



OHRA Direct  
geregeld



# Zorgovereenkomst Gewoon Gaaf

Behorend bij overeenkomstnummer 1.12.601

**CZ / OHRA / Nationale-Nederlanden**

-

**Tandartsenpraktijk**

**2019**



OHRA Direct  
geregeld

 nationale  
nederlanden



## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave -----	2
DEEL II (Algemeen Deel) van de zorgovereenkomst Gewoon Gaaf-----	3
Artikel 1. Definities-----	3
Artikel 2. Zorg-----	4
Artikel 3. Weigering zorgverlening -----	4
Artikel 4. Kwaliteit van de Zorg -----	4
Artikel 5. Praktijk- en patiëntenregistratie -----	6
Artikel 6. Informatie en gegevensuitwisseling-----	6
Artikel 7. Controle-----	7
Artikel 8. Verzekering en Vrijwaring -----	7
Artikel 9. Honorering, declaratie en betaling -----	8
Artikel 10. Hoofdelijke aansprakelijkheid-----	8
Artikel 11. Fraude-----	8
Artikel 12. Duur en einde van de zorgovereenkomst-----	9
Artikel 13. Toepasselijk recht en Geschillen -----	9
Artikel 14. Slotbepalingen-----	10
Bijlage 3: Honorering, declaratie en betaling-----	11

## DEEL II (Algemeen Deel) van de zorgovereenkomst Gewoon Gaaf

### Artikel 1. Definities

In deze zorgovereenkomst wordt verstaan onder:

- a. de Medische dienst  
de BIG-geregistreerde (para)medisch adviseur (de (tand)arts, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of apotheker) die de Zorgverzekeraar adviseert over (para)medische aangelegenheden voor zover dat ligt op zijn deskundigheidsgebied en de functionele eenheid c.q. eenheden waaraan door de medisch adviseur functioneel leiding wordt gegeven. In de functionele eenheid zijn deskundige medewerkers onder verantwoordelijkheid van de (para)medisch adviseur voor specifieke doeleinden betrokken bij de verwerking van persoonsgegevens;
- b. Onderaanneming  
er is sprake van Onderaanneming indien een Verzekerde in zorg is bij een Zorgaanbieder (de hoofdaannemer) en deze, voor (een deel van) de daadwerkelijke zorgverlening een andere zorgverlener (de onderaannemer), zijnde een andere juridische entiteit, inschakelt door (een deel van) deze zorgverlening door te contracteren aan deze andere zorgverlener;
- c. Partijen  
de Partijen die deze zorgovereenkomst zijn aangegaan;
- d. Praktijkadres(sen)  
de praktijkruimte(n) van de Zorgaanbieder;
- e. Tandheilkundig medewerkers  
alle medewerkers waarmee de Zorgaanbieder een contractuele relatie is aangegaan ten behoeve van het uitvoeren van de Zorg;
- f. Tarieven  
de, met inachtneming van het bepaalde in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG), tussen Partijen overeengekomen prijzen voor prestaties, dan wel geheel van prestaties; Zie voorts Bijlage 1 van Deel I (Praktijkgebonden Deel) van deze zorgovereenkomst;
- g. Verzekerde  
de persoon die een zorgovereenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringwet heeft gesloten met de Zorgverzekeraar, en die recht heeft op hetzij de omschreven Zorg in natura hetzij gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de omschreven Zorg;
- h. Zorg  
de door de Zorgaanbieder te verlenen mondzorg voor zover dit betrekking heeft op de in Deel I (Praktijkgebonden Deel) onder C omschreven zorg, waarop de Verzekerde op grond van de Zorgverzekeringwet van de Zorgverzekeraar een natura- of restitutieaanspraak kan doen gelden (verzekerde zorg);
- i. Zorgaanbieder  
de Zorgaanbieder, als bedoeld in rubriek B van Deel I (Praktijkgebonden Deel) van deze zorgovereenkomst.
  - Ingeval de Zorgaanbieder een natuurlijk persoon is, dan betreft het een tandarts die voor eigen rekening en risico die zorg verleent als genoemd onder h. van dit artikel en die deze zorgovereenkomst is aangegaan. De tandarts(en) voldoet/voldoen aan de volgende voorwaarden: oefent in Nederland praktijk uit en staat ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
  - Ingeval de Zorgaanbieder een instelling is (met of zonder rechtspersoonlijkheid), dan betreft het een instelling die zorg verleent als genoemd onder h. van dit artikel en die deze zorgovereenkomst is aangegaan, waarbij geldt dat de bij de instelling werkzame tandarts(en) voldoet/voldoen aan de volgende voorwaarden: oefent in Nederland praktijk uit en staat ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
- j. Zorgverzekeraar  
de Zorgverzekeraar als bedoeld in rubriek A van Deel I (Praktijkgebonden Deel) van deze zorgovereenkomst.

