

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te
Houten en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, mondzorg, ongeval, 4-delige brug op implantaten
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202200187
Zittingsdatum : 17 augustus 2022

1. Partijen

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

tegen

1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 28 januari 2022 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 4 april 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 9 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 juni 2022 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 17 augustus 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering PNO Ziektekosten Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tandplus C (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden in het vervolg onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft op 23 maart 2021 een ongeval met de fiets gehad. Hierbij is schade ontstaan aan de 3-delige brug in de bovenkaak en de naastgelegen kroon. Bij de ziektekostenverzekeraar is in eerste instantie een offerte aangeleverd, gedateerd 28 april 2021, voor een bedrag van totaal € 12.133,78. Nadat de ziektekostenverzekeraar, in reactie hierop, had meegedeeld dat alleen de schade die het gevolg is van het ongeval onder de dekking valt, is een tweede offerte aangeleverd, gedateerd 30 mei 2021, voor een bedrag van totaal € 5.688,98. De ziektekostenverzekeraar heeft de hierin opgenomen posten deels akkoord bevonden, en onder de ongevallende dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering een machtiging verleend tot een bedrag van totaal € 2.961,11. Het gaat hierbij om de verrichtingen met de codes J01, H90, 1 x H35, X21, J02, J03, J97, J20, J23, J44, X10, J33, P10 met € 160,- materiaal- en techniekkosten, J15 met € 240,- materiaal- en techniekkosten, en R34 met € 763,- materiaal- en techniekkosten. Afgewezen werden de verrichtingen met codes: 2 x H35, 1 x J33, 1 x J28, R40, R45, R34, en 1 x X10.

- 3.3. Partijen hebben, naar aanleiding van de ingediende offertes en de hierop volgende beslissingen per gewone post en per mail gecommuniceerd, waarbij de ziektekostenverzekeraar het door hem ingenomen standpunt uiteindelijk heeft gehandhaafd.

4. **Het geschil**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de tandheelkundige behandelingen te vergoeden tot het maximale bedrag van de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering, te weten € 5.000,-.

5. **Bevoegdheid van de commissie**

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 79 van de 'Algemene regels 2021' van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. **Beoordeling**

- 6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker maakt thans aanspraak op een 4-delige brug op twee implantaten, ter plaatse van de 11 en de 23. Hij stelt dat de tandheelkundige behandeling een rechtstreeks gevolg is van het ongeval met de fiets, en dat de kosten daarom moeten worden vergoed tot het maximumbedrag van de ongevallendeckking. In dat verband voert hij aan dat de 4-delige brug noodzakelijk is vanwege drie afgebroken wortels. Verzoeker bestrijdt dat zijn vorige brug al los zat en aan vervanging toe was. Hierbij verwijst hij naar een verklaring van de tandarts-implantoloog van 30 mei 2021, waarin met betrekking tot de in de tweede offerte opgenomen verrichtingen wordt gesteld dat sprake is van *„...onomstotelijk door het ongeval veroorzaakte schade en betreft niet het herstellen van achterstallig onderhoud.* Voorts wordt door de tandarts-implantoloog op 29 november 2021 in een e-mailbericht toegelicht dat de frontbrug (11-22) op 18 december 2020 is losgeraakt, waarna deze door een collega is vastgezet. De brug zou hierna nog jaren hebben kunnen functioneren. Een brug kan namelijk wel dertig jaar mee. Het is voor verzoeker niet duidelijk waarom bepaalde verrichtingen in het ene geval wel en in het andere niet akkoord zijn bevonden. Ook is hem niet helder waarom de noodzaak van een implantaat ter plaatse van de 23 wél wordt erkend, maar ter plaatse van de 11 niet. Dat de kosten met betrekking tot het implantaat ter plaatse van de 23 uit coulance worden vergoed, en dat de ziektekostenverzekeraar die beslissing zou mogen heroverwegen, wordt door verzoeker bestreden. Bij de toekenning zijn geen voorwaarden gesteld. Daarnaast is het onredelijk een toegekende uitkering in te trekken als een verzekerde zijn rechten op grond van de verzekeringsovereenkomst uitoefent.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij alleen is gehouden de kosten van de tandheelkundige behandelingen te vergoeden die een rechtstreeks gevolg zijn van het ongeval. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting verklaard dat op de patiëntenkaart bij de datum 17 maart 2021 is vermeld dat de pijlers van de brug als verloren moesten worden beschouwd, mede als gevolg van cariës, dat deze elementen moesten worden getrokken en dat vervolgens een nieuwe tandheelkundige brug moest worden vervaardigd. Overigens is op dezelfde kaart al op 18 december 2020 vermeld dat de pasvorm van de brug matig was, dat er geen retentie is en dat er geen garantie was dat de constructie duurzaam zou zijn.

