



Algemene voorwaarden inzake rechtstreeks declareren mondzorg in het kader van de Wlz met ingang van 2024

Dit document heeft alleen betrekking op declaraties die via de Vektis declaratiestandaard MZ301 Wlz ten laste van de Wlz worden ingediend bij:

VGZ Zorgkantoor B.V., in dit verband handelend namens de Wlz-uitvoerders, gevestigd te Arnhem.

Artikel 1. Algemeen

1. In deze algemene voorwaarden wordt bedoeld met:
 - a. klant: de verzekerde, een natuurlijk persoon die ten laste van de Wlz zowel verblijf als behandeling als integraal pakket ontvangt van dezelfde Wlz-zorginstelling (zie art. 3.1.1 lid 1 sub d Wlz);
 - b. declaratie: de digitale factuur van de zorgaanbieder;
 - c. declaratieregels: de individuele regels van de declaratie;
 - d. zorg: de mondzorg waarop de klant krachtens de Wlz recht heeft, waarop de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen en die wordt geleverd conform de erkende professionele standaarden en gangbare opvattingen van de beroepsgroep én conform de stand van de wetenschap en praktijk is;
 - e. externe integratie standaard (EI-standaard): door Vektis opgesteld en gepubliceerd rapport waarin de specificaties van berichtuitwisseling beschreven zijn (www.vektis.nl);
 - f. VECOZO: organisatie die het internetportaal voor veilige communicatie in de zorg beschikbaar stelt (www.vecozo.nl);
 - g. machtigingenportaal: online portaal via VECOZO waarmee zorgaanbieders machtigingen aanvragen en zorgkantoren de beoordeling op de machtiging terugkoppelen;
 - h. zorgaanbieder:
 - a. Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) dat voldoet aan de erkenningscriteria/-vereisten waar een CBT conform de vigerende Beleidsregel bijzondere tandheelkunde instellingen van de NZa aan moet voldoen;
 - b. Mondzorgpraktijk die de zorg laat verlenen door een tandarts, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist, die niet tevens bij een Wlz-verblijfsinstelling in loondienst is en waarbij de zorgverlener, voor zover van toepassing:
 - is ingeschreven in het BIG-register (art. 3 Wet BIG) als tandarts, *of*
 - is ingeschreven in het BIG-register (art. 3 Wet BIG) als tandarts en tevens in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) als orthodontist, *of*
 - is ingeschreven in het Diplomaregister Tandprothetici¹ als tandprotheticus, *of*
 - is ingeschreven in het tijdelijk ingestelde BIG-register voor de geregistreerd-mondhygiënist en/of in het Diplomaregister Mondhygiënist² als mondhygiënist;
 - c. Mondzorgverlener die niet bij een Wlz-verblijfsinstelling in loondienst is en voor zover van toepassing voldoet aan één van de vereisten zoals opgenomen onder b. hierboven (zie de vier bullets);
 - j. CAK: Centraal Administratie Kantoor welke is belast met het verrichten van betalingen aan de zorgaanbieder;

¹ Zie de website: Diplomaregister (ont.nl).

² Zie de website: DiplomaRegister Mondhygiënist - NVM Mondhygiënist - Consumenten.

- k. zorgkantoor: een ingevolge artikel 4.2.4, tweede lid van de Wlz, voor een bepaalde regio aangewezen Wlz-uitvoerder. In het kader van deze algemene voorwaarden is dat: **VGZ Zorgkantoor B.V.**;
 - l. verzekerde: degene die verzekerd is ingevolge de Wlz en als zodanig bij een Wlz-uitvoerder is ingeschreven.
2. De algemene voorwaarden gelden voor:
- a. Het declaratieproces Wlz-mondzorg en onderwerpen die daarmee samenhangen;
 - b. Deze algemene voorwaarden zijn van toepassing op het moment dat de zorgaanbieder bij het zorgkantoor declareert voor verzekerden die ten laste van de Wlz zowel verblijf als behandeling als integraal pakket ontvangen van dezelfde Wlz-zorginstelling, terwijl er geen schriftelijke zorgovereenkomst of andersoortige overeenkomst met het zorgkantoor is gesloten door de zorgaanbieder;
 - c. Algemene voorwaarden van de zorgaanbieder zijn niet van toepassing en binden derhalve het zorgkantoor niet;
 - d. Wanneer deze onderhavige algemene voorwaarden tussentijds worden gewijzigd, is de gewijzigde versie van toepassing;
 - e. Wanneer de zorgaanbieder niet akkoord gaat met een gewijzigde versie van deze algemene voorwaarden, wordt hij uitgesloten van de mogelijkheid om rechtstreeks bij het zorgkantoor te declareren.

