

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te B, en Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak	: Marokko, mondzorg na ongeval, onduidelijke nota, opname van persoonsgegevens in het Interne Verwijzingsregister, het interne Incidentenregister en de Gebeurtenissenadministratie
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, art. 7:94 BW
Zaaknummer	: 202202134
Zittingsdatum	: 7 juni 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

en

- 1) Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 14 december 2022 zijn klacht voorgelegd aan de SKGZ. Bij e-mailbericht van 23 februari 2023 heeft verzoeker meegedeeld dat hij geen bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen wenst, maar dat hij direct een uitspraak wil van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Op 16 maart 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 12 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 april 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juni 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.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 juni 2023 meegedeeld dat hij deels is teruggekomen op zijn eerdere beslissing. Een kopie van deze brief is op 23 juni 2023 aan verzoeker gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Interpolis ZorgCompact (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ZorgCompact Plus (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft tijdens zijn verblijf in Marokko in 2022 schade aan zijn gebit opgelopen. De nota's voor de tandheelkundige zorg die hij daarna heeft genoten, heeft hij op 28 juli 2022 respectievelijk 15 augustus 2022 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 1 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de afhandeling van de door hem gedeclareerde nota (van 28 juli 2022) langer duurt dan gebruikelijk. Op 16 augustus 2022 is de nota alsnog vergoed, onder inhouding van de nog openstaande eigen bijdrage.