Dat dit laatste niet het geval is, blijkt uit het feit dat de brug in één jaar twee keer los is gekomen en vervolgens provisorisch is vastgezet. Daarnaast heeft de tandarts - tot wie verzoeker zich heeft gewend na het ongeval - niet de moeite genomen foto's te maken van de pijlers. Ook hieruit blijkt dat deze op voorhand als verloren werden beschouwd en dus getrokken moesten worden. Overigens vraagt de ziektekostenverzekeraar zich af of de brug zelf als gevolg van het ongeval is beschadigd. Er is immers slechts een klein stukje porselein van de brug afgebroken, maar dit kan ook een andere oorzaak hebben. Desalniettemin heeft de ziektekostenverzekeraar besloten uit coulance een vergoeding toe te kennen van € 2.961,11 voor het aanbrengen van een implantaat ter hoogte van element 23, waarbij de vergoeding is gebaseerd op de offerte die op 30 mei 2021 is ingediend. Voorts geldt dat deze behandeling dient plaats vinden binnen één jaar na het ongeval. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hij geen andere of hogere vergoeding aan verzoeker hoeft toe te kennen.

Overwegingen commissie

- 6.4. De commissie stelt vast dat verzoeker ouder is dan 18 jaar. Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar is beschreven op de bladzijdes 131 e.v. van de 'Algemene regels en vergoedingen'. De aanspraak op algemene tandheelkundige zorg is opgenomen op bladzijde 134. Het betreft hierbij een vergoeding tot € 1.250,- per kalenderjaar. Genoemd bedrag is inclusief materiaal- en techniekkosten. Bedoelde aanspraak is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken. Op bladzijdes 134 e.v. van de 'Algemene regels en vergoedingen' is de dekking bij een ongeval geregeld. Aanspraak bestaat op een vergoeding tot € 5.000,- voor maximaal één ongeval per kalenderjaar. Voorwaarde hierbij is dat de verzekering ten tijde van het ongeval van kracht is en dat de behandeling plaatsvindt binnen één jaar nadien. Na verkregen toestemming vindt vergoeding plaats van de kosten van de tandheelkundige behandeling om schade aan het gebit te repareren. Hieronder vallen ook de materiaal- en techniekkosten. Er zijn hierbij bepaalde uitsluitingen van toepassing, die in de situatie van verzoeker niet aan de orde zijn. Voorts is in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen: *"Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft. Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is."*
- 6.5. Het staat vast dat verzoeker voorafgaand aan het ongeval beschikte over een functionerende 3-delige brug. Deze brug en het naastgelegen bekroonde element zijn verloren gegaan als gevolg van een ongeval. Dat de brug en de naastgelegen elementen mogelijk niet in optimale conditie waren, zoals de ziektekostenverzekeraar stelt, doet aan het voorgaande niet af. De aanvraag van verzoeker ziet op een tandheelkundige behandeling die is gericht op het herstel van de brug. Omdat niet alleen de brug, maar ook het naastgelegen element verloren is gegaan, moet de brug worden uitgebreid tot vier elementen. De ziektekostenverzekeraar is gehouden deze brug, inclusief de (gemaximeerde) materiaal- en techniekkosten te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.6. Vervolgens is de vraag hoe deze brug moet worden bevestigd. Aangevraagd is een constructie op twee implantaten. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop coulancehalve goedgekeurd het aanbrengen van één implantaat ter hoogte van element 23 en in dit verband een vergoeding van € 2.911,61 toegezegd.

