

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202301055

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de aangevraagde tandheelkundige behandeling te vergoeden ten laste van de ongevalsdekking van de aanvullende ziektekostenverzekering.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de desbetreffende behandeling, omdat niet kan worden vastgesteld dat sprake is van een noodzaak voor zorg als direct gevolg van een ongeval.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat de aangevraagde tandheelkundige behandeling geheel of gedeeltelijk het directe gevolg is van een ongeval. Hoewel de tandarts heeft verklaard dat de tandheelkundige problematiek is veroorzaakt door een fietsongeval, volgt dit niet uit het behandeldossier. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van deze behandeling ten laste van de ongevalsdekking van de aanvullende ziektekostenverzekering.
De commissie wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft in een telefoongesprek op 20 oktober 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Bij brief van 8 november 2023 heeft verzoeker zijn verzoek toegelicht. Op laatstgenoemde datum 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 8 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 januari 2024 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 februari 2024 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. Na afloop van de hoorzitting heeft verzoeker op 21 februari 2024 aan de commissie per e-mailbericht een aanvullend stuk gestuurd. Dit aanvullende stuk wordt door de commissie met het oog op een goede procesorde als tardief aangemerkt. Bij brief van 28 februari 2024 heeft de commissie aan verzoeker meegedeeld dat bedoeld stuk om die reden buiten beschouwing wordt gelaten.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering 50+ (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 12 oktober 2022 is namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een tandheelkundige behandeling na een ongeval. Bij brief van 2 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat geen vergoedingsaanspraak bestaat.
- 3.3. Op 19 december 2022 is namens verzoeker nogmaals een aanvraag ingediend voor een tandheelkundige behandeling na een ongeval. Bij brief van 10 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aangevraagde tandheelkundige behandeling niet wordt vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 29 maart 2023 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de aangevraagde tandheelkundige behandeling te vergoeden ten laste van de ongevalsdekking van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. In zijn brief van 19 februari 2023 heeft verzoeker toegelicht dat hij op 21 juli 2022 een fietsongeval heeft gehad waardoor hij schade aan zijn gebit heeft opgelopen. Op 22 juli 2022 is hij naar zijn tandarts gegaan. Ondanks dat de praktijk gesloten bleek te zijn, was de tandarts bereid een noodreparatie uit te voeren. De tandarts stond op het punt om op vakantie te gaan en heeft verzoeker behandeld zonder dat er een assistente bij aanwezig was. Mogelijk is de behandeling daarom toen niet goed geadmistreerd en heeft de tandarts er na terugkomst niet meer aan gedacht dit te doen.
- 4.3. In zijn brief van 8 november 2023 heeft verzoeker aangevoerd dat zijn tandarts meermaals heeft aangegeven dat de schade aan het gebit is veroorzaakt door het ongeval. Bij brief van 3 september 2022 heeft de tandarts, voor zover hier relevant, verklaard:

"Een fietsongeval op 21-07-22 zorgde voor schade aan het gebit van [verzoeker]. Er is schade aan de 22, de brug linksboven (23 24 25 26) en de 17.

Het herstel bestaat uit de genoemde behandelingen zoals vermeld in de begroting".