## **Artikel 2. Zorg**

1. De Zorgaanbieder verbindt zich de Zorg of een nader overeengekomen deel daarvan te verlenen aan de Verzekerde die als zodanig recht heeft op de Zorg en zich tot hem wendt. De Zorgaanbieder verleent de Zorg met inachtneming van de relevante bepalingen die bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, overige relevante wet- en regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden van de Zorgverzekeraar aan de Zorg worden gesteld, alsmede met hetgeen Partijen hieromtrent bij of krachtens deze zorgovereenkomst zijn overeengekomen.
2. De Zorgaanbieder levert de in lid 1 van dit artikel genoemde Zorg voor zover de Verzekerde daar redelijkerwijs op is aangewezen. De inhoud en omvang van de Zorg wordt mede bepaald door de stand van wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. De Zorgaanbieder levert de Zorg onder zijn verantwoordelijkheid aan de Verzekerde, eventueel tezamen met Tandheelkundig medewerkers en Onderaannemers (alle bevoegd en bekwaam om de Zorg te verlenen). De Zorgaanbieder, Tandheelkundig medewerker en Onderaannemer dienen te handelen overeenkomstig de bepalingen uit Bijlage 2 van Deel I (Praktijkgebonden Deel).
4. Partijen leggen schriftelijk vast welke beroepsbeoefenaren en hulppersoneel aan de Zorgaanbieder verbonden zijn en welke bijdrage zij verlenen aan de Zorg.
5. Bij Onderaanneming is de Zorgaanbieder te allen tijde verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg verleend door de Onderaannemer. Dit impliceert onder andere dat:
  - de Zorgaanbieder gehouden is alle verplichtingen die uit deze zorgovereenkomst voortvloeien voor zover mogelijk ook in de afspraken met de Onderaannemer op te nemen;
  - de Zorgaanbieder ervoor zorgt dat de verlening van de Zorg door de Onderaannemer hetzelfde kwaliteitsniveau heeft als waarvoor de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar is gecontracteerd;
  - de Zorgaanbieder de Zorg verleend door een Onderaannemer zelf bij de Zorgverzekeraar declareert; en
  - de Zorgaanbieder aansprakelijk is voor klachten, uitkomsten van inspectierapporten en achterafcontroles als bedoeld in artikel 7 (Controle) van deze zorgovereenkomst, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij een onderaannemer de daadwerkelijke Zorg heeft verleend.
6. De Zorgaanbieder verleent de Zorg aan de Verzekerde door middel van aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren die bevoegd en bekwaam zijn de Zorg te verlenen. Zij kunnen zich laten bijstaan door het voor de Zorgaanbieder werkzame hulppersoneel.
7. De aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren hebben met betrekking tot de beroepsinhoudelijke aspecten jegens de Zorgverzekeraar en eventuele verwijzers en voorschrijvers een eigen verantwoordelijkheid conform hetgeen bij of krachtens de (beroeps)wetgeving ten aanzien van de betrokken beroepsgroepen ofwel de desbetreffende Zorg is geregeld, als ook conform hetgeen gebruikelijk is in de kring van de vrijgevestigde beroepsgenoten. Desgewenst kunnen Zorgverzekeraar en beroepsbeoefenaar ten aanzien van vorenbedoelde aspecten elkaar rechtstreeks aanspreken.
8. Uitgesloten van deze zorgovereenkomst zijn de tandheelkundige behandelingen onder algehele anesthesie, lachgassedatie en orale sedatie.

---

## **Artikel 3. Weigering zorgverlening**

De Zorgaanbieder kan de Zorg weigeren of de aangevragen Zorg voortijdig beëindigen indien er gewichtige redenen bestaan op grond waarvan (voortgezette) verlening van de Zorg redelijkerwijs niet van hem kan worden verlangd, ondanks het (voort)bestaan van een indicatie op voorwaarde dat en er geen sprake is van een spoedeisende situatie of een noodsituatie. In geval van weigering of beëindiging van de verlening van Zorg doet de Zorgaanbieder schriftelijk - zo mogelijk vooraf - mededeling aan de Verzekerde van de weigering c.q. beëindiging en de redenen die daaraan ten grondslag liggen. De Zorgaanbieder neemt waar nodig en met toestemming van de Verzekerde tevens contact op met de Zorgverzekeraar teneinde gezamenlijk te trachten (de continuïteit van) de verlening van Zorg te waarborgen.