Artikel 2. BSN en controle verzekeringsrecht

De zorgaanbieder stelt voorafgaand aan de zorglevering bij een klant vast dat:

- a. conform vigerende wetgeving, de klant en de verzekerde dezelfde persoon zijn (identificatie). De zorgaanbieder legt de aard en het nummer van het identificerend document in de administratie vast;
- b. het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens de zorgaanbieder verwerkt (verificatie). Voor het verifiëren van het BSN met de verwerkte persoonsgegevens kan de zorgaanbieder gebruik maken van verificatie via SBV-z;
- c. er sprake is van verblijf met behandeling als integraal zorgpakket dat door dezelfde Wlz-zorginstelling ten laste van de Wlz wordt geleverd aan de klant.

Artikel 3. Declareren

- 1. De zorgaanbieder houdt zich bij de declaratie aan alle relevante wet- en regelgeving waaronder de wettelijke bepalingen van tarifiering en bekostiging, als ook de bepalingen, richtlijnen en kaders van de bij wet ingestelde organen zoals de NZa.
- 2. De zorgaanbieder declareert bij het zorgkantoor alleen de productie die is geleverd aan klanten, woonachtig in de regio waarvoor het zorgkantoor is aangewezen voor de uitvoering van de Wlz.
- 3. Indien een machtiging vereist is voor geleverde zorg, neemt de zorgaanbieder het betreffende machtigingsnummer dat via het VECOZO machtigingenportaal is afgegeven, op in de declaratie.
- 4. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de geleverde tandheelkundige zorg ten laste van de Wlz.
- 5. De zorgaanbieder declareert de verleende tandheelkundige zorg zoals bedoeld in artikel 3.1.1. lid 1 sub d onder 5° Wlz uitsluitend via het declaratieportaal van VECOZO bij het zorgkantoor.
- 6. De zorgaanbieder hanteert bij de declaratie de UZOVI-code behorende bij de zorgkantoorregio waarin de klant in zorg is.
- 7. De zorgaanbieder levert de declaratie via de MZ301 aan. Indien de declaratie technisch niet valide is, wordt de declaratie afgewezen en is de zorgaanbieder gehouden een nieuwe declaratie aan te leveren.
- 8. Behoudens overmacht dient de zorgaanbieder de declaratie binnen maximaal 6 maanden na afloop van de behandeldatum in.
- 9. Declaraties die meer dan 6 maanden na behandeldatum worden ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.

10. In geval van overmacht neemt de zorgaanbieder direct contact op met het zorgkantoor en dient alsnog de betreffende declaratie zo spoedig mogelijk op juiste wijze in. De partij die zich op overmacht beroept, moet dat aantonen.
11. De zorgaanbieder zal conform vigerende wetgeving, declaratieregels die zijn afgewezen, omdat zij niet voldoen aan (één van) de afgesproken bedrijfsregels, niet ter betaling aan de klant voorleggen, tenzij het gaat om zorg die niet voldoet aan tandheelkundige zorg zoals bedoeld in artikel 3.1.1. lid 1 sub d onder 5° van de Wet langdurige zorg.
12. De afhandeling van declaratieregels wordt door het zorgkantoor uitgevoerd volgens het principe dat het zorgkantoor niet overgaat tot het aanpassen van foutief aangeleverde declaratieregels en deze daarmee niet verwerkt.

