

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, als erfgenaam van C te B, vertegenwoordigd door D te E, en IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak	: Mondzorg, ongeval, bijzondere tandheelkunde, implantaatbehandeling, extracties, brug, schadevergoeding
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, artt. 6:237 en 7:960 BW
Zaaknummer	: 202201930
Zittingsdatum	: 13 september 2023

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, als erfgenaam van C te B, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door D te E,

en

IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 12 mei 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 mei 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 27 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 juni 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 19 juli 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023026292) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 juli 2023 aan partijen gezonden. Bij brief van 17 augustus 2023 heeft verzoekster de commissie aanvullende informatie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 18 augustus 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 september 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoekster in de gelegenheid gesteld het verslag van haar tandheekkundig adviseur van 22 maart 2023 alsmede alle door deze adviseur verzonden facturen over te leggen. Bij e-mailberichten van 13 september 2023 heeft verzoekster de gevraagde informatie gestuurd. Afschriften van de door de commissie ontvangen stukken zijn op 15 september 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brieven van 18 september 2023 en 25 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Afschriften van beide reacties zijn aan verzoekster gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede kopieën van de stukken van 13 september 2023, 18 september 2023 en 25 september 2023, zijn op 26 september 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 19 juli 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 18 oktober 2023 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie van dit advies is op 19 oktober 2023 aan partijen gestuurd die daarbij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben zij geen gebruik gemaakt.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Extra Zorg 2 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzekerde is op 3 februari 2022 gevallen met de fiets, waardoor schade is ontstaan aan het voorfront. Op 24 februari 2022 is ten behoeve van verzekerde een aanvraag gedaan voor een tandheelkundige behandeling, onder andere bestaande uit extractie van (de wortel van) de elementen 11 en 21, vervaardiging van een immediaatprothese, het aanbrengen van implantaten ter plaatse van de elementen 11 en 21, en het vervaardigen en plaatsen van een brug 11-21, een en ander ten laste van de zorgverzekering. Op 24 maart 2022 werd deze aanvraag door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Hierna is op 31 maart 2022 een nieuwe aanvraag ten behoeve van verzekerde gedaan, voor dezelfde tandheelkundige behandeling, maar nu ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Ook deze aanvraag werd door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Op 19 april 2022 is verzocht om heroverweging van de afwijzende beslissingen. Op 4 mei 2022 deelde de ziektekostenverzekeraar mee bij zijn standpunt te blijven, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij brief van 16 mei 2022 heeft de behandelend tandarts/implantoloog de ziektekostenverzekeraar gevraagd verzekerde op te roepen voor het spreekuur van de tandheelkundig adviseur. Bij deze brief was een 'Aanvraag ongevallen' gevoegd. Op 23 mei 2022 volgde hierop een afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de zorgverzekering.
- 3.3. Bij brief van 15 september 2022 heeft verzekerde de ziektekostenverzekeraar gevraagd zijn afwijzende beslissing inzichtelijk te maken. Omdat een reactie uitbleef, volgde op 30 september 2022 een eerste rappelbrief, op 11 oktober 2022 een tweede, en op 21 oktober 2022 een derde. Ook op deze rappelbrieven werd door de ziektekostenverzekeraar niet gereageerd, waarna verzekerde zich heeft gewend tot de SKGZ. Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekering heeft weliswaar geleid tot excuses voor het uitblijven van een reactie op de hiervoor aangehaalde brieven, maar overigens niet tot een andere uitkomst.
- 3.4. Verzekerde is op 16 januari 2023 overleden.
- 3.5. Bij brief van 19 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 18 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### 4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar de kosten van alle tandheelkundige behandelingen ten behoeve van verzekerde alsnog vergoedt, verhoogd met de wettelijke rente vanwege de vertraging;
  - (ii) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de geraadpleegde tandheelkundig adviseurs vergoedt;
  - (iii) de ziektekostenverzekeraar wordt veroordeeld in de kosten van de procedure, waaronder begrepen een redelijk salaris voor de gemachtigde.
- 4.2. In dit verband stelt verzoekster dat verzekerde aanspraak had op vergoeding van de in het geding zijnde kosten ten laste van de afgesloten verzekering. Hierbij verwijst zij naar standpunten en verklaringen van de behandelend tandarts/implantoloog en de geraadpleegde tandheelkundig adviseurs.