- 3.4. Bij e-mailbericht van 17 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de afhandeling van de door hem gedeclareerde nota (van 15 augustus 2022) langer duurt dan gebruikelijk.
- 3.5. Bij brief van 12 oktober 2022, waarin bij het onderwerp 'eindconclusie fraudeonderzoek' staat vermeld, heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de tweede, door verzoeker gedeclareerde nota voor mondzorg in Marokko, niet wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft hem op 20 september 2022 telefonisch uitgenodigd voor een consult bij de tandheelkundig adviseur, maar verzoeker is hierop niet ingegaan. Aangezien verzoeker aldus geen medewerking verleent, en hij hiertoe volgens de ziektekostenverzekeraar wel is verplicht, wordt de door verzoeker gedeclareerde nota voor mondzorg van 15 augustus 2022 niet vergoed. Op basis van de eindconclusie heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de volgende maatregelen te nemen:
- de persoonsgegevens van verzoeker worden opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie van de ziektekostenverzekeraar tot 12 oktober 2030;
 - de persoonsgegevens van verzoeker worden opgenomen in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar tot 7 september 2030;
 - de persoonsgegevens van verzoeker worden opgenomen in het Interne Verwijzingsregister van de ziektekostenverzekeraar tot 12 oktober 2030.
- 3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 14 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat zijn persoonsgegevens moeten worden verwijderd uit de Gebeurtenissenadministratie, het interne Incidentenregister en het Intern Verwijzingsregister van de ziektekostenverzekeraar. Voorts heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de nota voor mondzorg van 15 augustus 2022 alsnog moet vergoeden.
- 4.2. Verzoeker heeft verklaard dat hij op 27 juli 2022, tijdens zijn verblijf in Marokko, van een trap is gevallen, en dat hij daarbij schade aan zijn gebit heeft opgelopen. De tandarts in Marokko heeft hem, gezien de ernst van de situatie, doorgestuurd naar een tandarts-specialist. Deze specialist heeft verzoeker op 28 juli 2022 direct behandeld en geconstateerd dat verzoeker voor het herstel van zijn gebit een beetje nodig heeft. De betreffende tandarts-specialist heeft daarom tijdens een tweede consult het gebit van verzoeker opgemeten en de bitjes laten maken. Deze bitjes moest verzoeker in de nacht dragen.
- De eerste nota van de tandarts-specialist is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De tweede nota, die van de bitjes, is echter afgewezen, omdat de ziektekostenverzekeraar die nota niet vertrouwt. Verzoeker wordt blijkbaar verdacht van fraude, omdat hij twee Marokkaanse nota's ter declaratie heeft ingediend. Dit is onterecht, aangezien de nota's die verzoeker heeft gedeclareerd originele nota's zijn die door de behandelend tandarts-specialist zijn opgesteld.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij de 40 bitjes moest gebruiken vanwege loszittende tanden. Deze bitjes waren voor eenmalig gebruik en moesten de eerste 20 nachten worden gebruikt. Daarna moest hij de nachtbeugel gaan gebruiken. Verzoeker heeft de uitnodiging voor het spreekuur afgewezen, omdat er niets te zien is in zijn mond.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker, naar aanleiding van een declaratie van in Marokko gemaakte medische kosten, uitgenodigd voor een consult bij zijn tandheelkundig adviseur. Dit was noodzakelijk voor de beoordeling van de betreffende declaratie. Verzoeker heeft tijdens het telefoongesprek van 20 september 2022 echter meegedeeld dat hij geen afspraak wil maken voor het consult. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de door verzoeker gedeclareerde kosten niet, omdat verzoeker op grond van artikel 5.2 van de verzekeringsvoorwaarden verplicht is zijn medewerking te verlenen en alle informatie te geven die de ziektekostenverzekeraar nodig heeft voor de beoordeling en verzoeker deze verplichting niet nakomt. Op basis van zijn eindconclusie heeft de ziektekostenverzekeraar tevens besloten om drie maatregelen op te leggen aan verzoeker: (i) de persoonsgegevens van verzoeker worden tot 12 oktober 2030 opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie, (ii) de persoonsgegevens van verzoeker worden tot 7 september 2030 opgenomen in het interne Incidentenregister, en (iii) de persoonsgegevens van verzoeker worden tot 12 oktober 2030 opgenomen in het Intern Verwijzingsregister.
- 5.2. In de heroverweging van 14 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij de verleende vergoeding voor de nota van 28 juli 2022 op dat moment niet terugvordert, omdat verzoeker hem een gecorrigeerde nota heeft gestuurd. Deze gecorrigeerde nota is door de ziektekostenverzekeraar geaccepteerd. De nota van 15 augustus 2022 wordt echter nog steeds niet vergoed. De ziektekostenverzekeraar kan - ook na correctie - de op beide nota's vermelde zorg niet met elkaar in overeenstemming brengen. Daarnaast is hoe dan ook niet duidelijk welke zorg met de nota van 15 augustus 2022 wordt gedeclareerd, en waarom.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief aan de commissie van 12 april 2023 toegelicht dat de nota van 28 juli 2022 betrekking heeft op een volledige gebitsprothese. De daarop volgende nota van 15 augustus 2022 zag op 40 bitjes. De kosten van de eerste nota zijn volledig vergoed, afgezien van de eigen bijdrage voor een volledige gebitsprothese. De tweede nota riep echter vragen op bij de ziektekostenverzekeraar. Zo was niet duidelijk wat er precies werd gedeclareerd. Het leek te gaan om bitjes vanwege loszittende tanden, maar dat viel niet te rijmen met de volledige gebitsprothese die verzoeker op 28 juli 2022 had gedeclareerd. Daarom is de tweede nota voorgelegd aan de fraudeafdeling van de ziektekostenverzekeraar. De fraudeafdeling heeft deze melding weliswaar als onderzoekwaardig beoordeeld, maar is geen fraudeonderzoek gestart, omdat eerst duidelijk moest worden wat er precies was gedeclareerd. Het was om die reden dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker heeft uitgenodigd voor het spreekuur van de adviserend tandarts. Tijdens het telefoongesprek hierover heeft verzoeker meegedeeld dat hij er niets voor voelde om naar het spreekuur te komen, omdat dit voor hem voelde als wantrouwen. Verzoeker heeft wel verteld dat het om een nachtbeugel zou gaan. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat deze reactie van verzoeker bij hem nieuwe zorginhoudelijke vragen oproept. Een nachtbeugel dient ter regulatie en is niet hetzelfde als een bitje. Regulatie werkt echter niet bij een volledige gebitsprothese. Daarnaast wordt geadviseerd om een prothese niet 's nachts te dragen en bovendien blijft onduidelijk waarom er 40 bitjes noodzakelijk zijn. Aangezien verzoeker heeft geweigerd zijn medewerking te verlenen aan het spreekuur en daarmee aan de beoordeling van de declaratie, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de gedeclareerde nota niet te vergoeden.