Uit de stukken blijkt dat eerder is gesproken over een 8-delige brug van de 15 naar de 22. De commissie leidt hieruit af dat de ter plaatse nog aanwezige elementen (15, 14, 13 en 12) in een zodanige staat verkeren dat deze niet meer kunnen worden behouden zodat met name de 12 niet kan worden gebruikt als pijler voor de 4-delige brug. De 4-delige brug zal echter toch op de een of andere manier moeten worden vastgezet. Uit de verklaring van de tandarts-implantoloog blijkt dat hiervoor twee implantaten noodzakelijk zijn. Door de ziektekostenverzekeraar is niet gesteld dat er een andere, goedkopere oplossing mogelijk is. Zou dit anders zijn geweest, dan had de ziektekostenverzekeraar zich erop kunnen beroepen dat op grond van de verzekeringsvoorwaarden slechts aanspraak bestaat op een behandeling die zo 'eenvoudig is als het kan'. Dit laatste is echter niet gebeurd, zodat ook het aanbrengen van een implantaat ter hoogte van element 11 valt onder het repareren van de schade als gevolg van het ongeval. Hierbij tekent de commissie nog aan dat zij begrijpt dat het niet meer geschikt zijn van de pijlers geen gevolg is van het ongeval, maar van de algehele gebitsconditie van verzoeker. Dit kan evenwel geen reden zijn het recht op vergoeding van de met de reparatie gemoeide kosten te beperken.

- 6.7. Tot slot merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar zich tijdens de zitting erop heeft beroepen dat de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering beperkt is in tijd, in die zin dat de tandheelkundige behandelingen binnen één jaar na het ongeval moeten plaatsvinden. De commissie acht het in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar dit aan verzoeker tegen te werpen. Als de ziektekostenverzekeraar de aanvraag - op basis van de offerte van 30 mei 2021 - direct had goedgekeurd, had verzoeker ruimschoots de tijd gehad de gevraagde behandelingen te ondergaan. Doordat de ziektekostenverzekeraar dit niet heeft gedaan, heeft hij verzoeker deze mogelijkheid ontnomen. Van verzoeker kan namelijk in redelijkheid niet worden verwacht dat hij de kosten van de behandelingen eerst zelf draagt en vervolgens onzekerheid blijft bestaan over de vergoeding hiervan lopende de klachtenafhandeling door de ziektekostenverzekeraar en gedurende de onderhavige procedure. Ten aanzien van de eerder toegezegde vergoeding van € 2.961,11 bleek ook tot aan de zitting onduidelijkheid te bestaan. Zo verklaarde de ziektekostenverzekeraar eerst dat sprake was van een onverplichte vergoeding uit coulance, maar werd nadien verklaard dat toch sprake was van een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Vervolgens werd ter zitting door de tandheelkundige adviseur van de ziektekostenverzekeraar verklaard dat deze vergoeding niet ter discussie stond en dus geen onderwerp was van geschil. Een andere medewerker van de ziektekostenverzekeraar kwam hier echter tegen op ter zitting, door te wijzen op de beperkte dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering tot één jaar na het ongeval, waardoor de vergoeding toch weer onderwerp van geschil werd. Deze gang van zaken acht de commissie in strijd met de goede procesorde en daarmee onaanvaardbaar, zodat de ziektekostenverzekeraar ook ten aanzien van dit deel van de vergoeding zich niet niet erop kan beroepen dat de behandeling binnen één jaar na het ongeval diende te zijn afgerond.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de 4-delige brug op twee implantaten aan verzoeker moet vergoeden tot ten hoogste het bedrag van totaal € 5.000,-, en overigens met inachtneming van het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 5 oktober 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Voor een goed gebit in een gezonde mond.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Beperkt, volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese, Fronttandvervang en Bijzondere tandheelkunde
Start	Geen vergoeding
Plus	Geen vergoeding
Optimaal	Geen vergoeding
Top	Geen vergoeding
Excellent	€ 1.600 algemene tandheelkundige zorg Max. per kalenderjaar
Tandplus A	€ 200, waarvan max. € 75 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandplus B	€ 500, waarvan max. € 150 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandplus C	€ 1.250, waarvan max. € 250 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandplus Preventief	• controle en preventie volledig • andere tandheelkundige zorg: € 2.000, waarvan max. € 300 voor vullingen • elektrische tandenborstel + opzetborsteltjes Vergoedingen: max. per kalenderjaar Tandenborstel: 1 per 3 jaar Opzetborsteltje: 1 per kwartaal Geen vergoeding voor: kronen, bruggen, wortelkanaalbehandelingen, implantaten en protheses

Wat u vergoed krijgt

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoedt de basisverzekering alleen de kaakchirurg, het kunstgebit, fronttandvervang en bijzondere tandheelkunde. Waar u recht op heeft staat in die vergoedingen. De meeste 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist en orthodontie vergoedt de basisverzekering niet.