Volgens de behandelend tandarts/implantoloog geeft het feit dat er in 2019 ook al een trauma was, alleen méér recht op vergoeding. Als gevolg van dat trauma is waarschijnlijk wortelresorptie opgetreden en kan door ongemerkt losraken van het kroon- en brugwerk secundaire cariës zijn ontstaan. Zijns inziens is de afwijzing op basis van de aangevoerde argumenten daarom niet terecht.

De geraadpleegde tandheelkundig adviseurs zijn in de eerste plaats van mening dat de afwijzingen niet inzichtelijk zijn. Onduidelijk is welke medisch tandheelkundige informatie bij de beoordeling is betrokken, door wie deze beoordeling werd uitgevoerd, en welke richtlijnen, convenanten en statuten hierbij zijn gehanteerd. Voorts is de betekenis van de bij de afwijzing gehanteerde lettercombinaties (A39, A120, A11 en A60) niet helder. Voor zover het standaard afwijsgrounded betreft is niet duidelijk hoe deze aan de individuele situatie van verzekerde zijn gerelateerd. Gesteld is dat de aangevraagde zorg te voorzien was, maar die terminologie komt niet voor in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Verder zijn kleurenfoto's opgevraagd. Dit is echter niet overeenkomstig de richtlijn Tandletsel van de KNMT, en behoort daarmee niet tot de professionele standaard bij de behandeling van tandheelkundig letsel door een ongeval. Het opvragen van de foto's is bovendien in strijd met het subsidiariteitsbeginsel, omdat het verslag van de SEH in combinatie met de röntgenfoto's de aard en omvang van de ongevalsschade al voldoende in beeld brengen. Door (ook) kleurenfoto's op te vragen werpt de ziektekostenverzekeraar een onnodig hoge drempel op.

Verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar inhoudelijk op de voorgaande stellingen had moeten reageren en dat hij daartoe contact had moeten opnemen met de behandelend tandarts/implantoloog en de geraadpleegde tandheelkundig adviseurs. In plaats daarvan heeft hij aangevoerd dat verzoekster alleen vergoeding van schade heeft geclaimd, en dat voor toekenning hiervan geen grond bestaat, omdat door verzoekster geen schade zou zijn geleden. Die financiële schade is er echter wel degelijk, en betreft niet alleen de kosten van de door verzekerde ondergane - en betaalde - tandheelkundige behandeling, maar ook de andere onderdelen van haar verzoek.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster benadrukt dat de val met de fiets in 2022 de oorzaak was van de ontstane gebitsschade en dat de behandelingen die nadien zijn uitgevoerd er uitsluitend op waren gericht deze schade te herstellen. Misschien dat bij verzekerde ten tijde van het ongeval sprake was van enige vorm van cariës, maar hiervoor was hij niet onder behandeling en er waren ook geen behandelingen ingepland. Voor zover de ziektekostenverzekeraar stelt dat de implantaatbehandeling onnodig duur is, geldt dat de tandheelkundig adviseur van verzoekster op 31 maart 2023 heeft verklaard dat een implantaatconstructie in functie vergelijkbaar is met een brugconstructie. Een frameprothese is daarentegen geen gelijkwaardige voorziening. Verder heeft verzoekster toegelicht dat zij zich ter zake van de vergoeding van de kosten in verband met de procedure beroept op artikel 21 van het reglement van de commissie. Op grond van dit artikel kunnen de kosten die tijdens de procedure zijn gemaakt voor vergoeding in aanmerking komen. In dit verband stelt verzoekster dat zij vier keer advies heeft gevraagd aan een tandheelkundig adviseur. De totale kosten hiervan bedragen € 2.826,95 (€ 1.627,66 + € 1.199,29). Daarnaast vordert verzoekster vergoeding van de kosten van rechtsbijstand. Hiervoor vraagt zij een 'redelijke vergoeding'. Desgevraagd verklaart de gemachtigde van verzoekster, jurist van haar rechtsbijstandsverzekeraar, dat verzoekster de facturen van de ingeschakelde deskundige niet voor haar rekening hoeft te nemen als het verzoek door de commissie wordt afgewezen.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering noch op basis van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op vergoeding bestaat. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat bij verzekerde geen indicatie in het kader van bijzondere tandheelkunde als bedoeld in de

zorgverzekering aanwezig was. Met name was geen sprake van een dento-alveolair defect, dat wil zeggen een trauma waardoor niet alleen een element, maar ook omliggend kaakbot verloren is gegaan.

