de Zorgverzekeraar deze streefdatum niet haalt, zal zij Contractant zo spoedig mogelijk informeren over de verwachte datum waarop de eindafrekening zal worden verzonden.
- De Zorgverzekeraar heeft de bevoegdheid, maar niet de verplichting, de datum van de eindafrekening uit te stellen in verband met verlate declaraties.
- Bij de eindafrekening vermeldt de Zorgverzekeraar tevens of de Contractant het Omzetplafond heeft overschreden. Indien dit het geval is, dient de Contractant de overschrijding aan de Zorgverzekeraar terug te betalen, ongeacht of de Zorgverzekeraar al eerder aan Contractant heeft laten weten dat hij een Omzetplafond/ de Financiële Afspraak heeft overschreden. De Zorgverzekeraar komt het recht toe om het teveel betaalde terug te vorderen en/of te verrekenen met openstaande of toekomstige declaraties van de Contractant. Dit recht van verrekening strekt zich uit tot declaraties van alle groepsvennootschappen van

Zilveren Kruis; ongeacht op welke groepsvennootschap van Zilveren Kruis ook wanneer Contractant een vordering heeft op een andere groepsvennootschap van (ongeacht of die vordering gegrond is op deze of een andere overeenkomst), kan Zilveren Kruis verrekenen met een vordering op de Contractant op basis van een overschrijding van een Omzetplafond/ de Financiële Afspraak.

4. Uitkomsten van Controles van declaratiegegevens conform de Regeling Zorgverzekering (Rzv) en de Landelijke Handreiking die is vastgesteld door ZN, NVZ en de NFU, worden bij de afrekening in mindering gebracht op de betaalde declaraties of teruggevorderd of verrekend door de Zorgverzekeraar.

Hoofdstuk 3 – Controle

Artikel 8 Formele en Materiële controle

1. De Zorgverzekeraar voert Formele en Materiële controles uit met inachtneming van de eisen van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Rzv.
2. De Zorgverzekeraar controleert in ieder geval op de behandelingen die in bijlage 4 van het Inkoopdocument MSZ 2018 staan benoemd als behandelingen die niet of niet altijd voldoen aan het criterium SW&P.
3. Een Controle gaat niet verder terug dan 5 jaar voorafgaande aan de datum waarop de Controle bekend is gemaakt aan de Contractant. De declaraties voor de Controle worden geselecteerd op behandeldatum en niet op factuurdatum. Ook wordt aangegeven over welke periode de Controle zich binnen deze 5 jaar richt.
4. De Contractant is verplicht zijn medewerking te verlenen aan een Controle.

Artikel 9 Te nemen maatregelen bij uitkomsten Controle

De Zorgverzekeraar kan naar aanleiding van de Controle, één of meer van de volgende acties ondernemen (deze opsomming is niet limitatief):

- het opleggen van een waarschuwing;
- het maken van een verbeterafspraken;
- het registreren van de Contractant in het door verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
- terugvordering van (een deel van) het bedrag aan onrechtmatig en/of ondoelmatig bestempelde declaraties en de onderzoekskosten die de normale omvang van onderzoekskosten overschrijden - een en ander te bepalen door de Zorgverzekeraar - al dan niet via verrekening met nog openstaande dan wel toekomstige declaraties. Voor de termijn waarbinnen de terugvordering wordt ingesteld, wordt aangesloten bij het bepaalde in het Burgerlijk Wetboek;
- een klacht indienen bij het regionaal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg.

Artikel 10 Fraudeonderzoek

1. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van het onderzoek naar Fraude in ieder geval het bepaalde bij of krachtens de Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp) / Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Zvw en de Rzv in acht.
2. De Zorgverzekeraar informeert de Contractant schriftelijk over de zakelijke inhoud van de voorgenomen uitkomsten van het onderzoek en stelt de Contractant in de gelegenheid daarop te reageren. De Zorgverzekeraar betreft deze reactie van de Contractant bij de vaststelling van de definitieve uitkomsten van het onderzoek en bericht deze schriftelijk aan de Contractant.