Artikel 4. Declareren via derden (voor zover van toepassing)

1. Alle bepalingen uit deze algemene voorwaarden gelden – voor zover van toepassing en aangepast aan de betreffende situatie – ook voor derden. Derden dienen zich aan de betreffende bepalingen te houden. Met derden wordt bedoeld partijen die zich met een AGB-code in het veld als servicebureau identificeren in het voorlooprecord van het declaratiebericht.
2. De zorgaanbieder is vrij de gehele declaratieprocedure aan een derde uit te besteden (ongeacht de wijze waarop). De zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat het zorgkantoor formeel en schriftelijk wordt geïnformeerd dat:
 - a. de declaratiewerkzaamheden zijn uitbesteed aan een derde en welke derde;
 - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.Dit dient tenminste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie door de derde partij bij het zorgkantoor bekend te zijn gemaakt.
3. Beëindiging of wijziging van de hiervoor genoemde uitbesteding dient door de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 20 kalenderdagen, schriftelijk bij het zorgkantoor bekend gemaakt te zijn. In geval van beëindiging of wijziging dient tevens doorgegeven te worden aan wie in het vervolg betaald dient te worden.
4. De zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde de betreffende bepalingen uit deze algemene voorwaarden onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan het zorgkantoor hier niet aansprakelijk voor worden gesteld.
5. Indien de zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, blijft de zorgaanbieder te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van verplichtingen die uit deze algemene voorwaarden voortvloeien, ongeacht wat tussen de zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De zorgaanbieder vrijwaart het zorgkantoor voor het niet of niet juist naleven door een derde van de betreffende bepalingen uit deze algemene voorwaarden.
6. Betaling door het zorgkantoor aan een derde op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de zorgaanbieder, geldt als een bevrijdende betaling aan de zorgaanbieder.

Artikel 5. Herdeclareren en corrigeren van eerder digitaal aangeleverde declaratieregels

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat het herdeclareren van afgekeurde declaratieregels binnen 3 maanden na beschikbaarstelling van de retourinformatie plaatsvindt. Deze declaratieregels kunnen in een reguliere aanlevering worden meegestuurd.
2. Herdeclaraties van afgekeurde declaratieregels die meer dan 3 maanden na beschikbaarstelling van de retourinformatie worden ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.
3. In geval van overmacht neemt de zorgaanbieder direct contact op met het zorgkantoor en handelt alsnog de betreffende herdeclaraties zowel administratief als financieel zo spoedig mogelijk na afwijzing af. De partij die zich op overmacht beroept, moet dat aantonen.
4. Correcties – niet zijnde herdeclaraties van afgekeurde declaratieregels –, bestaande uit creditregels en eventueel nieuwe debetregels op eerder gedeclareerde declaratieregels, mogen pas worden ingediend

nadat retourinformatie van de originele declaratie beschikbaar is gesteld via VECOZO.

5. Correcties worden door de zorgaanbieder door middel van een creditering via de Externe Integratie standaard aangeboden.
6. Correcties – niet zijnde herdeclaraties van afgekeurde declaratieregels – betrekking hebbend op het voorgaande kalenderjaar dienen uiterlijk 1 oktober van het huidige kalenderjaar ontvangen te zijn door het zorgkantoor.