Onder verwijzing naar artikel 53 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering stelt de ziektekostenverzekeraar dat de in het geding zijnde zorg was te voorzien. Zo blijkt uit de behandelhistorie dat verzekerde in 2019 ook een ongeval met de fiets had. Toen is reeds vastgesteld dat ter plaatse van element 21 wortelresorptie was opgetreden met mobiliteit.

Deze wortelresorptie had een voortschrijdend karakter. Daarnaast blijkt uit het verslag dat de prognose met betrekking tot de pijlers al dubieus was, onder andere door cariës. Volgens de ziektekostenverzekeraar had de brug in 2019 schade opgelopen en was deze ten tijde van het ongeval aan vervanging toe. Vanwege de klachten periapicaal werd op 6 september 2021 al met verzekerde gesproken over verwijzing naar een kaakchirurg of implantoloog.

De ziektekostenverzekeraar zou, gelet op het maatmanbeginsel, bereid zijn geweest uit coulance de kosten van een frameprothese te vergoeden, maar hiervan is afgezien omdat in de behandelhistorie te lezen valt dat verzekerde eerder geen uitneembare voorziening wenste.

De ziektekostenverzekeraar heeft zijn excuses aangeboden voor het niet tijdig reageren op de brieven van 15 en 30 september 2022, en 11 en 21 oktober 2022. Tot een inhoudelijke reactie ziet hij geen aanleiding. Nadat op verzoek van de Ombudsman Zorgverzekeringen contact werd opgenomen met een van de tandheelkundig adviseurs, werd duidelijk dat de wrevet bij verzoekster vooral zat in het feit dat een reactie op de correspondentie zo lang was uitgebleven. Hiervoor wenste verzoekster genoegdoening. Naar aanleiding daarvan heeft de ziektekostenverzekeraar gekeken of verzoekster door de gang van zaken schade had geleden, en dit bleek niet het geval.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat uit de behandelhistorie blijkt dat al vóór het fietsongeval in 2022 bij verzekerde sprake was van schade aan het gebit. Dit betekent dat niet vaststaat dat de door verzoekster gestelde schade is veroorzaakt door het ongeval. Om die reden komen de gemaakte kosten niet voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking. Voor zover verzoekster vergoeding vordert van de kosten van rechtsbijstand geldt dat deze kosten op grond van artikel 1.9 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn uitgesloten van vergoeding.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 5.4. In reactie op de door verzoekster overgelegde facturen van haar tandheelkundig adviseurs stelt de ziektekostenverzekeraar dat dit zijn eerdere standpunt niet heeft doen veranderen. Ook de hiermee gemoeide kosten zijn op grond van artikel 1.9 van de verzekeringsvoorwaarden uitgesloten van vergoeding. Bovendien heeft verzoekster zich niet op een wettelijke bepaling beroepen. Het was verder onnodig deze kosten te maken, omdat de commissie advies heeft ingewonnen bij het Zorginstituut zodat het niet noodzakelijk was daarnaast navraag te doen bij een andere instantie. Tot slot geldt dat de gemachtigde van verzoekster ter zitting heeft verklaard dat de kosten van de ingeschakelde tandheelkundig adviseurs niet worden doorberekend aan verzoekster.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 19 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"De brugconstructie van verzekerde is door het fietsongeluk van de wortels afgebroken waarbij de wortels in situ zijn gebleven. Het trauma omvat alleen het afgebroken brug- en kroongedeelte en niet de tand en tandkas (alveole). Derhalve is er geen sprake van een blijvend dento-alveolair defect. Het trauma is niet ernstig genoeg om voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking te komen.*

### Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzekerde sprake was van een blijvend dento-alveolair defect. Verzekerde had geen indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. De tandheelkundige behandeling komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

### Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzekerde had geen indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp."

- 6.2. In het definitief advies van 18 oktober 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.*

*Naar aanleiding van de ontvangen stukken merkt het Zorginstituut het volgende op. Uit het verslag van de hoorzitting en de brief d.d. 17 augustus 2023 van de vertegenwoordiger van verzoekster blijkt dat verzoekster enkel een beroep heeft gedaan op de ongevallenpolis van de aanvullende verzekering. Zoals reeds aangegeven in het voorlopig advies kan een advies van het Zorginstituut geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering. Het Zorginstituut heeft hiertoe geen adviesbevoegdheid."*

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over het 'redelijkerwijs aangewezen zijn op' en over mondzorg alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