Artikel 11 Te nemen maatregelen bij uitkomsten Fraudeonderzoek

1. In het geval van Fraude vordert de Zorgverzekeraar in ieder geval de ten onrechte uitgekeerde betaling en de gemaakte onderzoekskosten terug of verrekent deze met al ingediende of nog in te dienen declaraties. Declaraties waarbij sprake is van Fraude, worden altijd aangemerkt als een onrechtmatige declaratie.

2. Daarnaast kan de Zorgverzekeraar naar eigen keuze en in ieder geval één of meerdere van de hierna beschreven maatregelen treffen:
 - registratie van Fraude in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg;
 - melding c.q. aangifte doen bij de bevoegde opsporingsinstanties via ZN (zoals FIOD-ECD, het Openbaar Ministerie);
 - tot acht jaar na het jaar waarin de Fraude is geconstateerd geen overeenkomst sluiten met de Contractant en of de betrokken Zorgverlener.

Hoofdstuk 4 – Informatieverwerking en verstrekking

Artikel 12 Informatievoorziening aan de Verzekerde

1. De Contractant zorgt dat Verzekerden conform de geldende NZa-regels en/of Wkkgz worden geïnformeerd over de Zorg die hij levert, ook ten aanzien van de daarbij behorende prestaties en Tarieven - waaronder de eigen bijdragen - en wachttijden. De Contractant die geen directe behandelrelatie heeft met de Verzekerde, publiceert deze informatie op zijn website.
2. De Contractant informeert bij het aangaan van de behandelrelatie de Verzekerde mondeling en/of schriftelijk over de werkwijze, klachtenregeling en openingstijden. De Contractant die geen directe behandelrelatie heeft met de Verzekerde, publiceert deze informatie op zijn website.
3. De Zorgverzekeraar zorgt dat Verzekerden conform de NZa-regels worden geïnformeerd over de zorgprestaties die voor vergoeding in aanmerking komen en de wijzigingen hierin.

Artikel 13 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.

Artikel 14 Rapportage Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Contractant stelt de Zorgverzekeraar direct in kennis en verstrekt een afschrift van ieder niet openbaar rapport van de IGZ dat de Contractant betreft en voor zover de zorgverlening in het gedrang komt.

Artikel 15 Informatie over de uitvoering van de Wkkgz

De Contractant verstrekt desgewenst op verzoek geanonimiseerde informatie aan de Zorgverzekeraar over de uitvoering van de verplichtingen voortvloeiende uit de Wkkgz, zoals de klachtenregeling.

Hoofdstuk 5 – Afspraken bij geschillen en overige juridische bepalingen

Artikel 16 Toepasselijk recht

Het Nederlands recht is op deze overeenkomst van toepassing.

Artikel 17 Geschillen

1. Bij een geschil tussen partijen proberen partijen dit eerst samen op te lossen.
2. Een geschil is aanwezig zodra een van de partijen dit schriftelijk aan de andere partij kenbaar maakt.
3. Geschillen die niet samen kunnen worden opgelost, kunnen worden voorgelegd aan de Onafhankelijke geschilleninstantie Zorgcontractering zoals ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut of aan de bevoegde rechtbank te Den Haag.

Artikel 18 Niet nakoming

1. Als een der partijen tekortschiet in de nakoming van een of meer verplichtingen uit deze overeenkomst stelt de betreffende partij de andere partij in gebreke.
2. De ingebrekestelling is schriftelijk waarbij aan partijen een redelijke termijn wordt gegund om alsnog zijn verplichtingen na te komen.

Artikel 19 Publiciteit

1. Over de inhoud van deze overeenkomst zullen partijen niet zonder wederzijds vooroverleg, mededelingen doen aan derden.
2. Partijen verplichten zich 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.
3. In afwijking van lid 1 van deze bepaling houdt de Zorgverzekeraar zich het recht voor de overeengekomen Tarieven mee te delen aan haar Verzekerden.
4. Partijen kunnen gegevens over elkaars dienstverlening opnemen op een of meer door partijen beheerde websites.
5. Discussie over het beleid van de Zorgverzekeraar of van de Contractant wordt in eerste instantie altijd tussen de Contractant en de Zorgverzekeraar gevoerd. De Verzekerde wordt daarin niet betrokken.