Dat de tandarts mogelijk niet conform NMT-richtlijnen heeft gehandeld, kan verzoeker niet worden tegengeworpen. Hij heeft immers geen invloed op de werkwijze van de tandarts. Daarnaast heeft zijn tandarts 40 jaar werkervaring en gaat verzoeker ervan uit dat hij vaker schade als gevolg van een ongeval heeft behandeld. Ook het ontbreken van een aangifte van het ongeval kan verzoeker niet worden tegengeworpen. Hij heeft meermaals aan de ziektekostenverzekeraar uitgelegd wat er is gebeurd. In de telefoongesprekken heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat zijn omschrijving van het ongeval voldoende was als ongevalenrapport. Daarbij komt dat verzoeker op 7 november 2023 alsnog aangifte heeft gedaan van het ongeval. Verzoeker heeft verder opgemerkt dat de communicatie met de ziektekostenverzekeraar moeizaam verloopt. De ziektekostenverzekeraar heeft er lang over gedaan om een beslissing te nemen. Hij krijgt de indruk dat de ziektekostenverzekeraar hem als fraudeur behandelt. Voorts is het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar steeds met nieuwe afwijsgonden komt. In zijn brief van 19 oktober 2023 gaat de ziektekostenverzekeraar niet meer in op de vraag of sprake was van een ongeval, maar alleen op de vraag of de tandarts het ongeval wel goed heeft gedocumenteerd.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop verklaard dat hij in het weekend na het ongeval heeft vernomen dat hij via de ziektekostenverzekeraar vergoeding kon krijgen voor zijn schade. Op 25 juli 2022 heeft hij telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Diezelfde dag heeft hij een e-mailbericht ontvangen van de ziektekostenverzekeraar waarin het telefoongesprek werd bevestigd. In het e-mailbericht stond onder ander het volgende: "U geeft aan dat u vorige week bent gevallen met uw fiets en dat daarbij uw brug en een paar voortanden zijn beschadigd. Vanuit uw aanvullende verzekering 50+ vergoeden wij mondzorg na ongevallen voor maximaal € 10.000,- per ongeval". Vervolgens werd onder het kopje 'Verwijzing en akkoordverklaring' beschreven welke informatie de ziektekostenverzekeraar nodig had. Het ongevallenverslag heeft verzoeker zelf naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Pas op een later moment heeft de ziektekostenverzekeraar hem verteld dat het telefonisch melden van een ongeval onvoldoende is. Dit blijkt ook niet uit het e-mailbericht van 25 juli 2022. Het opsturen van de overige gevraagde informatie heeft hij overgelaten aan zijn tandarts. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker nooit om meer informatie gevraagd. In het e-mailbericht van 25 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar uitgelegd dat de vergoeding op de aanvullende ziektekostenverzekering zou worden geclaimd. Op deze informatie mocht worden vertrouwd. Echter, in de brief van 2 november 2022 stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat niet aan de geldende voorwaarden is voldaan. Ook staat in de brief van 2 november 2022 dat er geen bewijs is dat er een tandheelkundig ongeval heeft plaatsgevonden. Dit bewijs moet echter door de tandarts worden geleverd. Verzoeker heeft toegelicht dat de tandarts een noodreparatie heeft uitgevoerd vanwege de afgebroken tanden. Deze behandeling heeft ongeveer 30 minuten geduurd. Verzoeker kan zich niet herinneren of er destijds een foto is gemaakt. Later is hij nogmaals naar de tandarts gegaan. Omdat hij de kosten van de behandeling niet kon betalen, hoefde dit niet van de tandarts. De reactie van de ziektekostenverzekeraar zou worden afgewacht. De tandarts heeft geen andere behandelingen uitgevoerd. Op dit moment missen er een aantal tanden in de mond van verzoeker. Hierdoor heeft hij gezondheidsproblemen gekregen. Verzoeker heeft nog opgemerkt dat de kostenbegroting van de tandarts die zich in het dossier bevindt niet meer correct is. Zijn gebit is er inmiddels slechter aan toe, omdat hij aan één kant van zijn mond niet kan kauwen.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aangevraagde tandheelkundige behandeling niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt vergoed. Hij heeft hiertoe bij brieven van 29 maart 2023, 26 september 2023 en 19 oktober 2023 aangevoerd dat niet kan worden vastgesteld of de tandheelkundige problematiek van verzoeker het directe gevolg is van een ongeval. Het telefonisch melden van een ongeval is onvoldoende om te bepalen of verzoeker