---

## **Artikel 4. Kwaliteit van de Zorg**

### **A. Algemene voorwaarden**

1. De Zorgaanbieder verplicht zich jegens de Zorgverzekeraar om bij het leveren van de Zorg de eisen in acht te nemen die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs

aan de te leveren Zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de voor de Zorgaanbieder relevante wet- en regelgeving, waaronder (maar niet uitsluitend) de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wgbo), de Wet BIG, de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en handelt conform de eisen gesteld in deze zorgovereenkomst.

## **B. Werkwijze Gewoon Gaaf**

De Zorgaanbieder zorgt ervoor dat de bedrijfsvoering en fysieke praktijk is ingericht op het verlenen van mondzorg middels de Gewoon Gaaf-methode zoals vastgelegd in dit artikel. De volgende werkwijzen moeten worden gehanteerd door de Zorgaanbieder:

1. De nadruk van de mondzorg ligt op preventie en individuele maatwerkbenadering die op basis van risico-inschatting van de Verzekerde vorm krijgt. Als leidraad gelden de meest recente adviezen “Advies Cariëspreventie” en “Advies Preventie fissuurcariës” van Ivoren Kruis.
2. De ouders / verzorgers worden waar mogelijk betrokken bij de behandeling en het motiveren van adequate zelfzorg van hun kinderen c.q. de Verzekerden.
3. De interval tussen twee preventieve bezoeken wordt individueel bepaald op basis van risico-inschatting. Deze is gebaseerd op het niveau van zelfzorg, de mondhygiëne, de doorbraakfase van blijvende elementen en de cariësontwikkeling in het gebit in het algemeen en de blijvende molaren in het bijzonder.
4. De bepaling van de behandelinterval wordt bepaald met behulp van het stappenplan, zoals vernoemd op de website van het Ivoren Kruis. De resultaten hiervan worden duidelijk gedocumenteerd in het behandeldossier van de Verzekerde. Klinische bevindingen worden per bezoek vastgelegd.
5. Waar fluoride-applicaties worden gegeven, zijn deze op indicatie en in lijn met de Gewoon Gaaf-methode.
6. De tandarts is verantwoordelijk voor de diagnostiek, het bepalen van de risico-inschatting en het bepalen van de behandelinterval en dient deze zelf bij iedere periodieke controle uit te voeren. De poetsinstructie en verdere voorlichting kunnen door alle daartoe geschoolde Tandheelkundig medewerkers worden uitgevoerd.

## **C. Scholing**

Zorgaanbieder draagt zorg voor scholing van alle Tandheelkundig medewerkers die betrokken zijn bij de directe zorgverlening aan de Verzekerden. Scholing bestaat uit trainingen of cursussen die betrekking hebben op:

- Motivational interviewing;
- Preventieve mondzorg;
- Gewoon Gaaf;
- Een cursusdag uit de Preventie Academie van het Ivoren Kruis.

## **D. Privacy en dossiervorming**

1. De Zorgaanbieder registreert en bewaart op zorgvuldige wijze van elke Verzekerde de gegevens. De gegevens dienen te worden geregistreerd en beheerd volgens de Wgbo en de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
2. Het doorgeven van gegevens aan derden zonder toestemming van de Verzekerde is verboden behoudens indien de verstrekking van de gegevens plaatsvindt met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.

## **E. Patiëntbejegening**

De Zorgaanbieder geeft, conform hetgeen hieromtrent in relevante wet- en regelgeving is bepaald, de Verzekerde voorlichting over de te verlenen Zorg. Hiertoe worden uitdrukkelijk ook de financiële aspecten van de Zorg gerekend die van belang zijn voor de Verzekerde. Daarnaast dient ook duidelijk te zijn voor de Verzekerde wie de behandeling uitvoert en wat de functie van de Tandheelkundig medewerker is.