### Zorgverzekering

- 8.2. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg. Dit staat in artikel 2.7 Bzv. Artikel 32 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Artikel 32.2 ziet specifiek op de implantaatbehandeling en in dat kader worden twee situaties onderscheiden. De ene situatie is die waarin de implantaten worden aangebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij deze implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Verzekerde was niet tandeloos, zijn kaak was niet ernstig geslonken en de implantaten werden niet aangebracht als steun voor een uitneembare prothese, zodat hij niet aan genoemde voorwaarden voldeed.
- 8.3. De andere situatie is die waarbij betrokkene een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft. In het geval van verzekerde zou met name kunnen worden gedacht aan een zogenaamd dento-alveolair defect. Dit is schade aan het

gebit door een trauma, waarbij naast één of meer elementen, ook een deel van het omliggende kaakbot verloren is gegaan. Uit het advies van het Zorginstituut van 19 juli 2023 blijkt dat dit bij verzekerde na het ongeval niet aan de orde was. Voorts is gesteld noch gebleken dat bij hem in dit verband een andere, mogelijke indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg aanwezig was. Dit betekent dat geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de kosten van de tandheelkundige zorg, waaronder die van het aanbrengen van implantaten, op basis van de basisverzekering.

#### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 8.4. Op grond van artikel 53 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van tandheelkundige kosten door een ongeval tot maximaal € 10.000,- per ongeval. Een 'ongeval' is in de bepaling gedefinieerd als: *"een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan."* In het artikel zijn onder het kopje 'Wat krijgt u niet vergoed' enkele specifieke uitsluitingen opgenomen, te weten voor de kosten:
- - als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
  - - als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
  - - als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
  - - als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
  - die niet onvoorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
  - - van een behandeling in het buitenland;
  - - van orthodontische zorg.
- De commissie begrijpt de stelling van de ziektekostenverzekeraar aldus dat de schade aan het gebit van verzekerde niet onvoorzien was, en dat deze daarom niet het gevolg was van het ongeval op 3 februari 2022.
- 8.5. Uit de behandelhistorie blijkt dat bij verzekerde sprake was van een uitgebreide voorgeschiedenis, met een ongeval met de fiets in april 2019, waarbij het bovenfront "de grootste klap heeft gehad". Verder blijkt uit de behandelhistorie dat verzekerde in de periode na het ongeval problemen ervoer met element 21. In verband hiermee werd op 6 september 2021 met verzekerde gesproken over een verwijzing naar de kaakchirurg of implantoloog. Dit alles neemt niet weg dat verzekerde ten tijde van het ongeval beschikte over een functionerende brug in het voorfront. Dat het ongeval met de fiets op 3 februari 2022 de aanleiding vormde en dat deze brug hierdoor verloren is gegaan, is naar het oordeel van de commissie aannemelijk. De door de ziektekostenverzekeraar aangevoerde omstandigheden brengen de commissie niet tot een ander oordeel. Dit geldt ook voor de stelling dat de pijlerelementen mogelijk carieus waren. Dit betekent dat verzekerde in beginsel aanspraak kon maken op de ongevalsdekking van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 8.6. Vervolgens moet worden geconstateerd dat in artikel 53 een toestemmingsvereiste is opgenomen. Gesteld noch gebleken is dat door de ziektekostenverzekeraar toestemming werd verleend voor de aangevraagde tandheelkundige zorg. In voornoemd artikel is verder bepaald dat - in het kader van de aanvraag en de te verlenen toestemming - door de adviserend tandarts wordt beoordeeld of betrokkene op de zorg is aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is. Waar het gaat om de onthouden toestemming, overweegt de commissie in de eerste plaats dat het maatmanbeginsel, waarnaar de ziektekostenverzekeraar in dit verband verwijst, bij de aanvullende ziektekostenverzekering geen rol speelt, en dat dit ook een te beperkte invulling van het begrip 'onnodig duur' zou inhouden. Naar het oordeel van de commissie moet dit begrip veeleer worden gezien in het licht van artikel 7:960 BW, waarin is bepaald dat iemand krachtens de verzekering geen vergoeding zal ontvangen waardoor hij in een duidelijk voordeliger positie zou geraken. Volgens de ziektekostenverzekeraar was een dergelijke situatie bij verzekerde aan de orde. Dit omdat al vóór het ongeval werd gesproken over verwijzing naar de kaakchirurg of implantoloog.

