

Module Implantologie voor bovenkaak en meer dan 2 implantaten onderkaak 2017

De ondergetekenden

A. De (Zorg)verzekeraar:

- Menzis Zorgverzekeraar N.V.;
- Anderzorg N.V.;

Hierna te noemen: “zorgverzekeraar”

En

B. De Zorgaanbieder:

«CM_PRACTICE_SHORTNAME»

Instellingsnummer: «CM_PRACTICE_REGISTRATIONNR»

«CM_PRACTICE_STREET» «CM_PRACTICE_NUMBER» «CM_PRACTICE_EXTRA»

«CM_PRACTICE_ZIPCODE» «CM_PRACTICE_CITY»

KvK nummer: «ZV_CSB_CHAMBEROFCOMMERCENUMBER»

Hierna te noemen: “zorgaanbieder”

Zorgverzekeraar en zorgaanbieder hierna gezamenlijk te noemen: “partijen”

- C. Partijen maken afspraken over de wijze waarop en de voorwaarden waaronder de zorgverzekeraar de zorgaanbieder betaalt voor verleende zorg aan verzekerden van de zorgverzekeraar.
- D. De afspraken die partijen hebben gemaakt, zijn vastgelegd in deze overeenkomst (hierna te noemen: de Module) en de bijbehorende bijlage met codes en tarieven.

Definities

Artikel 1

In deze Module wordt bedoeld met:

- a. *Verzekerde*: de persoon die bij de zorgverzekeraar een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet heeft afgesloten.
- b. *Vektisstandaard*: de voor de (geautomatiseerde) gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar vastgestelde standaarden zoals deze zijn vastgelegd in het rapport Externe Integratie Tandheelkundige hulp (meest recente versie).
- c. *Mondzorg*: zorg zoals omschreven in bijlage 1, voorzover vallend onder art. 2.7 lid 1, 2 en 5 van hoofdstuk 2 van het Besluit Zorgverzekering. Het gaat hierbij met name om zorg die noodzakelijk is voor een verzekerde met een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- d. Onder mondzorg is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Zorgverlening

Artikel 2

De zorgaanbieder levert Mondzorg aan verzekerden.

Artikel 3

1. De zorgaanbieder:
 - a. is ingeschreven in het BIG-register als tandarts of;
 - b. is geregistreerd in het KwaliteitsRegister TandProthetici (KRTP), of;
 - c. is een Instelling voor Mondzorg, waar minimaal 1 persoon werkzaam is die voldoet aan één van de in dit lid onder a en b genoemde eisen. In de Module wordt in dat geval met de term 'tandarts' primair de Instelling voor Mondzorg bedoeld. In bepalingen over de verlening van zorg wordt met 'tandarts' de zorgverlener bedoeld. De Instelling voor Mondzorg is verantwoordelijk voor het voldoen van de zorgverlener aan de bepalingen van de Module en is aansprakelijk voor de handelingen van de zorgverlener.
2. De zorgaanbieder, indien tandarts:
 - a. is erkend als implantoloog door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI), of;
 - b. kan minimaal 150 statussen overleggen van zelfstandig uitgevoerde implantologiebehandelingen, beschikt over aantoonbare ervaring met aanvullende chirurgische technieken zoals botaugmentatie en/of weke-delenreconstructie en beschikt over voldoende kennis en vaardigheden voor het behandelen van peri-implantitis;
 - c. vervaardigt enkel meso- en/of suprastructuren.
3. De zorgaanbieder, indien tandprotheticus:
 - a. vervaardigt enkel meso- en/of suprastructuren, en;
 - b. heeft voor in de bijlage van artikel 7 genoemde prestaties een schriftelijke verwijzing, zoals bedoeld in het "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus, artikel 4" van een tandarts, tandarts implantoloog of kaakchirurg, en;
 - c. voor het declareren van een implantaat gedragen prothese dient de praktijk over een ingevoerd en gedocumenteerd kwaliteitsborgingsysteem te beschikken. Dit systeem dient gebaseerd te zijn op het HKZ certificatieschema voor de Tandprothetische praktijk (versie 2009). Tevens dient dit systeem te zijn voorzien van een kwaliteitsverklaring voor managementsystemen. Dit is een in opdracht van de ONT georganiseerde 2e partij branche certificatie.
4. Indien de zorgaanbieder een Instelling voor Mondzorg is, dan voldoet elke bij haar werkzaam zijnde tandarts aan lid 2 van dit artikel en voldoet elke bij haar werkzame tandprotheticus aan lid 3 van dit artikel.
5. De zorgaanbieder handelt conform de professionele standaard en de van toepassing zijnde wet- en regelgeving.
6. De zorgverzekeraar handelt conform de professionele standaard en goed verzekeraarschap.
7. De zorgaanbieder voldoet en blijft voldoen aan de eisen zoals genoemd in de bij de totstandkoming van de overeenkomst ingevulde vragenlijst.