## **F. Continuïteit**

1. De Zorgaanbieder treft voorzieningen die nodig zijn voor een continue verlening van Zorg en meldt omstandigheden die de continuïteit in gevaar brengen onverwijld aan de Zorgverzekeraar.
2. In geval de Zorgaanbieder of, indien de Zorgaanbieder een instelling is, een aan hem verbonden beroepsbeoefenaar krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG of het Wetboek van

Strafrecht is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, dan wel hem de uitoefening van zijn beroep is ontzegd en dit gevolgen heeft voor de te leveren Zorg door de Zorgaanbieder aan de Verzekerden en/of dit gevolgen heeft voor de kwaliteit van de Zorg, meldt hij dit onverwijld aan de Zorgverzekeraar. Indien de Zorgverzekeraar toestaat dat de Zorgaanbieder gedurende de schorsing c.q. ontzegging wordt waargenomen, is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor regeling van een adequate waarneming.

3. De Zorgaanbieder stelt de Zorgverzekeraar direct in kennis en verstrekt een (voor zover relevant, geanonimiseerd) afschrift van ieder (niet) openbaar rapport van de IGJ dat de Zorgaanbieder betreft voor zover relevant voor de uitvoering van de zorgovereenkomst.

#### **G. Praktijkvoering en praktijkruimte**

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een goede organisatie van zijn praktijk.
2. De Zorgaanbieder verleent de zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte, die voor de Verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is.
3. Deze zorgovereenkomst is praktijkadres gebonden. De Zorgaanbieder verleent de Zorg op het (de) in Deel I (Praktijkgebonden Deel) van deze zorgovereenkomst genoemde praktijkadres(sen). De Zorgaanbieder zal dit praktijkadres slechts wijzigen na vooraf verkregen goedkeuring van de Zorgverzekeraar.

---

#### **Artikel 5. Praktijk- en patiëntenregistratie**

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en patiëntenregistratie.
2. De Zorgaanbieder registreert de volgende patiënten- en zorgverleningsgegevens:
  - a. naam, adres, geboortedatum, en inschrijfnummer van de Verzekerde;
  - b. het burgerservicenummer (indien toegestaan op grond van wet- en regelgeving) van de Verzekerde;
  - c. de naam van de huisarts of medisch specialist die de Verzekerde naar de Zorgaanbieder verwees;
  - d. het aantal behandelingseenheden;
  - e. de data waarop de behandelingen zijn gegeven;
  - f. behandeling in praktijk;
  - g. de naam van de behandelend zorgverlener;
  - h. het resultaat van het onderzoek;
  - i. de inhoud van het behandelplan;
  - j. het verloop van de behandeling;
  - k. het evaluatieverslag t.b.v. de verwijzer.
3. Onverlet hetgeen ter zake in de wetgeving is bepaald, wordt de originele patiëntenregistratie ten minste vijf jaar na afloop van het betreffende kalenderjaar bewaard. Deze blijft, met inachtneming van het bepaalde in Artikel 7 (Controle) van deze zorgovereenkomst, voor de Medische dienst van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze zorgovereenkomst een einde heeft genomen.

---

#### **Artikel 6. Informatie en gegevensuitwisseling**

1. Partijen verschaffen elkaar gevraagd en ongevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in deze zorgovereenkomst aangegane verplichtingen.
2. Partijen behandelen de (persoons)gegevens van de betrokken Verzekerden en de Zorgaanbieders op wie die gegevens betrekking hebben die zij uitwisselen en onderling ter beschikking stellen vertrouwelijk en met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
3. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het vullen, en daarna het actueel, correct en volledig houden van zijn eigen persoons- en praktijkgegevens via de InvoerModule Zorg. De gegevens worden gepresenteerd in Zorgvinden op de websites van de Zorgverzekeraar.
4. De Zorgverzekeraar spant zich in om een bijeenkomst te organiseren voor gecontracteerde partijen waarbij intervisie en verdere ontwikkeling van preventieve mondzorg mogelijk wordt gemaakt, mogelijke problemen en / of knelpunten van de pilot worden geïnventariseerd en waarin men elkaar op de hoogte kan houden van de ontwikkelingen.



5. De Zorgaanbieder maakt het voor de Medische Dienst van de Zorgverzekeraar mogelijk om (een deel van) geanonimiseerde (niet tot personen herleidbare) dossiers van de zorgverlening in te zien ten behoeve van gezamenlijke bespreking en monitoring van de zorgverlening.
  6. De Zorgverzekeraar verstrekt periodiek (minimaal eenmaal per jaar) een overzicht waarin de declaratietrends omtrent preventieve en restauratieve verrichtingen worden getoond en waarbij een vergelijking wordt gemaakt met de gemiddelde bij de Zorgverzekeraar declarerende praktijk.
- 