- 8.7. Tegen de hiervoor geschetste achtergrond was het aanbrengen van implantaten volgens de ziektekostenverzekeraar dan ook een 'onnodig dure' oplossing voor het aanvankelijk nog latente, maar door het ongeval op 3 februari 2022 acuut geworden probleem. Verzoekster heeft hier, onder verwijzing naar het rapport van haar tandheekkundig adviseur van 31 maart 2023, tegenin gebracht dat een implantaat-constructie vergelijkbaar is met een brugconstructie en dat een frame-prothese geen gelijkwaardige voorziening is. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar het voorgaande enkel heeft weersproken door te stellen dat een frameprothese "de meest passende zorg is". Aangezien een nadere toelichting hierop ontbreekt, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende heeft onderbouwd waarom het aanbrengen van implantaten in de situatie van verzekerde een 'onnodig dure' oplossing is. Hetzelfde geldt voor de extractie van de elementen 11 en 21, de vervaardiging van een immediaatprothese en het plaatsen van een brug. Genoemdekosten dienen daarom door de ziektekostenverzekeraar ten laste van de ongevalsdekking van de aanvullende ziektekostenverzekering te worden vergoed. De commissie ziet geen aanleiding te bepalen dat over deze vergoeding de wettelijke rente moet worden vergoed, zoals door verzoekster gevorderd.

#### *Schadevergoeding*

- 8.8. Voorts heeft verzoekster de commissie verzocht op grond van artikel 21 van het toepasselijke reglement te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar een schadevergoeding moet toekennen, bestaande uit vergoeding van de kosten van (i) rechtsbijstand, en (ii) de door haar ingeschakelde tandheekkundig adviseurs.
- 8.9. Vaststaat dat de onder (i) en (ii) genoemde kosten niet voor rekening van verzoekster zijn gekomen, zodat haar dienaangaande geen vordering toekomt. Reeds om deze reden dient het onder (i) en (ii) gevorderde te worden afgewezen, zodat verder in het midden kan blijven of, zoals door verzoekster bepleit, ter zake van de kosten van rechtsbijstand een 'redelijke' vergoeding op haar plaats is, terwijl ter zake van de gevorderde kosten voor de ingeschakelde deskundige in het midden kan blijven of het beroep van de ziektekostenverzekeraar op het bepaalde in artikel 1.9 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden al dan niet slaagt. De commissie is van oordeel dat het onder (i) en (ii) gevorderde niet is gebaseerd op een aan verzoekster jegens de ziektekostenverzekeraar toekomend vorderingsrecht, terwijl een eventuele aanspraak dienaangaande van de rechtsbijstandsverzekeraar op de ziektekostenverzekeraar, zo daarvan al sprake is, in de onderhavige procedure niet aan de orde is, reeds vanwege het enkele feit dat de rechtsbijstandsverzekeraar in deze geen partij is. Door verzoekster is overigens ook onvoldoende gesteld om een vorderingsrecht van verzoekster dienaangaande jegens de ziektekostenverzekeraar uit andere hoofde te kunnen aannemen.
- 8.10. De commissie acht termen aanwezig om de ziektekostenverzekeraar te verplichten het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

#### *Slotsom*

- 8.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



9. **Bindend advies**

9.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de extractie van de elementen 11 en 21, de vervaardiging van een immediaatprothese, het plaatsen van een brug, en het aanbrengen van twee implantaten, te vergoeden ten laste van de ongevalsdekking van de aanvullende ziektekostenverzekering;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet vergoeden;
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 13 november 2023,

A.I.M. van Mierlo

**Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl).*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

---

## Burgerlijk Wetboek Boek 7

---

### Artikel 960

De verzekerde zal krachtens de verzekering geen vergoeding ontvangen waardoor hij in een duidelijk voordeliger positie zou geraten. De vorige zin mist toepassing bij voorafgaande taxatie van de waarde van een zaak tot stand gekomen krachtens een aan een deskundige opgedragen beslissing of krachtens een beslissing van partijen overeenkomstig het advies van een deskundige.

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de 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. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

## Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
  - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft 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;
  - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
  - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.
3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid,

onderdelen a tot en met c:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
  - b. incidenteel tandheelkundig consult;
  - c. het verwijderen van tandsteen;
  - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
  - e. sealing;
  - f. parodontale hulp;
  - g. anesthesie;
  - h. endodontische hulp;
  - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
  - j. gnathologische hulp;
  - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
  - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
  - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
  - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.
6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.31

1. De eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.
2. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, vijftwintig procent van de kosten van die voorziening.
3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:

- a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
  - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.