Artikel 6. Retourinformatie

1. VECOZO voert namens het zorgkantoor de technische controles (N1-N5 en een deel van N6) uit zoals beschreven in de Registratie Bedrijfs- en Controleregels (RBC) bij de betreffende Externe Integratie standaard. Indien blijkt dat een declaratie niet geheel voldoet aan deze technische specificaties, dan zal VECOZO de gehele declaratie afkeuren. In het door VECOZO opgestelde retourbericht staat/staan de geconstateerde fout(en) beschreven. Deze controle door VECOZO wordt zoveel mogelijk direct, doch uiterlijk binnen 1 werkdag na ontvangst van het declaratiebestand uitgevoerd.
2. Een door VECOZO afgewezen declaratie wordt beschouwd als niet ingediend bij het zorgkantoor en dient na correctie door de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk via VECOZO alsnog bij het zorgkantoor te worden ingediend.
3. Het zorgkantoor voert de controles (het deel van N6 dat VECOZO niet uitvoert en N7) uit zoals beschreven in de Registratie Bedrijfs- en Controleregels (RBC) bij de Externe Integratie standaard. Indien blijkt dat een declaratieregel niet voldoet aan één of meerdere van deze controles, dan zal het zorgkantoor deze declaratieregel afkeuren en retour sturen aan de zorgaanbieder.
4. Het zorgkantoor stelt conform de eisen van de Externe Integratie standaard de retourinformatie beschikbaar volgens de vigerende Externe Integratie standaard die van toepassing is op de geleverde tandheelkundige zorg ten laste van de Wlz. De retourinformatie wordt beschikbaar gesteld op basis van de bijbehorende landelijke controleset.
5. Het zorgkantoor stelt de retourinformatie met betrekking tot een verwerkte declaratie uitsluitend via VECOZO beschikbaar, in de regel binnen 5 werkdagen doch uiterlijk binnen 15 werkdagen nadat de declaratie door VECOZO is ontvangen en technisch correct bevonden.
6. De retourinformatie is tot 1 jaar na plaatsing op het portaal van VECOZO beschikbaar voor de zorgaanbieder en het zorgkantoor.

Artikel 7. Betaling

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat het zorgkantoor in het bezit is van actuele betaalgegevens zoals het bankrekeningnummer en de tenaamstelling van de rekening.
2. Het zorgkantoor stuurt, mits het rekeningnummer van de zorgaanbieder bekend is, het CAK uiterlijk binnen 8 werkdagen na verwerking van de goedgekeurde declaraties een betaalopdracht.
3. Het CAK verricht de uitbetaling van de betaalopdracht zo spoedig mogelijk na ontvangst van deze opdracht.
4. Zonder uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van het zorgkantoor is het de zorgaanbieder niet toegestaan zijn betalingsverplichting jegens het zorgkantoor te verrekenen met een vordering van hem op het zorgkantoor, uit welke hoofde dan ook. Het zorgkantoor is gerechtigd de nakoming van diens verplichtingen jegens de zorgaanbieder op te schorten, zolang de zorgaanbieder niet aan al zijn (betalings)verplichtingen uit hoofde van deze algemene voorwaarden of uit welke andere hoofde dan ook heeft voldaan. Deze opschorting geldt tot het moment waarop de zorgaanbieder alsnog zijn verplichtingen jegens het zorgkantoor volledig is nagekomen.

Artikel 8. Controles door het zorgkantoor

1. Het zorgkantoor is gerechtigd een uitbetaalde declaratie bij de zorgaanbieder (dan wel bij een derde partij indien de zorgaanbieder de declaratie in handen heeft gegeven van deze derde en het zorgkantoor aan deze derde partij heeft betaald) terug te vorderen indien er sprake is van:

- Ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties;
- Incorrecte tarieven;
- Dubbel uitbetaalde declaraties;
- Uitkomsten van Materiële Controle/Fraudeonderzoek die leiden tot terugvordering van uitbetaalde bedragen.

Het zorgkantoor kan in plaats van bedragen terug vorderen deze ook verrekenen met ingediende dan wel nog in te dienen declaraties.

2. Het zorgkantoor stelt de zorgaanbieder en - indien van toepassing - de derde partij op de hoogte van de door hem geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties ten gevolge van achterafcontroles en de wijze waarop het de terugvordering voornemens is uit te voeren.
3. Het zorgkantoor informeert de zorgaanbieder en - indien van toepassing - de derde partij schriftelijk over de correcties.
4. De zorgaanbieder heeft de mogelijkheid om binnen 30 dagen na de eerste (schriftelijke) melding bezwaar in te dienen bij het zorgkantoor tegen de voorgestelde correcties. Indien de (eventueel gedeeltelijke) onjuistheid van de terugvordering van het zorgkantoor door de zorgaanbieder is aangetoond en dit is geaccepteerd door het zorgkantoor, vervalt de vordering (gedeeltelijk).
5. De zorgaanbieder blijft te allen tijde verantwoordelijk voor de gevolgen van de controles/onderzoeken ook al wordt gebruik gemaakt van een derde bij het declareren.