in aanmerking komt voor vergoeding van mondzorg na een ongeval. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de tandarts niet heeft gehandeld conform de NMT Praktijkrichtlijn Tandletsel (hierna: de richtlijn). Hij verwijst hierbij naar pagina 16 e.v. van de richtlijn. De tandarts had gedegen onderzoek moeten doen en een ongevallen/traumaverslag moeten opstellen. Het onderzoek zou moeten zijn vastgelegd in het patiëntendossier van verzoeker. Echter, uit het patiëntendossier van verzoeker blijkt nauwelijks van een ongeval. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 september 2022 een patiëntenkaart ontvangen. Deze patiëntenkaart is op 18 september 2022 bijgewerkt. Op de patiëntenkaart wordt de datum van het ongeval niet genoemd. Uit de behandelhistorie blijkt daarnaast niet dat op 22 juli 2022 een behandeling heeft plaatsgevonden. Van een behandeling op die datum heeft de ziektekostenverzekeraar ook geen declaratie ontvangen. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals een patiëntenkaart ontvangen, die was bijgewerkt op 12 mei 2023. Hierop staat het ongeval wel vermeld, maar wordt bij de historie alleen een periodieke controle op 22 juli 2022 genoemd. Dit betekent dat achteraf nieuwe gegevens aan de patiëntenkaart zijn toegevoegd. Hiermee is de geloofwaardigheid ernstig in het geding gebracht en is niet meer toetsbaar welke behandeling wanneer is uitgevoerd en of de vermelde behandelingen ook daadwerkelijk hebben plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat de prestatiecode van de periodieke controle niet in overeenstemming is met wat er wordt geclaimd, namelijk een bezoek aan de tandarts in verband met een tandheelkundig trauma, op verzoek van verzoeker.

- 5.2. In zijn brief van 8 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat sprake moet zijn van een noodzaak voor zorg die een direct gevolg is van een ongeval. Er moet objectief medisch aan te tonen fysiek letsel bestaan, dat is opgelopen doordat men plotseling en onvrijwillig in omstandigheden terecht kwam die niet voorzien waren en redelijkerwijs niet voorzien konden worden. Dit is terug te lezen in de artikelen D.8.6., C.12. en A.1. Volgens de ziektekostenverzekeraar is er onvoldoende informatie om vast te stellen dat destijds sprake was van een noodzaak voor zorg die een direct gevolg is van een ongeval. De door verzoeker overgelegde aangifte wijzigt het standpunt van de ziektekostenverzekeraar niet. Naast het feit dat deze aangifte pas recent is gedaan, en daardoor bewijskracht mist op dit punt, heeft de ziektekostenverzekeraar al eerder vastgesteld dat de tandarts de behandelhistorie achteraf heeft aangepast, en dat door deze destijds geen ongevallenzorg is gedeclareerd, maar alleen een periodieke controle.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop toegelicht dat mondzorg in algemene zin bijna niet wordt vergoed vanuit de zorgverzekering. Aanvullende pakketten bieden vaak vergoeding voor mondzorg, maar deze vergoeding is vaak gemaximeerd tot een paar honderd euro. De dekking in de aanvullende ziektekostenverzekering voor mondzorg na een ongeval is hoger, maximaal € 10.000,- per ongeval. Een verzekerde kan hierop aanspraak maken als aan de geldende voorwaarden is voldaan. Zo dienen de schade en de aangevraagde behandeling een direct gevolg te zijn van het ongeval. Aan deze voorwaarde voldoet verzoeker niet, omdat dit niet kan worden vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft te weinig informatie over het ongeval. In de telefoonnotitie van 25 juli 2022 staat duidelijk welke informatie moet worden aangeleverd om een aanvraag te beoordelen. Deze aanvraag kan dan worden goedgekeurd of worden afgewezen. Het enkel insturen van de gevraagde informatie, maakt niet dat de aangevraagde zorg ook wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij begrijpt dat de tandarts mogelijk zijn administratie en archivering niet op orde heeft, maar dit maakt niet dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde behandeling moet vergoeden zonder dat hij heeft kunnen vaststellen dat aan de geldende voorwaarden is voldaan. De ziektekostenverzekeraar kan namelijk niet vaststellen wat er is gebeurd. Met betrekking tot de overgelegde aangifte heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat deze ruime tijd na het ongeval is opgemaakt en geen bewijskracht heeft. Ook bevat het verhaal van verzoeker tegenstrijdigheden. Volgens verzoeker was de tandartspraktijk gesloten en is hij binnengelaten nadat hij had aangeklopt. Dit komt niet overeen met de verklaring van de tandarts, namelijk dat hij verzoeker naar de praktijk heeft laten komen. Het lijkt er op dat er is