Artikel 20 Overdracht van rechten

1. De Contractant mag, met uitzondering van pandrechten en het uit handen geven van een vordering aan een incassobureau, geen rechten en/of plichten uit de overeenkomst overdragen aan derden zonder expliciete schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar.
2. Als de contractant 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 21 Aansprakelijkheid en vrijwaring

1. De Contractant heeft een medische aansprakelijkheidsverzekering gesloten voor aansprakelijkheid jegens (nabestaanden van) patiënten voor onder deze overeenkomst geleverde zorg, tot het bedrag en onder de voorwaarden die gebruikelijk zijn in de markt waarop de Contractant werkt.
2. De Contractant geeft op verzoek aan de Zorgverzekeraar inzage in de polis en de voorwaarden van de in lid 1 bedoelde verzekering.
3. De Contractant vrijwaart de Zorgverzekeraar voor aanspraken van Verzekerden en betrokken derden voor Zorg die de Contractant heeft geleverd of laten leveren aan Verzekerden.

Artikel 22 Algemene voorwaarden

Aanvullende en afwijkende algemene voorwaarden van de Contractant en de Zorgverzekeraar maken geen deel uit van de overeenkomst tussen de Zorgverzekeraar en Contractant en binden partijen niet, tenzij partijen deze schriftelijk en uitdrukkelijk hebben aanvaard en in een addendum zijn opgenomen.

Artikel 23 Aansprakelijkheid

De Contractant 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 Contractant draagt er zorg voor dat zij blijven beschikken over de kennis en vaardigheden die voor een goede verlening van de Zorg noodzakelijk zijn.

Hoofdstuk 6 – Duur en einde overeenkomst

Artikel 24 Duur en (tussentijdse) beëindiging van de overeenkomst

1. Deze overeenkomst eindigt door het verstrijken van de overeengekomen tijdsduur en eindigt, behoudens lid 2 en 3, tussentijds met wederzijds goedvinden.
2. Contractant of de Zorgverzekeraar kan de overeenkomst eenzijdig met onmiddellijke ingang opzeggen:
 - a. als met het oog op de wettelijke zorgplicht van de Zorgverzekeraar of financiële situatie van de Contractant voortzetting van de overeenkomst in redelijkheid niet meer van de betreffende partij kan worden verlangd;
 - b. bij zodanige wijzigingen in wet- en regelgeving, dat instandhouding van onderhavige overeenkomst redelijkerwijs niet kan worden verlangd van één der partijen.
 - c. indien één van de partijen surseance van betaling aanvraagt of indien surseance van betaling aan één van de partijen is verleend;
 - d. indien het faillissement van één van de partijen is aangevraagd of indien het faillissement van één van de partijen is verleend;
 - e. als de Zorgverzekeraar en/of de Contractant niet meer een zorgverzekeraar respectievelijk toegelaten instelling zijn.
 - f. door opheffing van de rechtspersoon die de Contractant exploiteert.
3. Contractant of de Zorgverzekeraar kan de overeenkomst ontbinden overeenkomstig artikel 6:265 van het Burgerlijk Wetboek. Een omstandigheid die algehele dan wel partiële ontbinding van de overeenkomst rechtvaardigt, doet zich in elk geval voor (niet limitatief):
 - a. als de Contractant en Zorgverlener één en dezelfde persoon is en de Zorgverlener niet langer in staat of bevoegd is het beroep volgens de standaard van de beroepsgroep uit te oefenen of de Zorgverlener (gedeeltelijk) is geschorst of ontzet is van/uit de beroepsuitoefening;
 - b. als blijkt dat Contractant Fraude heeft gepleegd;
 - c. als uit een materiële of Formele controle blijkt dat door Contractant niet wordt voldaan aan bepalingen met betrekking tot kwaliteit, doelmatigheid, deskundigheid en aansprakelijkheid voortvloeiend uit deze overeenkomst;
 - d. als uit een Materiële controle overige uitkomsten blijken waardoor voortzetting van de overeenkomst in redelijkheid niet meer van de Zorgverzekeraar kan worden gevergd;
 - e. indien blijkt dat de Contractant gedurende de looptijd van de overeenkomst niet meer voldoet aan alle voorwaarden of de verbeterafpraak niet binnen de afgesproken tijd wordt gerealiseerd;
 - f. als Contractant niet aantoonbaar al het mogelijke heeft gedaan om voor continuïteit van Zorg c.q. praktijkvoering Zorg te dragen en/of de continuïteit niet kan aantonen;.
4. Bij beëindiging van deze overeenkomst op welke grond ook is de Zorgverzekeraar gerechtigd eventuele al aan de Contractant betaalde bedragen te verrekenen met het door de Contractant tot het moment van beëindiging van deze overeenkomst gedeclareerde bedrag, en ook met eventuele nog openstaande of toekomstige declaraties van de Contractant.