De ziektekostenverzekeraar heeft niet geconcludeerd dat verzoeker heeft gefraudeerd. Verzoeker heeft alleen onvoldoende medewerking verleend aan de beoordeling van de door hem gedeclareerde nota. Dit laatste betreft een gebeurtenis, die wordt opgenomen in de interne Gebeurtenissenadministratie van de ziektekostenverzekeraar. Dit is het interne geheugen van de fraudeafdeling van de ziektekostenverzekeraar voor aangelegenheden op het gebied van fraude, veiligheid en integriteit. De Gebeurtenissenadministratie valt niet onder het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen 2021 (hierna: PIFI).

Het niet meewerken aan de beoordeling van een declaratie is echter geen incident in de zin van het PIFI. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom besloten om de opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne Incidentenregister en het Intern Verwijzingsregister ongedaan te maken.

- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het zorginhoudelijke aspect onduidelijk is. Hij benadrukt dat eerst een volledige prothese is gedeclareerd en vervolgens de bitjes/nachtbeugel voor loszittende tanden. Dit lijkt niet met elkaar te rijmen, aangezien bij een volledige prothese geen sprake kan zijn van loszittende tanden. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat als een dossier wordt geopend bij de afdeling Speciale Zaken de persoonsgegevens van betrokkene worden opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie. Dit register is alleen toegankelijk voor deze afdeling. Pas in het geval er een nieuwe fraudemelding binnenkomt bij de afdeling Speciale Zaken komt deze registratie naar boven.
- 5.5. 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.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 juni 2023 meegedeeld dat hij om hem moverende redenen heeft besloten ook de registratie van de persoonsgegevens van verzoeker in de Gebeurtenissenadministratie ongedaan te maken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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 A.18 van de Algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Uit de aanhef van de Algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat voornoemd artikel ook van toepassing is op deze verzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over mondzorg alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) over de inlichtingenplicht 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

- 7.2. In artikel B.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald in welke gevallen aanspraak bestaat op tandheelkundige zorg ten laste van de zorgverzekering. Daarnaast is in artikel 15 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering opgenomen dat ook aanspraak bestaat als de zorg in het buitenland wordt genoten. Verder is in artikel 5.2, sub c, van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat betrokkene verplicht is alle informatie te geven die de ziektekostenverzekeraar nodig heeft en dat hij verplicht is medewerking te verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Deze verplichting stemt overeen met hetgeen ter zake in artikel 7:941, tweede lid, BW is geregeld.
- 7.3. De commissie leidt uit de nota van 15 augustus 2022 af dat aan verzoeker 40 bitjes zijn geleverd; 20 voor de onderkaak en 20 voor de bovenkaak. Dit roept een aantal vragen op. Zo werd eerder een volledige gebitsprothese gedeclareerd en vergoed. Dat de bitjes voor de desbetreffende kaak waren bedoeld vanwege loszittende tanden - zoals door de ziektekostenverzekeraar kennelijk

eerst werd aangenomen - is dus onwaarschijnlijk. Waarom de bitjes dan wel aan verzoeker zijn geleverd en welk tandheelkundig probleem hiermee wordt behandeld blijkt niet uit de nota. Uit de informatie die verzoeker met het klachtenformulier aan de commissie heeft gestuurd, lijkt te volgen dat het om bitjes tegen tandenknarsen gaat. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 12 april 2023 gesteld dat verzoeker tijdens een telefoongesprek heeft meegedeeld dat zou gaan om nachtbeugels. De ziektekostenverzekeraar heeft er in dit verband op gewezen dat een nachtbeugel iets anders is dan een bitje en dat deze dient ter regulatie.