### **Artikel 7. Controle**

1. De Zorgverzekeraar kan een controle uitoefenen ten aanzien van de uitvoering van deze zorgovereenkomst door de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder dient hier zijn medewerking aan te verlenen. De Zorgverzekeraar kan de controle uitvoeren al dan niet naar aanleiding van een vermoeden van niet (juiste) nakoming van de in onderhavige zorgovereenkomst opgenomen verplichtingen door de Zorgaanbieder. De Zorgverzekeraar meldt schriftelijk een voorgenomen controle bij de Zorgaanbieder ten minste 14 dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden, tenzij er reden is van die termijn af te wijken.
  2. De Zorgverzekeraar kan periodiek formele en materiële controles uitvoeren conform de vigerende wet- en regelgeving, waaronder de Regeling Zorgverzekering. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van een dergelijke controle de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens in acht, alsmede de (nadere) regels die worden gesteld in artikel 87 Zorgverzekeringswet en, ten aanzien van de formele en materiële controle, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering.
  3. De controle als bedoeld in lid 1 en 2 van dit artikel zal niet onnodig belastend zijn voor de Zorgaanbieder en zich niet verder uitstreken dan voor het doel van de controle noodzakelijk is.
  4. De Zorgverzekeraar meldt een voorgenomen controle bij de Zorgaanbieder ten minste 14 dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden tenzij er reden is van die termijn af te wijken. Reden om daarvan af te wijken is in ieder geval aan de orde in het geval onderzoek niet langer kan wachten omdat dit schadelijk is voor de Zorgverzekeraar of de Verzekerden of indien de onregelmatigheden door langer wachten niet of moeilijk zijn aan te tonen. Indien serieuze vermoedens van malversaties bestaan, zorgt de Zorgaanbieder dat de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar onmiddellijk na aankondiging van een controle toegang tot praktijk- en patiëntenregistratie van de Zorgaanbieder krijgen.
  5. De Zorgaanbieder is op grond van artikel 7.4 lid 2 van de Regeling zorgverzekering verplicht medewerking te verlenen aan een materiële controle die wordt uitgevoerd overeenkomstig de Regeling zorgverzekering. Dit houdt onder andere in dat de Zorgaanbieder de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar ter uitvoering van de controle in de praktijk toe dient te laten. Tevens is de Zorgaanbieder verplicht de bevoegde medewerkers die uitvoering geven aan de controle(s) behulpzaam te zijn voor zover dat redelijkerwijs mag worden verwacht, waartoe uitdrukkelijk wordt gerekend dat de Zorgaanbieder desgevraagd actieve medewerking verleent aan het daadwerkelijk toegang verschaffen van de praktijk- en patiëntenregistratie.
  6. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de aanspraken van verzekerden is de Zorgaanbieder gehouden de Medische dienst van de Zorgverzekeraar met inachtneming van de daarvoor geldende wettelijke voorschriften inzage te geven in de medische dossiers van de Verzekerden. Op verzoek van de Zorgverzekeraar worden deze dossiers op beveiligde wijze (versleuteld), zoals bijvoorbeeld middels Cryptshare, door de Zorgaanbieder aan de Zorgverzekeraar beschikbaar gesteld.
  7. De Zorgverzekeraar zal de Zorgaanbieder binnen twee maanden na de controledatum schriftelijk in kennis stellen van zijn controlebevindingen en de Zorgaanbieder binnen redelijke termijn de gelegenheid geven daarop schriftelijk te reageren (hoor en wederhoor).
- 

### **Artikel 8. Verzekering en vrijwaring**

1. De Zorgaanbieder sluit een adequate beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering af die voldoende dekking biedt. Daarnaast garandeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar dat eenzelfde soort verzekering is gesloten voor de door of vanwege de Zorgaanbieder ingeschakelde (rechts)personen die in het kader van deze zorgovereenkomst Zorg verlenen maar niet onder de dekking van eerstgenoemde verzekering vallen. De Zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de Zorgverzekeraar een kopie van de polis en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekeringen.



2. Indien de Zorgverzekeraar door een derde, waaronder maar niet uitsluitend de (nabestaande van de) Verzekerde, aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de nakoming van de verplichting om Zorg te leveren waarop de Verzekerde aanspraak heeft, vrijwaart de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar terzake van door hem geleden schade als gevolg van de aanspraak van deze derde, ongeacht of de Zorgaanbieder zelf tekort is geschoten dan wel dat de tekortkoming voor rekening van de Onderaannemer is.

---

### **Artikel 9. Honorering, declaratie en betaling**

De door Partijen overeengekomen declaratie- en betalingsverplichtingen zijn opgenomen in Bijlage 3: Honorering, declaratie en betaling. Deze Bijlage maakt integraal onderdeel uit van deze zorgovereenkomst.