Overeenkomst Zilveren Kruis – <Naam Contractant Trombosedienst>– <Contractpartij II >

Aldus overeengekomen tussen partijen:

Zilveren Kruis,

De Contractant,

Handtekening

Olivier Gerrits, directeur Zorginkoop.
Zilveren Kruis.

BRIEFNAAM

Datum: DATUM

Datum: DATUM

Overeenkomst Zilveren Kruis – <Naam Contractant Trombosedienst>– <Contractpartij II >

Deel 3: Bijlagen

BIJLAGE 1 Aanvullende afspraken

BIJLAGE 2 Declaratieprotocol

Definities

Betaaltermijn	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. Vanaf hier ook wel EI of EI-standaard genoemd.
Indieningstermijn	De termijn waarbinnen de declaratie moet zijn ingediend, gerekend vanaf de sluitdatum van de prestatie.
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).
Verzekerde	Een persoon als bedoeld in artikel 1 onder f van de Zorgverzekeringswet, voor zover ten behoeve van hem een zorgverzekering is gesloten bij de zorgverzekeraar, met inbegrip van een klant van een volmachthouder voor wie de zorgverzekeraar het verzekeringsrisico draagt.
Zorgaanbieder	Instelling voor medisch specialistische zorg
Zorgverzekeraar	Een organisatie die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet of aanvullende zorgverzekeringen aanbiedt of de volmachthouder voor wie de zorgverzekeraar het verzekeringsrisico draagt.

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 onderdeel van 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.

Artikel 2 Controle verzekeringsrecht en BSN

1. De zorgverzekeraar stelt elke werkdag de op die dag actuele 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 wordt uitgevoerd op basis van de geldende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is.
4. Alleen in uitzonderlijke gevallen mogen gegevens over verzekeringsrecht en BSN telefonisch bij de zorgverzekeraar worden opgevraagd, omdat COV altijd beschikbaar is en gebruikt kan worden.
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.
6. Bij twijfel over de identiteit van de Verzekerde of wanneer er gerichte aanwijzingen zijn voor fraude, wordt een melding gedaan bij de afdeling fraude van de zorgverzekeraar.

Artikel 3 Declareren

1. Een declaratie wordt door de zorgaanbieder via VECOZO ingediend met de geldende versie van de EI-standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. De zorgaanbieder declareert verleende Zorg die binnen de afspraken van dit contract vallen 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 6.
5. De zorgaanbieder levert minimaal 12 keer en maximaal 52 keer per kalenderjaar de declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar en/of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de zorgaanbieder zelf verantwoordelijk voor het zo snel mogelijk aanleveren van een nieuw declaratiebestand.
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 wijst de zorgaanbieder duidelijk 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 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. Stuur u deze nota dus niet door aan uw verzekeraar.”

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben de intentie uitgesproken over het gebruik van declaratiestandaarden voor de declaratie van zorg die nog wel onder de beleidsregel MSZ valt; maar die vanuit het declaratie en/of controleproces beter via een andere standaard gedeclareerd kan worden. Partijen gaan gezamenlijk kijken wanneer de ondersteunende producten die betrekkingen hebben op de prestatie codelijst 012, dit zijn de prestaties in het kader van paramedische Zorg, gedeclareerd kunnen gaan worden met de PM304 declaratiestandaard of dat aanpassingen plaatsvinden in de huidige ZH308 declaratiestandaard in het kader van het herontwerp declareren.