getracht achteraf een verhaal te construeren. De ziektekostenverzekeraar beschikt nog steeds over onvoldoende informatie en de bewijslast in deze zaak ligt bij verzoeker.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22.2. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Uit het 'Vergoedingen Overzicht' behorende bij de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van mondzorg na een ongeval tot een bedrag van € 10.000,- per ongeval. In artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen wanneer aanspraak kan worden gemaakt op deze vergoeding. In de bepaling wordt verwezen naar de artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.4. en C.12.
- 7.3. Het begrip 'ongeval' is gedefinieerd in artikel A.1. van de verzekeringsvoorwaarden en wel als volgt:
"Een plotselinge, onverwachte en niet gewilde gebeurtenis van buitenaf die rechtstreeks tot objectief medisch aan te tonen fysiek letsel leidt. Van een ongeval is ook sprake als u objectief medisch aan te tonen fysiek letsel oploopt, doordat u plotseling en onvrijwillig in omstandigheden terecht komt die u niet voorzien hebt en redelijkerwijs ook niet kon voorzien".
 Uit artikel C.12. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt wanneer sprake is van 'ongevallenzorg'. Om te spreken van ongevallenzorg moet het onder meer gaan om zorg die plaatsvindt als direct gevolg van een ongeval.
- 7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij niet gehouden is de aangevraagde behandeling te vergoeden, omdat niet kan worden vastgesteld dat de tandheelkundige problematiek van verzoeker het directe gevolg is van een ongeval. De commissie begrijpt deze stelling aldus dat de ziektekostenverzekeraar op basis van de beschikbare gegevens niet kan vaststellen dat door een ongeval schade is ontstaan aan de 22, de brug (23, 24, 25, 26) en de 17.
- 7.5. De tandarts heeft verklaard dat een fietsongeval op 21 juli 2022 de oorzaak was van de schade aan het gebit van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden, onder verwijzing naar de beschikbare informatie in het dossier.
 De commissie overweegt dat indien al kan worden aangenomen dat een ongeval heeft plaatsgevonden (i), het oorzakelijk verband tussen dit ongeval en bedoelde schade (ii) niet volgt uit het behandeldossier. Er zijn twee patiëntenkaarten overgelegd. De eerste patiëntenkaart bevat afspraken vanaf 18 september 2022. De tweede patiëntenkaart bevat afspraken vanaf 12 mei 2023. Op de eerste patiëntenkaart is geen bezoek aan de tandarts op 22 juli 2022 zichtbaar. Ook wordt niet gesproken over een ongeval op 21 juli 2022. Op de tweede patiëntenkaart wordt in de notities wel melding gemaakt bij 22 juli 2022 van een val met de fiets. Aangezien die opmerking niet zichtbaar was op de eerste patiëntenkaart, kan worden geconcludeerd dat deze geruime tijd later, namelijk na 18 september 2022, is toegevoegd. Daarbij komt dat de tandarts op 22 juli 2022 alleen een periodieke controle heeft gedeclareerd. Er is noch een spoedbehandeling noch een andere behandeling die verband houdt met een ongeval genoemd, hoewel dit in de rede zou hebben gelegen. Dat sprake is van een fout van de tandarts - zoals door verzoeker is gesteld -

is zonder nadere onderbouwing niet aannemelijk. De tandarts heeft die gestelde fout ook niet hersteld door achteraf een declaratie voor een spoedbehandeling of een andere behandeling die verband houdt met een ongeval te declareren.

- 7.6. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoeker er niet in is geslaagd aannemelijk te maken dat de aangevraagde tandheelkundige behandeling geheel of gedeeltelijk het directe gevolg is van een ongeval. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd - met name ten aanzien van het handelen van de tandarts, dat hem niet zou kunnen worden tegengeworpen, de uitlatingen van de ziektekostenverzekeraar en de wijze waarop de communicatie is verlopen - verandert niets aan bovenstaande constatering. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding van de aangevraagde behandeling ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Slotom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 maart 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

listische zorg’.

Jaar

Kalenderjaar. Alleen als het gaat om de leeftijd van iemand, dan wordt niet “kalenderjaar” maar levensjaar bedoeld.