---

### **Artikel 10. Hoofdelijke aansprakelijkheid**

1. Indien de Zorgaanbieder die deze zorgovereenkomst aan is gegaan de rechtsvorm van een maatschap of een vof heeft, zijn de maten respectievelijk vennoten ieder hoofdelijk aansprakelijk voor de verplichtingen die voortvloeien uit deze zorgovereenkomst. Indien de Zorgverzekeraar aan haar verplichtingen voortvloeiende uit deze zorgovereenkomst voldoet jegens één van de maten dan wel vennoten, gelden deze verplichtingen als geheel voldaan jegens de Zorgaanbieder en kunnen afzonderlijke maten of vennoten geen vorderingen instellen voor de nakoming van (een deel) van deze verplichtingen door de Zorgverzekeraar.
2. De Zorgverzekeraar kan niet gebonden worden door onderlinge afspraken tussen de maten of vennoten, met betrekking tot de onderlinge verdeling dan wel afdwingbaarheid van uit de zorgovereenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen.

---

### **Artikel 11. Fraude**

1. De Zorgverzekeraar kan een fraude onderzoek uitvoeren conform artikel 7.10 Regeling Zorgverzekering.
2. Onder fraude wordt verstaan de situatie waarin de Zorgaanbieder valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen ten nadele van bij de totstandkoming of uitvoering van een zorgovereenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de Verzekerde dan wel de Zorgaanbieder (of aan de Zorgaanbieder verbonden personen) geen recht heeft of recht kan hebben.
3. De Zorgaanbieder verliest bij door hem gepleegde fraude het recht op vergoeding uit hoofde van deze zorgovereenkomst (betreffende het gedeelte waarop de fraude betrekking heeft), ongeacht de geleverde Zorg.
4. In geval van fraude kan de Zorgverzekeraar naar eigen keuze in ieder geval een of meerdere van de hierna beschreven maatregelen treffen:
  - a. de ten onrechte uitgekeerde betalingen en gemaakte onderzoekskosten terugvorderen;
  - b. deze zorgovereenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
  - c. registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
  - d. een klacht indienen bij het een tuchtrechtelijke instantie waarbij de Zorgaanbieder is aangesloten;
  - e. melding c.q. aangifte doen bij enige opsporingsdienst en/of het Openbaar Ministerie.
5. De in lid 3 van dit artikel beschreven sancties laten het recht van de Zorgverzekeraar om nakoming, beëindiging en/of schadevergoeding te vorderen onverlet.
6. De Zorgverzekeraar spant zich in om onterechte declaraties en fraude in de zorg zoveel mogelijk te bestrijden. Om die reden legt de Zorgverzekeraar (persoons)gegevens vast en kan de Zorgverzekeraar de gegevens delen met bevoegde derden waarmee de Zorgverzekeraar samenwerkt in het kader van veiligheid en integriteit van de Zorgverzekeraar en de branche.