De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar, onder deze omstandigheden, aan de hand van de nota van 15 augustus 2022 zijn uitkeringsplicht niet kon beoordelen. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden en artikel 7:941, tweede lid, BW was verzoeker verplicht binnen een redelijke termijn de ziektekostenverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke van belang zijn voor deze beoordeling. Verzoeker heeft geen verdere informatie aangeleverd en heeft geweigerd het spreekuur van de adviserend tandarts te bezoeken. Ook de ter zitting gegeven verklaring is onvoldoende voor een beoordeling. Gelet op het vierde lid van genoemd artikel mocht de ziektekostenverzekeraar besluiten vergoeding van de nota van 15 augustus 2022 te weigeren.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (artikel D.6), maar alleen voor één controle per kalenderjaar en maximaal 15 minuten gebitsreiniging. Daarnaast bestaat op grond van artikel D.7 aanspraak op tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval. Verder is in de aanhef van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaald dat de algemene voorwaarden van de zorgverzekering ook van toepassing zijn op de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit betekent dat ook voor de aanvullende ziektekostenverzekering geldt dat, zoals hiervoor is toegelicht, de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de nota van 15 augustus 2022 mocht weigeren, omdat de nota onder de gegeven omstandigheden, ontoereikend is om de uitkeringsplicht te beoordelen en verzoeker de op hem rustende wettelijke inlichtingenplicht niet is nagekomen.

Registratie persoonsgegevens

- 7.5. De commissie overweegt dat iemands persoonsgegevens op grond van het PIFI mogen worden opgenomen in het interne Incidentenregister en/of het Externe Verwijzingsregister in het geval is komen vast te staan dat die persoon fraude heeft gepleegd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 april 2023 de opnames in het interne Incidentenregister en het Interne Verwijzingsregister ongedaan gemaakt. Na de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie meegedeeld dat hij ook de registratie van de persoonsgegevens van verzoeker in de Gebeurtenissenadministratie ongedaan heeft gemaakt. Aangezien de ziektekostenverzekeraar de registraties van de persoonsgegevens van verzoeker in de drie genoemde registers inmiddels ongedaan heeft gemaakt, hoeft dit punt niet meer te worden beoordeeld. De commissie ziet gelet op deze gang van zaken wel aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het door verzoeker betaalde entreegeld voor behandeling van het geschil aan hem te vergoeden.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar de nota van 15 augustus 2022 niet hoeft te vergoeden;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 4 juli 2023,

J.W. Heringa

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.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

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.

Besluit zorgverzekering

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.

C. Algemene voorwaarden aanvullende verzekering

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekering. Uitzonderingen hierop zijn artikel [A.1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op: lid a-d en artikel A.4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners](#).

Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende verzekering.

Daarnaast zijn er ook artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekering gelden. Hieronder staan die artikelen.

C.1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek eenaanvullende verzekering aanvragen. U (verzekeringnemer) kunt op de website van Rabobank het aanvraagformulier invullen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel [C.6](#) van deze algemene voorwaarden.

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag als:

- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel [A.20 Wat zijn de gevolgen van fraude?](#);
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekering;
- u geen zorgverzekering heeft afgesloten en het Centraal Administratie Kantoor u een bestuurlijke boete heeft opgelegd. Tijdens de 12 maanden dat u ambtshalve verzekerd bent, kunt u geen aanvullende verzekering bij ons afsluiten.

1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kinderen afsluiten, wanneer u zelf ook een aanvullende verzekering heeft bij ons. Voor de aanvullende verzekering voor kinderen jonger dan 18 jaar betaalt u geen premie. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

Let op!

Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert. U kunt ook een aanvullende verzekering voor uw kind(eren) afsluiten, wanneer u zelf een aanvullende verzekering heeft bij ons.

C.2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat, niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

Vergoeding niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling

Bij een aantal vergoedingen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen', vergoeden wij de kosten alleen, als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in het artikel.

A. Algemene voorwaarden basisverzekering

5.2 Algemene verplichtingen

U heeft recht op zorg als u aan de volgende verplichtingen voldoet:

- a. Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
 - rijbewijs;
 - paspoort;
 - Nederlandse identiteitskaart;
 - vreemdelingendocument.
- b. Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- c. U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.
- d. U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- e. U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- f. U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.
- g. U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

- a. Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.
- b. Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren via de [Interpolis ZorgApp](#) of [Mijn Zorggebruik](#). Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen, niet volledig gebruikte 'rittenkaarten' (vooruitbetaling van meerdere behandelingen in een keer tegelijk) en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's te bewaren tot 1 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's bij u opvragen.