Artikel 4

De zorgaanbieder overtuigt zich van het recht van de verzekerde op Mondzorg voor rekening van de zorgverzekeraar overeenkomstig daaraan in redelijkheid te stellen eisen. Dit kan via de elektronische bestanden van de zorgverzekeraar of via telefonische controle.

Artikel 5

1. De zorgverzekeraar draagt zorg voor informatie aan verzekerden over aanspraken van verzekerden en de wijzigingen hierin.
2. De zorgaanbieder wijst de verzekerde voorafgaand aan de zorgverlening op de mogelijkheid om bij de zorgverzekeraar te informeren naar het recht op de zorg dan wel op de vergoeding van de kosten van de zorg.

Prestaties, prijs, declaratie- en betalingsverkeer

Artikel 6

1. De zorgaanbieder declareert voor Mondzorg bij de zorgverzekeraar de prestaties zoals vervat in de van toepassing zijnde beschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de Beschikking). Deze is te vinden op www.nza.nl.
2. De zorgaanbieder declareert voor geleverde prestaties zoals bedoeld in lid 1 van dit artikel:
 - a. De prijs als genoemd in de bijlage van artikel 7, dan wel;
 - b. Indien er voor de prestatie geen prijs in de bijlage van artikel 7 is genoemd de prijs voor die prestaties zoals opgenomen in de Beschikking, met uitzondering van de in de Beschikking genoemde opslag (max-max tarieven), verhoogd met het eventueel toepasselijke Btw-tarief. De zorgaanbieder mag prijzen in rekening brengen die lager zijn dan de prijzen in de Beschikking.
3. De zorgaanbieder vermeldt het eventueel toepasselijke Btw-tarief op de declaratie. Het risico van onjuiste facturering berust bij de zorgaanbieder. Eventuele Btw-correcties, inclusief boetes en rente, door de Belastingdienst bij de zorgaanbieder kunnen niet aan de zorgverzekeraar worden doorberekend.

Artikel 7

Alle behandelingen zoals vermeld in de bijlage vallen onder de voorwaarden van deze module. Per behandeling is hierin een omschrijving opgenomen met de bijhorende codes en de daarbij maximaal te berekenen techniek- en materiaalkosten.

Artikel 8

1. Voor Mondzorg is vooraf voor de gehele behandeling schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist, indien:
 - a. De betreffende behandeling c.q. prestatie niet wordt genoemd c.q. worden genoemd in de bijlage zoals vermeld in artikel 7, of;
 - b. De mondsituatie niet voldoet aan de in artikel 9 genoemde voorwaarden;
 - c. Er een bestaande mesostructuur wordt vervangen.
2. Wanneer de prestatiecodes X25 (het maken van een meerdimensionale kaakfoto) en X26 (het beoordelen van een meerdimensionale kaakfoto) worden gebruikt, dient de zorgverlener eenmalig hiervoor een aanvraag te doen waarbij (een kopie van) het bewijs van de juiste wettelijke deskundigheid voor het maken van of het verwijzen voor het maken van een CBCT opname wordt overlegd. De zorgaanbieder hanteert voor het maken van de CBCT scan de hiervoor binnen de beroepsgroep geaccepteerde richtlijnen.
3. Een aanvraag bestaat minimaal uit een begroting, behandel -en zorgplan en aanwezige röntgenopnamen.
4. Elke aanvraag, zoals bedoeld in deze module, wordt beoordeeld door een adviserend tandarts.
5. Elke aanvraag dient digitaal te worden ingediend via het machtigingenportaal van VECOZO.
6. Behandelingen waarvoor schriftelijke toestemming is gegeven vormen geen onderdeel van de Module en vallen niet onder de in deze module opgenomen afspraken.