## **Artikel 12. Duur en einde van de zorgovereenkomst**

1. De zorgovereenkomst treedt in werking en eindigt op de in deel I (Praktijkgebonden Deel) onder rubriek E van deze zorgovereenkomst genoemde data.
2. De zorgovereenkomst eindigt tussentijds en zonder dat schriftelijke opzegging is vereist:
  - a. met wederzijds goedvinden;
  - b. indien de Zorgaanbieder een instelling is in de zin van de WTZi: indien de toelating van de Zorgaanbieder op grond van de WTZi is ingetrokken of indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de WTZi of indien na het vervallen van de WTZi niet binnen de voor de Zorgaanbieder geldende termijn zoals gesteld in de Wtza een toelating wordt verleend op grond van de Wtza;
  - c. indien de zorgaanbieder een instelling is in de zin van de Wtza: indien de toelating van de Zorgaanbieder op grond van de Wtza is ingetrokken of indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de WTZa.
3. Naast de wettelijke beëindigingsgronden kan de zorgovereenkomst verder met onmiddellijke ingang zonder rechterlijke tussenkomst, geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:
  - a. door een der Partijen als de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling verkrijgt;
  - b. door een der Partijen als de wederpartij zich in staat van kennelijk onvermogen om aan zijn financiële verplichtingen te voldoen bevindt of het onderwerp is van een procedure tot faillissement, gerechtelijk akkoord, vereffening, beslaglegging waardoor de verlening van Zorg (mogelijk) in gevaar komt of van elke andere soortgelijke procedure;
  - c. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een natuurlijk persoon is: door faillissement of overlijden van de Zorgaanbieder of indien de persoon is toegelaten tot de Wsnp;
  - d. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een rechtspersoon is: door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon;
  - e. door de Zorgverzekeraar als de onderneming van of de beroepsuitoefening door de Zorgaanbieder beëindigd wordt dan wel ontbonden of (een deel daarvan) aan een derde wordt overgedragen en hiervoor voorafgaand geen instemming is gegeven door de Zorgverzekeraar;
  - f. door de Zorgverzekeraar indien de zeggenschapsverhouding binnen de instelling van de Zorgaanbieder naar het oordeel van de Zorgverzekeraar significant wijzigt door bijvoorbeeld overdracht van aandelen, omzetting, splitsing of fusie, tenzij de Zorgverzekeraar na voorafgaand overleg hiertegen geen bezwaar heeft;
  - g. door een der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit de zorgovereenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een controle;
  - h. door een der Partijen, als de wederpartij in een situatie van overmacht verkeert en aan te nemen is dat deze langer zal duren dan dertig kalenderdagen;
  - i. indien de Zorgaanbieder is doorgehaald in het toepasselijke beroepenregister;
  - j. als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, dwang of bedreiging.
4. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging van deze zorgovereenkomst op grond van één van de situaties zoals genoemd in lid 2 en 3 van dit artikel, geen schadevergoeding uit welke hoofde dan ook aan de Zorgaanbieder verschuldigd.
5. Als wettelijke wijzigingen of andere Partijen bindende beslissingen aanpassing van deze zorgovereenkomst noodzakelijk maken, treden Partijen zo snel mogelijk met elkaar in overleg om de bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Dit met inachtneming van de oorspronkelijke bedoeling van Partijen. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt, kan elk der Partijen de zorgovereenkomst met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden opzeggen. Tussenkomst van de rechter is hier niet noodzakelijk.
6. De opzegging van de zorgovereenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling, geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
7. Rechten en plichten die naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van deze zorgovereenkomst voort te duren, blijven na beëindiging van deze zorgovereenkomst bestaan. Tot deze verplichtingen behoren onder meer aansprakelijkheid en geheimhouding.

---

## **Artikel 13. Toepasselijk recht en Geschillen**

1. Op deze zorgovereenkomst is het Nederlandse recht van toepassing.
2. Partijen zullen zich tot het uiterste inspannen om de uit deze zorgovereenkomst voortvloeiende geschillen in gezamenlijk overleg tot een oplossing te brengen. Voor zover dit niet mogelijk blijkt te



zijn, kunnen geschillen worden voorgelegd aan de Nederlandse burgerlijke rechter of de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering.

---

#### **Artikel 14. Slotbepalingen**

1. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om een zorgovereenkomst die is voorzien van doorhalingen en/of mededelingen van de Zorgaanbieder van welke aard dan ook, als ongeldig te beschouwen. Indien de Zorgverzekeraar van dit recht gebruikmaakt, zal zij de Zorgaanbieder daarvan schriftelijk in kennis stellen. In dat geval zal de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder eenmalig de zorgovereenkomst alsnog toezenden en in de gelegenheid stellen binnen een termijn van drie weken door ondertekening en terugzending aan de Zorgverzekeraar de zorgovereenkomst alsnog tot stand te brengen.
2. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar is het de Zorgaanbieder, met uitzondering van het vestigen van pandrechten niet toegestaan rechten en verplichtingen uit deze zorgovereenkomst geheel dan wel gedeeltelijk over te dragen aan derden of door derden te laten overnemen. Aan de toestemming kan de Zorgverzekeraar voorwaarden verbinden.
3. Ten aanzien van communicatieuitingen (zoals reclame) geldt:
  - a. het is de Zorgaanbieder toegestaan het beeldmerk van de Zorgverzekeraar te gebruiken in communicatieuitingen zolang het gebruik plaatsvindt in overeenstemming met het beleid van de Zorgverzekeraar. Het beleid inzake het gebruik van het logo is te vinden op de website van de Zorgverzekeraar;
  - b. indien (het logo van) de Zorgverzekeraar in communicatieuitingen van de Zorgaanbieder wordt gebruikt of genoemd, mag dit gebruik geen verband houden met doelen die niet verenigbaar zijn met het beleid en doelstellingen van de Zorgverzekeraar. Tevens mag het gebruik niet leiden tot verwarring bij de Verzekerden ten aanzien van onder andere de vergoeding van Zorg of de kosten van het zorggebruik.
4. Indien één of meerdere bepalingen van deze zorgovereenkomst nietig of onverbindend zijn, zullen de overige bepalingen van de zorgovereenkomst van kracht blijven. Partijen zullen over de bepalingen welke nietig zijn of onverbindend zijn, overleg plegen teneinde een vervangende regeling te treffen, zodanig dat in zijn geheel de strekking van deze zorgovereenkomst behouden blijft.
5. Op deze zorgovereenkomst zijn de algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in welke vorm dan ook, uitdrukkelijk niet van toepassing.
6. Het niet terstond uitoefenen van enig recht dat de Zorgverzekeraar op grond van de wet of deze zorgovereenkomst heeft zal in geen geval worden geacht te zijn het doen van afstand van dat recht door de Zorgverzekeraar.