## Artikel 51. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van orthodontische zorg.

IZA Extra Zorg Instap	IZA Extra Zorg 1	IZA Extra Zorg 2	IZA Extra Zorg 3
geen vergoeding	geen vergoeding	100% tot maximaal € 500 voor de hele looptijd van de verzekering	100% tot maximaal € 750 voor de hele looptijd van de verzekering

### Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts of orthodontist in het buitenland gaat.

## Artikel 52. Eigen bijdrage kunstgebit

### Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:

- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknoppen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

IZA Extra Zorg Instap	IZA Extra Zorg 1	IZA Extra Zorg 2	IZA Extra Zorg 3
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding	volledig

## Artikel 53. Tandheelkundige kosten door een ongeval

### Dit krijgt u vergoed

De kosten van onvoorziene tandheelkundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed. Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering IZA Extra Zorg Instap, IZA Extra Zorg 1, IZA Extra Zorg 2 of IZA Extra Zorg 3. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval plaatsvindt. Tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

IZA Extra Zorg Instap	IZA Extra Zorg 1	IZA Extra Zorg 2	IZA Extra Zorg 3
maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval

### Wat krijgt u niet vergoed

De kosten:

- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;



- die niet onvoorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- van een behandeling in het buitenland;
- van orthodontische zorg.

**Hier kunt u terecht**

Bij een tandarts of kaakchirurg in Nederland.

**Dit moet u zelf regelen**

U heeft van tevoren onze toestemming nodig. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is. Bij deze aanvraag moeten minimaal de volgende gegevens zitten; een verslag van de spoedeisende hulp of (tand)arts waar u voor noodhulp bent geweest, röntgenfoto's van de schade aan uw gebit, kleurenfoto's van de tandheelkundige situatie vlak na het ongeval en een behandelplan met kostenbegroting. Als de adviserend tandarts het noodzakelijk acht, kan hij aanvullende informatie opvragen bij uw zorgverlener. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7 van deze voorwaarden.

## Artikel 32. Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

### 32.1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Tandheelkunde zorg in bijzondere gevallen is zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
2. Als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft;
3. Als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

De zorg vermeld onder 1. omvat orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit heeft, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

#### Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

#### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Hier kunt u terecht

1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:  
Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.
2. Orthodontische zorg in bijzondere gevallen:  
Bij een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg, orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg of een tandarts die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister van de Vereniging Tandartsen voor Orthodontie (OK register) in samenwerking met een kaakchirurg. Patiënten met een lip-, kaak- of gehemeltepleet mogen uitsluitend behandeld worden door een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

#### De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie (narcose) nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
  - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
  - Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA
  - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis

- Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten
- Het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
- Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

### **Verwijsbrief nodig van**

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

### **Toestemming**

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## **32.2. Tandheelkundige implantaten**

De zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde als u:

1. Een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft;
2. Een verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft in de vorm van een zeer ernstig geslonken tadeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

### **Implantaten in een zeer ernstig geslonken tadeloze kaak**

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt, kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Voor de prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zie artikel 34.

### **Eigen bijdrage**

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### **Hier kunt u terecht**

Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg. Als er sprake is van implantologie in de zeer ernstig geslonken tadeloze kaak dan mag de zorg ook worden verleend door een tandarts-implantoloog.

### **De zorg mag worden verleend in een:**

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
  - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
  - Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA

- Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis
- Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten
- Het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
- Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

#### **Verwijsbrief nodig van**

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

#### **Toestemming**

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## **Artikel 33. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

Kaakchirurgie is chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden als u 18 jaar en ouder bent.

#### **Dit is niet verzekerd:**

- Chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie)
- Het aanbrengen van een implantaat
- Ongecompliceerde extracties. Bij deze extracties gaat het om tanden of kiezen die uw tandarts ook kan trekken.

#### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Hier kunt u terecht**

Bij een kaakchirurg.

#### **Verwijsbrief nodig van**

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, orthodontist, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

#### **Toestemming**

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie op onze website. Ook voor een autotransplantaat heeft u vooraf toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## **Artikel 34. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

De zorg omvat een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten als u 18 jaar of ouder bent. De zorg omvat ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (de meso-structuur) voor een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese maakt ook deel uit van deze zorg.

#### **Eigen bijdrage**

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- 10% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de onderkaak
- 8% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de bovenkaak