Artikel 9

1. Voor de implantologie in de bovenkaak wordt geacht toestemming te zijn verleend door de zorgverzekeraar, indien:
 - a. Er sprake is van een patiënt met een ernstig geslonken edentate bovenkaak, waarbij een adequaat vervaardigde conventionele definitieve prothese aantoonbaar niet functioneert, of;
 - b. De behandeling op schriftelijk verzoek van een COBIJT erkent CBT plaatsvindt, en; er als eerste keus sprake is van het plaatsen van 4 implantaten, of;

- c. Van 6 implantaten, indien er vooraf uitgebreide pre-implantologische chirurgie dient plaats te vinden en;
de zorgaanbieder declareert uitsluitend de prestatiecodes uit de bijlage zoals genoemd in de bijlage van artikel 7 en;
de zorgaanbieder declareert de werkelijk gemaakte techniek- en materiaalkosten, doch maximaal de in bijlage van artikel 7 genoemde kosten.
2. Voor 3 of 4 implantaten in de onderkaak wordt geacht toestemming te zijn verleend door de zorgverzekeraar, indien;
 - a. Er sprake is van een edentate onderkaak, en;
er is sprake van een kaakhoogte minder dan 10 mm, of;
 - b. Er is sprake van een extreme klasse 2 of 3 kaakrelatie, of;
 - c. Er is sprake van zware (para)functionele belasting door een betande bovenkaak, of;
 - d. Er is sprake van serieuze pijn door druk en frictie van de prothese.
3. Voor de prothetische zorg na implantologie wordt geacht toestemming te zijn verleend door de zorgverzekeraar, indien;
 - a. Er sprake is van de vervaardiging van de eerste bovenkaak overkappingsprothese op implantaten en mesostructuur, mits de geplaatste implantaten ook gemachtigde zorg waren, en;
de zorgaanbieder declareert uitsluitend de prestatiecodes uit de in bijlage van artikel 7 genoemde kosten en;
de zorgaanbieder declareert de werkelijk gemaakte techniek -en materiaalkosten, doch maximaal de in de bijlage van artikel 7 genoemde kosten.
 - b. Er sprake is van de vervanging van de bovenkaak overkappingsprothese op implantaten, zonder vervanging van de mesostructuur, indien deze prothese ouder is dan 5 jaar; destijds als gemachtigde zorg is geplaatst; aantoonbaar onvoldoende functioneert, dit niet adequaat met eenvoudigere behandelingen te verhelpen is, en;
de zorgaanbieder declareert uitsluitend de prestatiecodes uit de bijlage zoals opgenomen in artikel 7 en;
De zorgaanbieder declareert de werkelijk gemaakte techniek -en materiaalkosten, doch maximaal de in de bijlage van artikel 7 genoemde kosten.
 - c. Er sprake is van een omvorming van een bestaande conventionele prothese, naar een bovenkaak overkappingsprothese op implantaten en mesostructuur, mits de geplaatste implantaten ook gemachtigde zorg waren, en;
de zorgaanbieder declareert de prestatiecodes uit de bijlage van artikel 7 en;
de zorgaanbieder declareert de werkelijk gemaakte techniek -en materiaalkosten, doch maximaal de in de bijlage van artikel 7 genoemde kosten.
 - d. Er sprake is van reparaties of rebasingen van de bovenkaak overkappingsprothese op implantaten wanneer de prothese ouder is dan 2 jaar en destijds als gemachtigde zorg is geplaatst. Reparatie ten gevolge van een breuk uitgezonderd.
De zorgaanbieder declareert uitsluitend de prestatiecodes uit de bijlage van artikel 7 en;
de zorgaanbieder declareert de werkelijk gemaakte techniek -en materiaalkosten, doch maximaal de in de bijlage van artikel 7 genoemde kosten.
 - e. Er sprake is van de vervaardiging van de eerste onderkaak overkappingsprothese op 3 of 4 implantaten incl. mesostructuur, mits de geplaatste implantaten ook gemachtigde zorg waren en;
de zorgaanbieder declareert uitsluitend de prestatiecodes uit de in bijlage van artikel 7 genoemde kosten en;
de zorgaanbieder declareert de werkelijk gemaakte techniek -en materiaalkosten, doch maximaal de in de bijlage van artikel 7 genoemde kosten.
 - f. Er sprake is van de vervanging van de onderkaak overkappingsprothese op 3 of 4 implantaten, zonder vervanging van de mesostructuur, indien deze prothese ouder is dan 5 jaar; destijds als gemachtigde zorg is geplaatst; aantoonbaar onvoldoende functioneert, dit niet adequaat met eenvoudigere behandelingen te verhelpen is, en;
de zorgaanbieder declareert uitsluitend de prestatiecodes uit de bijlage zoals opgenomen in artikel 7 en;