De aanvullende verzekeringen Excellent en Tandplus A, B, C en Preventief vergoeden algemene tandheelkundige zorg wel als u 18 jaar of ouder bent. De vergoedingen staan hieronder, per verzekering. De codes tussen haakjes staan op de nota van de tandarts. Voor orthodontie geldt een andere vergoeding.

Excellent

Excellent vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.600 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet.

Tandplus A

Tandplus A vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 200 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 75 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandplus B

Tandplus B vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 500 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 150 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandplus C

Tandplus C vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.250 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 250 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandplus Preventief

Tandplus Preventief vergoedt deze preventieve behandelingen:

- controle (C11²)
- consult (C13)
- aanvullende anamnese (C22)
- toeslag voor behandeling thuis (C80)
- preventieve voorlichting (M01)
- evaluatie van preventie (M02)
- gebitsreiniging (M03)
- fluoridebehandeling (M40)
- onderzoek bacteriën en enzymen (M32)
- röntgenfoto (X10) of beoordelen daarvan (X11), maar niet voor orthodontie
- sealing (aanbrengen van een bescherm laag) (V30, V35)

Tandplus Preventief vergoedt ook de meeste andere codes voor tandheelkundige zorg³, tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar. Van dat bedrag kunt u maximaal € 300 besteden aan vullingen (V-codes) en tandvleesbehandelingen (parodontologie, T-codes) samen. Had u in 2019 ook Tandplus Preventief? Dan geldt de beperking voor vullingen en tandvleesbehandelingen niet voor u. Ze worden dan samen met de andere codes tot € 2.000 vergoed.

En: bij Tandplus Preventief krijgt u 1 keer per 3 jaar een elektrische tandenborstel, en elk kwartaal een nieuw opzetborsteltje.

Tandplus Preventief vergoedt niet (zorg die te maken heeft met):

- kronen, bruggen en inlays⁴
- kunstgebit
- implantaten
- wortelkanaalbehandeling
- orthodontie

Voor Excellent, Tandplus A, B, C en Preventief geldt:

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose (A20)
- uitwendig bleken (E97)
- facings (V15, R78, R79)
- behandeling van witte vlekken (M80, M81)
- MRA⁵ (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)
- gebits- en mondbeschermer (M61)

Ongeval?

Heeft u een ongeval gehad en is uw gebit beschadigd? Er is een aparte vergoeding voor tandheelkundige zorg na een ongeval.

¹ M01 preventieve voorlichting
M02 evaluatie van preventie
M03 gebitsreiniging
M30 behandelen gevoelige tandhalzen
M32 onderzoek bacteriën/enzymen
M40 fluoridebehandeling

² De codes tussen haakjes staan op de nota van de tandarts

³ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.pnozorg.nl - 030 639 62 62

⁴ Op maat gemaakte vullingen

⁵ Dit valt onder de vergoeding MRA

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Voor deze tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als een behandeling alleen cosmetisch is, of als u een zorgafpraak niet nakomt ('no show').

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Tandheelkundige zorg na een ongeval

Een bal tegen uw gezicht bij het sporten. Een ongeluk met de fiets.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Sommige gevallen Uit vergoeding Tandheelkundige zorg tot 18 jaar, of vanaf 18 jaar volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese en Bijzondere tandheeldkunde
Start	Geen vergoeding
Plus	Geen vergoeding
Optimaal	Geen vergoeding
Top	Geen vergoeding
Excellent	€ 5.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
OntzorgPlus	€ 10.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
Tandplus A	€ 2.500 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
Tandplus B	€ 5.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
Tandplus C	€ 5.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
Tandplus Preventief	€ 10.000

Wat u vergoed krijgt

Heeft u schade aan uw gebit door een ongeval¹? De basisverzekering of uw aanvullende (tand)verzekering vergoedt mogelijk uw tandheelkundige kosten. Dit hangt af van welke verzekering u heeft en van uw leeftijd.