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 bijlage 9.
8. a. De zorgaanbieder streeft ernaar 95% van de initiële declaraties binnen 3 maanden en de resterende 5% binnen 6 maanden in te dienen bij de zorgverzekeraar, doch uiterlijk op 31 oktober van jaar t+1.
b. Indien de zorgaanbieder de initiële declaratie(s) niet binnen de uiterste termijn zoals genoemd in lid 8a aanlevert, dan vervalt het recht op betaling van de betreffende declaratie(s).
9. Indien door problemen de termijn, zoals bedoeld in lid 8 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 indieningstermijn.
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

1. Alle bepalingen uit dit declaratieprotocol zijn ook 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, als gevolg van eerdere afwijzingen, binnen 2 maanden na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO opnieuw worden gedeclareerd.
2. Correcties op declaraties die zijn betaald door de zorgverzekeraar, worden door de zorgaanbieder door middel van creditnota's via de externe integratie standaard aangeboden.
3. Als er specifieke omgangsregels (uniforme omgangsregels controles) zijn afgesproken over achterafcontroles dan mag de zorgverzekeraar de achterafcontroles niet zelf corrigeren. Pas op het moment dat er afspraken in de omgangsregels zijn vastgelegd over het recht op verrekenen van de zorgverzekeraar van achteraf controles mag de zorgverzekeraar declaratiegegevens 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:
 - o ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties;
 - o incorrecte tarieven;
 - o fraude;
 - o dubbel uitbetaalde declaraties.
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 zal gaan uitvoeren. Indien de zorgaanbieder de terugvordering betwist heeft zij 42 kalenderdagen de tijd om de declaratie te motiveren voordat de zorgverzekeraar de vordering int. Als de (eventueel gedeeltelijke) onrechtmatigheid van de terugvordering is aangetoond, vervalt de vordering (gedeeltelijk).
6. De zorgaanbieder stelt de zorgverzekeraar op de hoogte van het intrekken van een factuur met betrekking tot een restitutenota.

1. Artikel 6 Betaling De zorgaanbieder informeert de Verzekerde vóór de start van een 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. Wanneer er een zorginhoudelijke overeenkomst is afgesloten betaalt de zorgverzekeraar uitsluitend de overeengekomen en/of de wettelijke tarieven van de zorg 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 bankrekeningnummer.
4. Bij digitale declaraties hanteert de zorgverzekeraar een betaaltermijn van maximaal 15 kalenderdagen, gerekend vanaf de ontvangstdatum van de declaratie.
5. Als bij verwerking van de declaratie blijkt dat de Verzekerde een eigen risico heeft, dan zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag volledig aan de zorgaanbieder vergoeden conform bijlage 7.
6. Als 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 volledig aan de zorgaanbieder vergoeden, conform bijlage 7.
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 90% 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 terug, maar 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.
11. De zorgaanbieder gaat akkoord met onderlinge verrekening binnen de in Bijlage 2.A genoemde vennootschappen van de Zorgverzekeraar van betalingen en vorderingen, als de zorgaanbieder door surseance van betaling, faillissement en/of liquidatie is opgehouden te bestaan (NB dit is een door de zorgverzekeraar toegevoegd lid ten opzichte van het landelijke protocol).

Artikel 7 Retourinformatie

1. Een retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de geldende versie van de EI-standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de EI-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 EI-standaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden.
4. De zorgverzekeraar stelt de retourinformatie van de declaraties die ingediend zijn via VECOZO zo spoedig mogelijk beschikbaar via VECOZO, maar uiterlijk binnen 15 kalenderdagen, tenzij sprake is van een voorlopige betaling.

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 wijzigingen van AGB-gegevens zo snel mogelijk door te geven aan AGB- VEKTIS. Zie informatie en wijzigingsformulieren op www.agbcode.nl. Wijzigingen in uw agb-registratie kunt u ook doorgeven via www.vecozo.nl (als 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. Als de zorgverzekeraar wijzigingen in haar gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoert die gevolgen heeft voor de zorgaanbieder, stelt zij de zorgaanbieder hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.