Jeugdarts-KNMG

Een arts die als jeugdarts-KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) is ingeschreven in het betreffende profielregister bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) die als klinisch psycholoog geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

Kraamhotel

Een instelling waar men gedurende de kraamperiode kan verblijven en kraamzorg kan ontvangen. In een kraamhotel vinden geen bevallingen plaats.

Kraamverzorgende

Degene die als kraamverzorgende is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ).

Kraamzorg

Zorg tijdens de kraamperiode die wordt geleverd door een kraamverzorgende met kwalificatie (kraam)verzorgende niveau 3 of gelijkwaardig en die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium dat een tariefbeschikking heeft, waardoor het onderzoek tot een bepaalde maxumprijs gedeclareerd mag worden.

Logopedist

Degene die als logopedist de status “kwaliteitsgeregistreerd” heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Maand

Kalendermaand.

Medicijn / medicatie

Geneesmiddel(en).

(Medisch) adviseur

De arts, apotheker, tandarts, fysiotherapeut of andere deskundige die ons adviseert over medische, farmacotherapeutische, tandheelkundige, fysiotherapeutische zorg of zorg die diens zorginhoudelijk vakgebied betreft.

Medisch specialist

Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.

Medische indicatie

Een medische indicatie is een aandoening of ziekte. Een arts heeft vastgesteld dat (of het vermoeden van) u een medische indicatie hebt om toegang te krijgen tot bepaalde zorg.

Mondhygiënist

De vrijgevestigde mondhygiënist die voor eigen rekening en verantwoordelijkheid de praktijk uitoefent.

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Degene die als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status “kwaliteitsgeregistreerd” heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Ongeval

Een plotselinge, onverwachte en niet gewilde gebeurtenis van buitenaf die rechtstreeks tot objectief medisch aan te tonen fysiek letsel leidt. Van een ongeval is ook sprake als u objectief medisch aan te tonen fysiek letsel oploopt, doordat u plotseling en onvrijwillig in omstandigheden terecht komt die u niet voorzien hebt en redelijkerwijs ook niet kon voorzien.

Voorbeelden van een genoemde gebeurtenis of bedoelde omstandigheden:

- wondinfectie of bloedvergiftiging;
- verstuing, ontwrichting of scheuring van band- en spierweefsel;
- het (onvrijwillig) binnenkrijgen van of vergiftiging met gassen, dampen, vloeibare of vaste stoffen of voorwerpen, behalve wanneer sprake is van gebruik van alcohol, medicijnen of drugs;
- besmetting door ziekteverwekkers of vergiftiging als u onvrijwillig in een (vloeistof) valt, of als u er zelf ingaat om een mens, dier of voorwerp te redden;
- verdrinking, verstikking, bevriezing, onderkoeling, zonnesteek of verbranding (anders dan

door zonnebaden), blikseminslag of andere elektrische ontlading, of in aanraking komen met bijtende stoffen;

- natuurgeweld zoals aardbeving, overstroming, tsunami/vloedgolf, orkaan of vulkanische uitbarsting;
- verhongering, uitdroging en uitputting;
- complicaties of verergering van letsel na een noodzakelijke medische behandeling na een ongeval;
- besmetting met HIV door een bloedtransfusie of een injectie met een besmette naald tijdens behandeling in een ziekenhuis.

We stellen een acute ernstige ziekte gelijk met een ongeval. Er is sprake van een acute ernstige ziekte als:

- zorg op medische gronden direct nodig en niet uitstelbaar is of als een ziekte of aandoening levensbedreigend is; en
- deze benodigde zorg onder de basisverzekering valt; en
- naar objectieve medische maatstaven binnen een halfjaar geen herstel te verwachten is.

Opname

Een periode van verpleging en behandeling met overnachting in een instelling voor medisch specialistische zorg op een voor verpleging ingerichte afdeling. De opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geneeskundige zorg.

We bedoelen niet verblijf in een polikliniek, niet een dagopname of spoedeisende hulp en ook niet in een instelling voor revalidatie.

Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aanengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:

- wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
- wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen (maximaal 1.095);
- wordt uw opname onderbroken voor weekenden en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.

Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Particuliere ziektekostenverzekering

Dit is een verzekering die geen zorgverzekering is in de zin van de Zorgverzekeringswet dus ook geen verzekering in de zin van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG), artikel 1 lid f. Het is een niet-wettelijke basisverzekering. Een particuliere ziektekostenverzekering kan alleen afgesloten worden en is alleen van kracht als er geen verzekeringsplicht volgens de Zorgverzekeringswet bestaat. Deze verzekering biedt een zelfstandige dekking zonder dat sprake is van een aanvulling op een andere verzekering.

Pedicure

- Degene die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als pedicure met een aantekening "voetverzorging bij diabetici (DV)" mag verzekeren met diabetes mellitus behandelen.
- Degene die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als pedicure met een aantekening "voetverzorging bij reumapatiënten (RV)" mag verzekeren met reumatoïde artritis behandelen.
- Degene die in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverlener geregistreerd staat als medisch voetzorgverlener mag verzekeren met reumatoïde artritis behandelen.
- Degene die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als medisch pedicure. De medisch pedicure is een gespecialiseerde pedicure voor diverse complexe voetproblemen. Deze pedicure mag verzekeren met diabetes mellitus of reumatoïde artritis behandelen.
- Degene die in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als paramedisch chiropodist. De paramedisch chiropodist is een gespecialiseerde pedicure voor diverse complexe voetproblemen. Deze pedicure mag verzekeren met diabetes mellitus of reumatoïde artritis behandelen.

In de artikelen waar zorg wordt beschreven staat ook welke van de hiervoor genoemde pedicures deze zorg moet verlenen.

Physician Assistant

Degene die is opgenomen in het kwaliteitsregister van de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA).

Toelichting: Tot het gebied van deskundigheid van de physician assistant wordt gerekend het verrichten van handelingen op het deelgebied van de geneeskunst waarbinnen de physician assistant is opgeleid. Deze handelingen omvatten het onder-

"woonland" kan bij verblijf in de Caraïben, als de benodigde zorg niet voorhanden is, uitgeweken worden naar de Verenigde Staten; deze zorg wordt dan beschouwd als zorg in uw woonland.

C.11.6.2. Medicijnen

In aanvulling op artikel B.15.1. vergoedt uw verzekering ook (het verstrekken en adviseren over) medicijnen die in het land waar u woont, erkend en afgeleverd zijn. Het gaat om medicijnen die naar hun aard onder de basisverzekering in Nederland vallen, maar niet in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zijn opgenomen.

Hieronder vallen ook:

- Rijksvaccinaties en bijbehorende consulten voor kinderen waar zij ook aanspraak op zouden hebben gehad als zij in Nederland zouden wonen;
- Rijksvaccinaties en bijbehorende consulten voor risicogroepen (bijvoorbeeld de griepvaccinatie) waar u ook aanspraak op zou hebben gehad als u in Nederland zou wonen.

Wij vergoeden niet:

- Medicijnen, middelen en vaccinaties die in een andere basisverzekering of aanvullende verzekering zijn opgenomen;
- Medicijnen waarvoor in Nederland geen voorschrift van een arts nodig is.

C.12. Ongevallen zorg

C.12.1. Algemeen

Wat we verstaan onder een "ongeval", staat in artikel A.1.

Er is sprake van "ongevallen zorg" als:

- sprake is van zorg die als "ongevallen zorg" in uw particuliere ziektekostenverzekering en/of aanvullende verzekering als verzekerde zorg is opgenomen; en
- voor zover uw particuliere ziektekostenverzekering en/of aanvullende verzekering vergoeding bevat van (kosten voor) ongevallen zorg. Dat kunt u op uw vergoedingenoverzicht zien; en
- deze zorg noodzakelijk is naar de normen van de beroepsgroep van de betreffende zorgverleners; en
- deze zorg plaatsvindt als direct gevolg van een ongeval; en
- deze zorg niet spoedeisend is; en
- voor zover en zolang die zorg nodig is om uw

medische gesteldheid of tandheelkundige toestand te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval. Is volledig herstel niet mogelijk, dan omvat ongevallen zorg die zorg, waardoor naar de stand van wetenschap en praktijk dit herstel redelijkerwijs benaderd wordt. We vergoeden niet de zorg die nodig is door gebrek aan onderhoud of verzorging van uw gebit of andere lichaamsdelen, of de zorg voor een lichaamsfunctie, conditie, tanden of lichaamsdelen die al ontbraken op het moment van het ongeval.