Bent u jonger dan 18 jaar?

Dan vergoedt de **basisverzekering** de meeste tandheelkundige zorg. Dat kan dus ook zorg zijn die u nodig heeft door een ongeval. De aanvullende verzekeringen Optimaal en hoger vergoeden algemene tandheelkundige zorg die niet onder de basisverzekering valt. Wat u vergoed krijgt staat bij tandheelkundige zorg tot 18 jaar.

Bent u 18 jaar of ouder?

Vanaf 18 jaar vergoedt de basisverzekering alleen de kaakchirurg, het kunstgebit en bijzondere tandheelkunde. De **aanvullende verzekeringen** Excellent en Tandplus A, B, C en Preventief vergoeden algemene tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar wel. In die vergoedingen staat waar u recht op heeft.

Extra vergoeding na een ongeval

Krijgt u de zorg die u nodig heeft niet (helemaal) vergoed volgens de vergoedingen hierboven? Dan vergoeden Excellent, Tandplus A, B, C en Preventief, en soms OntzorgPlus, na onze toestemming, tandheelkundige behandeling om de schade aan uw gebit te repareren. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of een gedeeltelijk kunstgebit.

Deze vergoeding geldt alleen voor behandelingen tot maximaal 1 jaar na het ongeval. En het ongeluk moet gebeurd zijn terwijl u Excellent, Tandplus A, B, C of Preventief of OntzorgPlus had.

Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose (A20)
- behandeling van schade aan uw gebit die is ontstaan door een gebeurtenis waarbij vooraf kan worden ingeschat dat gebitsschade kan ontstaan. Bijvoorbeeld het bijten op een hard voorwerp, het openen van een fles met de tanden of het niet dragen van een gebitsbeschermer bij relevante sporten
- behandeling van schade aan uw gebit die is ontstaan of verergerd door eten

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de zorg die onder de basisverzekering valt.

Geen eigen bijdrage

Voor tandheelkundige zorg na een ongeval uit de aanvullende verzekering betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden tandheelkundige zorg na een ongeval alleen als wij vooraf toestemming² hebben gegeven. Voor spoedeisende zorg kunt u toestemming ook achteraf vragen. Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig. Daar moeten een behandelplan, een begroting en een (röntgen)foto bij zitten.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

¹ Met ongeval bedoelen wij in deze vergoeding: een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op uw lichaam, buiten uw wil, dat medisch aantoonbaar fysiek letsel heeft veroorzaakt

² Zie hiervoor: www.pnozorg.nl/vergoedingen/toestemming-vragen

OntzorgPlus of Excellent? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Excellent heeft. OntzorgPlus is daar namelijk onderdeel van.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Orthodontie tot 18 jaar

Voor een goed werkend gebit.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Alleen bij ernstige aandoeningen, uit vergoeding Bijzondere tandheelkunde
Start	Geen vergoeding
Plus	Geen vergoeding
Optimaal	Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden max. € 1.000 2e 12 maanden max. € 1.000
Top	Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden max. € 1.000 2e 12 maanden max. € 1.000 3e 12 maanden max. € 1.000
Excellent	100%

Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Orthodontie kan die vaak verhelpen. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheelkunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

De **aanvullende verzekeringen** Optimaal en hoger vergoeden orthodontie tot 18 jaar, volgens de vergoeding die u nu leest.

Optimaal vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling. En maximaal € 1.000 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 2 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Top vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000 in de 12 maanden daarna en € 1.000 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 3 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Optimaal en Top vergoeden orthodontie dus niet tot een maximum per kalenderjaar, maar per behandeljaar. Hoe dat werkt, leest u op onze informatiepagina¹.

Excellent vergoedt orthodontie tot 18 jaar volledig. De aanvullende tandverzekeringen vergoeden orthodontie

¹ Zie hiervoor: www.pnozorg.nl/vergoedingen/uitleg-vergoeding-orthodontie-tot-18-jaar-uit-optimaal-en-top