### Bijlage 3: Honorering, declaratie en betaling

1. De Zorgaanbieder maakt bij zijn declaraties aan de Zorgverzekeraar uitsluitend gebruik van de omschrijvingen en codenummers van prestaties als vermeld in de vigerende NZa Tariefbeschikking Tandheelkundige zorg conform de meest recente Beleidsregel Tandheelkundige zorg.
2. De Zorgaanbieder declareert tot aan 100% van de tarieven zoals deze in de NZa tariefbeschikking tandheelkundige zorg staan.
3. De Zorgverzekeraar past een honorariumdifferentiatie toe op de door de Zorgaanbieder ingediende declaraties conform de percentages bij de prestatieverrichtingen in Bijlage 1 van Deel I (Praktijkgebonden Deel).
4. De Zorgverzekeraar zorgt ervoor dat de honorariumdifferentiatie wordt toegepast en periodiek wordt uitgekeerd waarbij er een afrondingsverschil van € 0,02 per gedeclareerde prestatie voor kan komen.
5. De honorariumdifferentiatie zoals genoemd in Bijlage 1 van Deel I (Praktijkgebonden Deel) wordt toegepast op de declaraties met een behandeldatum die binnen de overeengekomen periode ligt, zoals genoemd bij rubriek E van Deel I (Praktijkgebonden Deel) van deze overeenkomst.
6. De honorariumdifferentiatie zoals genoemd in Bijlage 1 van Deel I (Praktijkgebonden Deel) geldt niet voor Third Party Administration (TPA-)verzekerden en verdragsverzekerden.
7. Indien prestaties waarover differentiatie is uitgekeerd, worden gecrediteerd, zal deze differentiatie verrekend worden met toekomstige differentiaties of met toekomstige reguliere declaraties.
8. De honorariumdifferentiatie zoals genoemd in Bijlage 1 van Deel I (Praktijkgebonden Deel) wordt uitgekeerd over alle declaraties die ingediend zijn tot drie maanden na de einddatum van de zorgovereenkomst, met inachtneming van lid 5 van deze bijlage.
9. De honorariumdifferentiatie zoals genoemd in Bijlage 1 van Deel I (Praktijkgebonden Deel) wordt alleen uitgekeerd over declaraties die rechtstreeks, dan wel via een factoringbedrijf, worden ingediend bij de Zorgverzekeraar.
10. De Zorgaanbieder verleent de Zorg, die in deze overeenkomst wordt omschreven, zonder enige betaling voor de Zorg door de Verzekerde. Uitzondering hierop vormt de situatie waarin een Verzekerde uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen. In dat geval brengt de Zorgaanbieder de Zorg in rekening bij de Verzekerde conform de vigerende NZa Tariefbeschikking Tandheelkundige / Orthodontische zorg conform de meest recente Beleidsregel Tandheelkundige / Orthodontische zorg.
11. Naast bovenstaande bepalingen gelden de (de meest recente) betaalvoorwaarden CZ, Nationale-Nederlanden en OHRA voor het rechtstreeks declareren door zorgaanbieder mondzorg zonder zorgovereenkomst (**Algemene Betalingsvoorwaarden**) zoals gepubliceerd op de website van de Zorgverzekeraar. Waar de bepalingen uit de Algemene Betalingsvoorwaarden in strijd zijn met de bepalingen uit deze overeenkomst, zullen de bepalingen uit deze overeenkomst prevaleren boven de Algemene Betalingsvoorwaarden.

De Algemene Betalingsvoorwaarden zijn te vinden op:  
<https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorgaanbieders>, onder menu Mondzorg, bij Downloads.