C.12.2. Buitenland

Wij vergoeden niet de kosten van ongevallen zorg, als die zorg buiten Nederland (of als u niet in Nederland woont: buiten uw woonland) wordt geleverd.

C.12.3. Meer verzekeringen

Als u bij ons 2 of meer verzekeringen hebt gesloten die ieder afzonderlijk dezelfde ongevallen zorg vergoeden, dan wordt alleen de vergoeding gegeven volgens de verzekering met de hoogste vergoeding voor ongevallen zorg. Hebben beide verzekeringen een even hoge vergoeding dan ontvangt u de vergoeding uit 1 van die verzekeringen.

C.12.4. Voorwaarden voor vergoeding

U bent verzekerd voor een bepaalde vorm van ongevallen zorg:

- als het ongeval heeft plaatsgevonden op het moment dat u bij ons verzekerd was voor die betreffende vorm van ongevallen zorg; en
- vanaf het moment dat wij van u of van een zorgverlener namens u de melding of een verklaring hebben ontvangen:
 - dat er sprake is van een ongeval;
 - het moment waarop het ongeval heeft plaatsgevonden; en
 - dat de betreffende vorm van zorg noodzakelijk is als direct gevolg van een ongeval.Deze melding moet zo spoedig mogelijk plaatsvinden; uiterlijk voordat de behandeling ongevallen zorg start; of
- als u over een politierapportage (proces-verbaal) beschikt waaruit de datum en de toedracht van het ongeval blijken, stuurt u die naar ons.

C.13. Vervallen

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking orthodontie, door middel van prestatiecodes die beginnen met:

- de letter "F",
- eindigen met de letter "A" en
- 3 cijfers daar tussenin.

Voorbeeld

"F121A" voor "eerste consult".

Voor de materiaal- en techniekkosten die bij deze zorg horen is een "*" toegevoegd aan de genoemde prestatiecode(s).

Zorgverlener

Een tandarts of een orthodontist verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.6. Mondzorg bij ongeval

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden mondzorg, voor zover die zorg is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4. als sprake is van "ongevallenzorg" zoals bedoeld in artikel C.12.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Behandelingen bijzondere tandheelkunde en/of kaakchirurgie vallen onder de dekking van de basisverzekering (zie artikelen B.4., B.12., B.13. en B.14.).
- Wij vergoeden niet:
 - de kosten van mondzorg die het gevolg zijn van het nuttigen van voedsel of drank;
 - orthodontie.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg door middel van prestatiecodes genoemd in artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4.
- De behandeling is afgerond binnen 2 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, omdat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van een tijdelijke behandeling.
- Er is geen recht op vergoeding van de aangevraagde behandeling, als er al een behandelindicatie aanwezig was voor het ongeval, of als er sprake is van uitgestelde zorg.

Akkoordverklaring

Zie artikel C.12. Onderstaande voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af:

- Een akkoordverklaring is nodig voorafgaand aan de behandeling en binnen 3 maanden na het ongeval.
- De aanvraag bevat een schriftelijk behandelplan en begroting van de tandarts of kaakchirurg en is opgesteld volgens de NMT Praktijkrichtlijn Tandletsel. Deze praktijkrichtlijn maakt deel uit van deze voorwaarden en staat op onze website.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.7. Tandartsvergoeding meenemen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Met uw aanvullende verzekering neemt u 100% tot maximaal € 250,- van uw ongebruikte dekking voor tandartskosten mee naar een volgend polisjaar.

Let op!

- De meegenomen vergoeding die niet is gebruikt, vervalt het jaar daarop.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Om gebruik te kunnen maken van de meegenomen vergoeding moet u dit polisjaar en volgend polisjaar een aanvullende verzekering hebben waarin vergoeding voor tandartskosten is opgenomen;