



BESTUURSVERKLARING

ten behoeve van de betaalovereenkomst GGZ verslavingspsychiatrie
2019

Algemene gegevens

Naam Zorgaanbieder

Rechtsvorm inschrijvende organisatie

KVK-nummer

AGB-code

Aanhef tekenbevoegde bestuurder De heer Mevrouw

Naam en voorletter(s) tekenbevoegde bestuurder(s)

Correspondentieadres

Postcode

Woonplaats

Naam contactpersoon

Emailadres contactpersoon

Telefoonnummer contactpersoon

Verklaring

De zorgaanbieder verklaart hierbij vanaf de datum van aanvraag voor een betaalovereenkomst te voldoen en gedurende de duur van de overeenkomst te blijven voldoen aan de volgende voorwaarden:

1. De zorgaanbieder heeft een geldige Wtzi-toelating;
2. De zorgaanbieder levert zorg die voldoet aan de inhoud van relevante rapporten, waaronder (maar niet beperkt tot):
 - a. Verslavingszorg in Beeld
 - b. Standpunten psychologische behandelingen
 - c. Analyse declaratiegegevens hoofdbehandelaarschap
 - d. Medisch noodzakelijk verblijf in de GGZ
3. De zorgaanbieder levert zorg die voldoet aan de inhoud van relevante zorgstandaarden en richtlijnen, waaronder (maar niet beperkt tot):
 - a. Zorgstandaard opiaatverslaving
 - b. Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving
 - c. Richtlijn stoornissen in het gebruik van cannabis
4. De zorgaanbieder beschikt over een geregistreerd Kwaliteitstatuut en werkt ook aantoonbaar conform dit statuut;
5. Uit materiele controle over de jaren 2016, 2017 en/of 2018 is niet gebleken dat de zorgaanbieder aantoonbaar onjuist heeft gedeclareerd;
6. De zorgaanbieder staat niet onder verscherpt toezicht van de IGJ en heeft in 2016, 2017 en/of 2018 ook niet onder verscherpt toezicht gestaan;
7. Er zijn geen onevenredig veel klachten van verzekerden over de doelmatigheid en/of kwaliteit van de zorgaanbieder;
8. Menzis heeft niet eerder een zorgovereenkomst met de zorgaanbieder tussentijds beëindigd.

De bestuurder(s), dan wel de gemachtigde namens de bestuurder(s) (bewijs van machtiging om voor de zorgaanbieder te mogen tekenen bijvoegen – bewijs van machtiging zal door de zorgverzekeraar worden gecontroleerd) verklaart (verklaren) de gehele bestuursverklaring naar waarheid te hebben ingevuld.

Naam (namen) bestuurder(s)/gemachtigde	
Datum	
Handtekening(en) bestuurder(s)/gemachtigde	