Addendum

Aanvullende 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. 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

BIJLAGE 5.A

De zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren en handelend onder de naam Zilveren Kruis:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (inclusief Pro Life Zorgverzekeringen) (3311);
- OZF Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (3314);
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (3313)
- FBTO Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden (3351);
- Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (3329); mede voor haar volmachten:
- IAK Volmacht B.V. (8971);
- Aevitae B.V. (8958);

De ziektekostenverzekeraars in het kader van de door hen met verzekerden gesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen handelend onder de naam Zilveren Kruis

- Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Zeist;
- OZF Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht;
- Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Amersfoort
- Zilveren Kruis Zorgkantoor N.V.

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. (per)	3351
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	3329
Volmachten Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	
IAK Volmacht B.V.	8971
Aevitae B.V.	8958

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

BIJLAGE 5 Contactgegevens, wijzigingen en melden fraudegevallen

Voor vragen over uw declaratie kunt u contact opnemen via onderstaande gegevens.

Contactgegevens

Naam	Telefoon	E-mail	Postadres
Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (inclusief Pro Life)	071 – 751 00 99	Info.declaraties@zilverenkruis.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle
Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	071 – 751 00 99	Info.declaraties@zilverenkruis.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle
OZF Zorgverzekeringen N.V.	074 - 789 07 89	info@ozf.nl	Postbus 94 7550 AB Hengelo
FBTO zorgverzekeringen N.V.	058 - 234 53 33	info.zorgverleners@fbto.nl	Afdeling Declaratieservice Postbus 318 8901 BC Leeuwarden
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.	0900 - 56 65 665	Info.declaraties@zilverenkruis.nl	Postbus 631 8000 AP Zwolle
De Friesland zorgverzekeraar	058 – 291 31 31	MSZ@defriesland.nl	Postbus 270 8901 BB Leeuwarden

Contactgegevens Volmachten Avero Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Naam	Telefoon	E-mail	Postadres
IAK Verzekeringen B.V	040 - 26 11 888	zorgaanbieders@iak.nl	Postbus 90165 5600 RV Eindhoven
Aevitae B.V.	0900 – 36 93 333	info@aevitae.com	Postbus 2705 6401 DE Heerlen

Voor actuele informatie kunt u terecht op onze internetsite: www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders

Voor vragen over declaratievoorwaarden en een foutenanalyse (declaratiekwaliteit) kunt u contact opnemen met uw Relatiebeheerder MSZ. E-mail: relatiebeheerzwolle@zilverenkruis.nl

Wijzigingsprocedure betalingsgegevens

Voor het wijzigen of opgeven van bankrekeningnummers moet het digitale formulier 'Wijzigingsformulier Bankrekeningnummer' worden gebruikt. Dit formulier treft u aan op de website www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/msz/declareren. Uiterlijk twee weken na invoer worden de nieuwe betalingsgegevens door de zorgverzekeraar gebruikt.

Overeenkomst Zilveren Kruis – <Naam Contractant Trombosedienst>– <Contractpartij II >

Melden van fraude

Als er aanwijzingen of vermoedens van fraude zijn, of zelfs als er twijfel bestaat of deze vermoedens vallen onder de definitie van fraude, dan dient de zorgverzekeraar hiervan op de hoogte gesteld te worden. Meldingen kunnen gedaan worden bij de afdeling Speciale Zaken via email: zorg.speciale.zaken@zilverenkruis.nl

BIJLAGE 6 Restitutenota

Een papierendeclaratie van een DBC-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_Restitutenota_u1.pdf

De factuur is opgebouwd uit een aantal samenhangende blokken:

1. Declarantgegevens (voorlooprecord),
2. Geadresseerde,
3. Factuurgegevens (voorlooprecord),
4. Verzekerde (verzekerde record),
5. Algemene declaratiegegevens (prestatierecords),
6. Declaratieregels (prestatierecords en tariefrecords),
7. Totaalbedrag (sluitrecord),
8. Optionele gegevens zoals acceptgiro en
9. Voettekst met bladzijdenummering (blz. van totaal aantal blz.).