- de zorgaanbieder declareert de werkelijk gemaakte techniek -en materiaalkosten, doch maximaal de in de bijlage van artikel 7 genoemde kosten.
- g. Er sprake is van een omvorming van een bestaande conventionele prothese, naar een onderkaak overkappingsprothese op 3 of 4 implantaten incl. mesostructuur, mits de geplaatste implantaten ook gemachtigde zorg waren, en;
de zorgaanbieder declareert de prestatiecodes uit de bijlage van artikel 7 en;
de zorgaanbieder declareert de werkelijk gemaakte techniek -en materiaalkosten, doch maximaal de in de bijlage van artikel 7 genoemde kosten.

Artikel 10

1. De zorgaanbieder garandeert dat het materiaal en de constructie van mesostructuur en gebitsprothesen daarop gedurende minimaal 4 jaar goed van kwaliteit is.
2. Voldoet een prothese niet aan het gestelde in het vorige artikel of aan redelijk te stellen eisen van functionaliteit en esthetiek, dan zal de zorgaanbieder:
 - a. de prothese kosteloos vervangen, of;
 - b. ingeval de verzekerde de prothese retourneert aan de zorgaanbieder, reeds in rekening gebrachte prestaties aan de zorgverzekeraar crediteren.
3. De zorgaanbieder zal kosteloos 2 maanden nazorg bieden bij een nieuw vervaardigde prothese.
4. De zorgaanbieder indien tandarts/implantoloog, maakt vooraf mondfoto's van goede kwaliteit van de edentate bovenkaak, tevens na de chirurgie en na het plaatsen van de implantaten. De zorgaanbieder indien tandprotheticus, of tandarts die de meso -en suprastructuur vervaardigt, maakt mondfoto's van goede kwaliteit van de begin -en eindsituatie zowel met als zonder prothese. De mondfoto's zijn inzichtelijk voor de adviserend tandarts en kunnen dienen ter controle op de aanspraak bijzondere tandheelkunde en de voorwaarden zoals gesteld binnen deze module.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar mag (periodiek) controle uitoefenen op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorg die de zorgaanbieder verleent. De zorgverzekeraar zal zich houden aan de Regeling zorgverzekering en de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.
2. Indien uit controle blijkt dat de zorgaanbieder een of meer verplichtingen uit de Module niet is nagekomen en/of bij de zorgverzekeraar ten onrechte bedragen heeft gedeclareerd, kan de zorgverzekeraar terugvorderen of verrekenen, waarbij de zorgverzekeraar de zorgaanbieder zal voorzien van een specificatie van de bedragen en/of declaraties waarop de terugvordering of de verrekening betrekking heeft.
3. De zorgverzekeraar heeft ook na voldoening van een declaratie het recht ter zake controle uit te oefenen overeenkomstig lid 1.
4. De zorgverzekeraar kan steekproefsgewijs binnen 12 maanden na plaatsing van implantaten en/of prothese, de geleverde en gedeclareerde zorg controleren, door het oproepen van patiënten. Indien deze controle daar redenen voor geeft zal de steekproef uitgebreid worden met 10 extra patiënten

Artikel 12

1. De zorgaanbieder brengt declaraties geautomatiseerd in rekening bij de zorgverzekeraar.
2. De zorgaanbieder zal zijn declaraties opstellen conform de meest recente Vektisstandaard.
3. De ingediende declaraties worden door de zorgverzekeraar binnen 12 werkdagen na de ontvangstdatum van de declaratie betaalbaar gesteld.
4. Op de datum waarop de declaratie betaalbaar dient te worden gesteld, ontvangt de zorgaanbieder van de zorgverzekeraar een afrekeningspecificatie over de betreffende declaratie. De zorgverzekeraar stelt de retourinformatie elektronisch beschikbaar conform de standaard zoals deze is vastgelegd in de meest recente versie van het rapport Externe Integratie Tandheekundige hulp.
5. Vorderingen dienen binnen 12 kalendermaanden na afloop van de kalendermaand waarin de zorg is geleverd bij (zorg)verzekeraar te zijn ingediend.