Op de nota moet een AGB-code vermeld staan indien:

- het op basis van wet- en regelgeving voor de zorgverlener verplicht is om een AGB-code te hebben voor het verlenen van de zorg die u heeft ontvangen; of
- het op basis van deze polisvoorwaarden voor vergoeding van de zorg verplicht is dat de zorgverlener een AGB-code heeft voor de zorg die u heeft ontvangen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen.

A. Algemene voorwaarden basisverzekering

Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Vernietiging van de verzekeringsovereenkomst

Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 Niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd

U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

A.15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat

Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- a. zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- b. vergoeding van de kosten van zorg door een ziekenhuis of Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
- c. vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het door ons gecontracteerde tarief in de situatie dat een gecontracteerd ziekenhuis of ZBC in het buitenland een diagnostisch deel van de gecontracteerde behandeling laat uitvoeren door een andere zorgverlener waar het gecontracteerde ziekenhuis of ZBC een samenwerkingsverband mee heeft;
- d. vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

A. Algemene voorwaarden basisverzekering

15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

A.16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

A.17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 U moet ons inlichtingen verstrekken

Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel [17.1](#) van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

B. Verzekerde zorg basisverzekering

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
3. U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.
4. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de zorg. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
5. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatoloog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed?](#) En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [Interpolis.nl/zorgzoeker](https://interpolis.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

B.12 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op een tandheelkundige behandeling:

- a. als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening;
- b. als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening;
- c. als u een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen, volgens de gevalideerde angstscales zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een angsttandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

B. Verzekerde zorg basisverzekering

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist, tandprotheticus of huisarts u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.
3. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
4. Narcose- of lachgasbehandelingen worden alleen vergoed als laatste middel in een angstreductietraject. De narcose- of lachgasbehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcose- en/of lachgasbehandelingen.
5. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatholoog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
6. Een autotransplantaat moet geplaatst worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de De Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg.

Let op!

U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel [B.10](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [Interpolis.nl/zorgzoeker](https://interpolis.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

D. Vergoedingen ZorgCompact Plus

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [Interpolis.nl/zorgzoeker](https://interpolis.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- b. de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), wanneer u de anticonceptiva vergoed krijgt vanuit de basisverzekering. Als u recht heeft op vergoeding vanuit de aanvullende verzekering geldt er geen wettelijke eigen bijdrage.

Aanvullend	Dekking
ZorgCompact Plus	vergoedt 100%

D.6 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij de volgende kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts of mondhygiënist:

- 1 keer per persoon per kalenderjaar een controle (C002 of C003) en
- maximaal 15 minuten gebitsreiniging (M03)

Aanvullend	Dekking
ZorgCompact Plus	vergoedt 100%

D.7 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval

Wij vergoeden tandheelkundige zorg door een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

D. Vergoedingen ZorgCompact Plus

Voorwaarden voor vergoeding

1. U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
2. Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts.
3. Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
4. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.
5. Een autotransplantaat moet, voor verzekerden van 18 jaar en ouder, geplaatst worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog of door een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- a. ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
- b. grove schuld of opzet van de verzekerde;
- c. het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
- d. deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Aanvullend	Dekking
ZorgCompact Plus	vergoedt maximaal € 10.000,- per ongeval

D.8 Preventieve psychische zorg

Wij vergoeden de kosten van preventieve psychische zorg via OpenUp. Voor een afspraak kunt u rechtstreeks contact opnemen met OpenUp op 020 213 78 76 of via chat op openup.care/interpolis.

Aanvullend	Dekking
ZorgCompact Plus	vergoedt maximaal 1 intake en 3 consulten per persoon per kalenderjaar

D.9 Tweede Arts Online

Wij vergoeden de kosten van Tweede Arts Online. Dit is een digitaal platform waarop u bij twijfel over een gestelde diagnose en/of behandeling een (medisch) specialist kan kiezen en hem/haar een vraag kan stellen over een gestelde diagnose en/of behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

U neemt contact op met de Interpolis ZorgConsulent via telefoonnummer 013 462 20 25. De Interpolis ZorgConsulent stuurt de aanvraag naar Tweede Arts Online.

Aanvullend	Dekking
ZorgCompact Plus	vergoedt 100%