Artikel 9. De verhouding tussen de Wlz-zorginstelling en de zorgaanbieder

1. De Wlz-zorginstelling als eindverantwoordelijke van de integrale zorglevering en de zorgaanbieder als haar onderaannemer maken voorafgaande aan de zorgverlening samenwerkingsafspraken over de uit te voeren werkzaamheden en de wijze waarop de Wlz-zorginstelling geïnformeerd wordt over de mondzorgverlening. Het zorgkantoor moet in staat gesteld worden om te allen tijde de afspraken te controleren en zal dat o.a. doen bij contractering van de Wlz-zorginstelling.
2. De samenwerkingsafspraken bevatten onder andere de verplichting om de door de zorgaanbieder geleverde zorg zowel vast te leggen in het klantdossier bij de Wlz-zorginstelling alsook in het klantdossier bij de zorgaanbieder zelf. Daarnaast is in die afspraken ook opgenomen dat deze algemene voorwaarden van toepassing zijn als de zorgaanbieder bij het zorgkantoor declareert.
3. De Wlz-zorginstelling wordt er verder door het zorgkantoor toe verplicht om erop toe te zien dat de zorgaanbieder de zorg verleent die het meest passend is voor de klant en dat de zorgaanbieder niet meer tijd en geen andere prestaties of meer prestaties declareert bij het zorgkantoor dan daadwerkelijk geleverd. De zorgaanbieder zal aan de uitvoering van deze taak van de Wlz-zorginstelling zijn medewerking verlenen.
4. Conform de Regeling Declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz van de NZa (zie artikel 8 lid 3 Declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2024-NR/REG-2410a) is de Wlz-zorginstelling ervoor verantwoordelijk dat de zorgaanbieder beschikt over een volledige, juiste en actuele administratie met betrekking tot de zorg die door de zorgaanbieder is geleverd. Op verzoek van de Wlz-zorginstelling maar ook van het zorgkantoor zal de zorgaanbieder de administratie met betrekking tot de geleverde zorg te allen tijde inzichtelijk kunnen maken.
5. De Wlz-zorginstelling is er verder verantwoordelijk voor dat de administratieve organisatie bij de zorgaanbieder zo is ingericht dat te allen tijde een audit-trail mogelijk is met betrekking tot de zorg die door de zorgaanbieder is geleverd.

Artikel 10. Formele en Materiële Controle en Fraudeonderzoek

1. Het zorgkantoor is bevoegd en verplicht om conform de bepalingen van de Wet langdurige zorg, het Besluit langdurige zorg en de Regeling langdurige zorg, formele en materiële controle uit te oefenen op de zorg verleend door de zorgaanbieder.
2. Het zorgkantoor voert conform de bepalingen van de Wet langdurige zorg en daarmee samenhangende regelgeving een fraudeonderzoek uit indien daar aanleiding toe bestaat.