6. Indien door de zorgaanbieder op verzoek van de administratie van de zorgverzekeraar een softwareaanpassing dient te worden aangebracht, die niet voortvloeit uit de Vektisstandaard, komen de kosten hiervan voor rekening van de zorgverzekeraar.
7. De wettelijke eigen bijdrage behorend bij de in de module opgenomen behandeling zal Menzis bij de verzekerden innen. Voor alle overige declaraties zal enkel het verzekerde deel worden uitbetaald.

Artikel 13

1. De zorgaanbieder vrijwaart de zorgverzekeraar tegen aanspraken van verzekerden en andere derden ter zake van de door of namens de zorgaanbieder verleende zorg, die is verleend in het kader van de verzekeringsovereenkomst tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar.
2. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder dragen zorg voor een afdoende verzekering tegen aansprakelijkheid.
3. De zorgaanbieder gebruikt in (reclame)uitingen de naam of het logo van de (zorg)verzekeraar alleen met toestemming van de (zorg)verzekeraar.

Artikel 14

1. Wanneer de getekende Module voor 1 februari 2017 door de zorgverzekeraar is ontvangen, treedt de Module in werking op 1 januari 2017 en eindigt zonder dat opzegging vereist is op 1 januari 2018.
2. Wanneer de getekende Module na 31 januari 2017 door de zorgverzekeraar is ontvangen, treedt de Module in werking op de eerste dag van de kalendermaand na de kalendermaand waarin de getekende Module door de zorgverzekeraar is ontvangen en eindigt van rechtswege zonder dat opzegging vereist is op 1 januari 2018.
3. De Module neemt tevens een einde:
 - a. op een eerder tijdstip met wederzijds goedvinden;
 - b. door het overlijden van de zorgaanbieder;
 - c. door een aangetekende schriftelijke opzegging door de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar, met dien verstande dat bij beëindiging door opzegging een opzegtermijn van 3 maanden in acht dient te worden genomen;
 - d. door faillissement van de zorgaanbieder of diens onder curatelenstelling;
 - e. door faillissement van de zorgverzekeraar;
 - f. door een uitspraak van de bevoegde rechter tot ontbinding van de Module;
 - g. als een wijziging in Wet- en regelgeving dusdanige gevolgen voor de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar heeft dat van de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar in redelijkheid niet meer verwacht kan worden dat de Module voortduurt.
4. Verplichtingen welke naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van de Module van kracht te zijn, blijven na beëindiging van kracht, voor zover toepasselijk. Tot deze verplichtingen behoren in ieder geval: garanties, rechtskeuze en geschillenbeslechting

Toepasselijkheid recht en geschillenregeling

Artikel 15

1. De Module met bijbehorende bijlage wordt beheerst door het Nederlands recht.
2. Alle geschillen tussen (zorg)verzekeraar en de zorgaanbieder ontstaan naar aanleiding (en/of uitvoering) van de Module, daarmee samenhangende of daaruit voortvloeiende overeenkomsten en/of schriftelijke aanvullingen van zodanige overeenkomsten, kunnen worden aangebracht bij de Commissie voor de Rechtspraak of de burgerlijke rechter. Partijen kunnen tevens overeenkomen een specifiek geschil voor te leggen aan een mediator.
3. Indien wordt gekozen voor een procedure bij de Commissie van de Rechtspraak, is het Reglement op de Rechtspraak Zorgverzekering van toepassing en staat de mogelijkheid van hoger beroep open.
4. Geschillen zoals genoemd in het tweede lid kunnen binnen drie jaar na het eindigen van de Module worden aangebracht bij de Commissie voor de Rechtspraak.

Aldus overeengekomen en opgemaakt in tweevoud te Wageningen, «ZV_SC_SIGNEDON»

De zorgverzekeraar

De zorgaanbieder

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "J.P.J. van Eijck".

drs. J.P.J.(Joris) van Eijck
directeur Zorg

«ZV_SC_SIGNEDON»
«CM_PRACTICE_SHORTNAME»
Instellingsnummer: «CM_PRACTICE_REGISTRATIONNR»
Contract code: «ZV_UNIQUE_CODE»
Tekenbevoegde: «ZV_CSB_TITLE» «ZV_CSB_FULLNAME»
Functie: «ZV_CSB_JOBPOSITION»

Bijlage: I

VOORBEELD