3. De controle/het fraudeonderzoek vindt plaats met inachtneming van de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit.
4. De zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan een (materiële) controle en fraudeonderzoek.
5. Behoudens gevallen van fraude en tenzij wettelijke voorschriften anders bepalen, zal een controle niet verder teruggaan dan tot 5 jaar voorafgaande aan de datum waarop de controle bekend is gemaakt aan de zorgaanbieder. 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.
6. Indien sprake is van geconstateerde onrechtmatigheid en/of ondoelmatigheid in/van de geleverde zorg dan wel van vermoedens van fraude, dan treft het zorgkantoor maatregelen en spreekt de zorgaanbieder hierop aan. Afhankelijk van de ernst en zwaarte van het geconstateerde feit kan het zorgkantoor overwegen één of meer van de volgende maatregelen te nemen:
 - het geven van een waarschuwing;
 - terugvordering van (een deel) van het bedrag aan onrechtmatig bestempelde declaraties en de gemaakte onderzoekskosten of verrekening van de betreffende bedragen en kosten met al ingediende of nog in te dienen 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 en/of melding c.q. aangifte doen bij de bevoegde opsporingsinstanties (zoals FIOD-ECD, het Openbaar Ministerie);
 - Het beëindigen en uitsluiten van de mogelijkheid om rechtstreeks bij het zorgkantoor te declareren;
 - Het registreren van de zorgaanbieder in de door verzekeringsmaatschappijen en zorgkantoren erkende signaleringssystemen.

Artikel 11. Beheer en onderhoud gegevens in AGB-register

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het aanleveren van de juiste, meest actuele en volledige informatie aan Vektis ten behoeve van het AGB-register. Voor de zorgaanbieders die gebruik maken van het zelfserviceportaal geldt dat zij ook verantwoordelijk zijn voor het registreren, wijzigen en beheren van de in het portaal ingevoerde informatie. Ten aanzien van de AGB-codes overlegt de zorgaanbieder met het zorgkantoor. Het gaat hier om de AGB-codes van de zorgaanbieder en de uitvoerend zorgverleners/behandelaars.

Artikel 12. UBO (“Ken uw klant”) verplichtingen

1. Het zorgkantoor dient vóór het afhandelen en uitbetalen van de ingediende declaraties de Ultimate Beneficial Owner(s) (UBO('s)) en de inschrijving in het Handelsregister bij de Kamer van Koophandel (KvK) van de zorgaanbieder te verifiëren aan de hand van gegevens van de zorgaanbieder. Indien de UBO('s) van de zorgaanbieder en/of de inschrijving in het Handelsregister van de KvK door het zorgkantoor niet kan/kunnen worden vastgesteld, is de zorgaanbieder verplicht op verzoek van het zorgkantoor zijn UBO('s) te vermelden en een gewaarmerkt uittreksel van de inschrijving in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel aan het zorgkantoor ter beschikking te stellen alvorens de afhandeling van de declaraties plaatsvindt.
2. Indien gedurende de periode dat de zorgaanbieder op basis van deze algemene voorwaarden rechtstreeks declaraties indient bij het zorgkantoor, wijzigingen optreden ten aanzien van de UBO('s) van de zorgaanbieder dan is de zorgaanbieder verplicht dit onverwijld mede te delen aan het zorgkantoor.
3. De zorgaanbieder is verplicht zich te houden aan alle relevante wet- en regelgeving, waaronder maar niet beperkt tot de Sanctiewet 1977.
4. Het zorgkantoor is gerechtigd de mogelijkheid tot rechtstreeks declareren tussentijds met onmiddellijke ingang dan wel op een door het zorgkantoor nader te bepalen datum te beëindigen indien het zorgkantoor schending van de verplichtingen genoemd in dit artikel constateert. Betalingen aan de zorgaanbieder kunnen bij voornoemde schending per direct worden opgeschort.

Artikel 13. Overig

De zorgaanbieder en – indien de zorgaanbieder de declaratie in handen heeft gegeven van een derde partij – de derde partij gaan akkoord met deze algemene voorwaarden elke keer dat zij een declaratie elektronisch indienen bij het zorgkantoor en er geen sprake is van een schriftelijke zorgovereenkomst of andersoortige overeenkomst van de zorgaanbieder met het zorgkantoor.

Artikel 14. Toepasselijk recht en geschillen

Op elke betaling door het zorgkantoor via het CAK aan de zorgaanbieder/derde partij is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. Alle geschillen, voortvloeiend uit of samenhangend met deze algemene voorwaarden, zullen worden voorgelegd aan de Rechtbank te Den Haag.