

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202301424

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van tandheelkundige zorg na een ongeval te vergoeden. Hierbij heeft zij aangevoerd dat de termijn van drie maanden uit de aanvullende ziektekostenverzekering haar niet kan worden tegengeworpen, omdat door de betrokken behandelaars aanvankelijk voor een afwachtend beleid is gekozen. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster geen indicatie heeft voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, zoals opgenomen in de zorgverzekering. Voorts kan geen aanspraak worden gemaakt op de ongevalsdekking van de aanvullende ziektekostenverzekering omdat niet binnen drie maanden na het ongeval zorgadvies is aangevraagd.
- 1.2. De commissie overweegt dat de tandheelkundige zorg onder andere bestaat uit een implantaatbehandeling. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op het aanbrengen van een implantaat in geval van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Dit is bij verzoekster niet aan de orde. De tandheelkundige zorg - inclusief de implantaatbehandeling - kan onder de regeling tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen worden vergoed als sprake is van een aangeboren of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel die in ernst vergelijkbaar is met schisis. Ook dit speelt bij verzoekster niet, zodat geen vergoeding ten laste van de zorgverzekering mogelijk is. Ten aanzien van de ongevalsdekking van de aanvullende ziektekostenverzekering geldt dat niet aan de gestelde voorwaarden is voldaan. Onverkorte toepassing van deze voorwaarden leidt onder de gegeven omstandigheden niet tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Op basis van de aanleiding - in de vorm van het ongeval - en het 'worst case scenario' waarvan direct na dat ongeval werd uitgegaan, had een behandelplan kunnen worden ingediend. Daarnaast is onduidelijk waarom de benodigde tandheelkundige zorg niet vooraf kon worden aangevraagd.
- 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. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 25 november 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 december 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 8 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 januari 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 25 januari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024001076) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 26 januari 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft, daarnaar gevraagd, niet medegedeeld hoe zij wenst te worden gehoord, waarop de commissie een mondelinge zitting heeft gepland. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 februari 2024 schriftelijk medegedeeld via videobellen te willen worden gehoord.
- 2.5. Partijen zijn bij brief van 20 maart 2024 uitgenodigd voor de hoorzitting van 10 april 2024. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoekster zonder kennisgeving niet verschenen. Vervolgens heeft de commissie verzoekster gepoogd te bellen op het in het dossier aanwezige 06-nummer. Dit is niet gelukt. De ziektekostenverzekeraar is op 10 april 2024 gehoord en daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 16 april 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 25 januari 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 18 april 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering (Combinatie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Aanvullend (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). In 2023 werd ten behoeve van verzoekster de aanvullende verzekering TandEnGaaf 250 afgesloten. Deze verzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 21 maart 2022 is verzoekster gevallen, waarbij de elementen 11 en 21 beschadigd zijn geraakt. Verzoekster heeft zich toen direct gewend tot de spoed tandarts, en nadien tot twee kaakchirurgen, de eigen tandarts en een CBT-tandarts. In overleg met deze behandelaars is aanvankelijk gekozen voor een afwachtend beleid, waarbij de elementen zijn gerestaureerd met composiet. In september/oktober 2022 ontstond een ontsteking bij element 21 en was een wortelkanaalbehandeling nodig om het resterende deel van deze voortand te behouden. De kosten van de behandeling door de endodontoloog beliepen ca. € 800,-. In december 2022 ontstond een breuk in de wortel van het desbetreffende element, waardoor dit niet meer te behouden was. Ter plaatse van de 21 is op 6 maart 2023 een implantaat aangebracht. Vervolgens zijn twee kronen geplaatst, op de elementen 11 en 21.
- 3.3. Bij brief van 21 maart 2022 heeft de spoed tandarts (Mondzorg Poli) over verzoekster verklaard:

"Klacht

Patiënt is gevallen waarbij de voortanden in de bovenkaak zijn afgebroken.

Onderzoek/Diagnose:

extra-oraal: schaafwonden op gezicht

intra-oraal: 11 breuk tot subgingivaal, 21 barst tot subgingivaal

röntgen: radiolucentie kroongedeelte 11 21

diagnose: gecompliceerde kroonfractuur 11 21

Behandeling/Advies:

Consult, situatie met patiënt besproken. Besloten dat patiënt morgen de eigen tandarts belt voor het opstellen van een behandelplan (implanteren 11 en 21)."

- 3.4. Bij brief van 22 maart 2022 heeft de eerste behandelend kaakchirurg over verzoekster verklaard:

"Reden van komst:

Spoed consult ow TSD en eigen tandarts ivm aangezichtstrauma met tandletsel.

Anamnese:

Mevrouw is gisteren gevallen op haar voortanden en is bij de TSD geweest waar extractie 11/21 geadviseerd is. De eigen tandarts heeft net een iets ander plan. Mevrouw weet niet goed wat ze moet doen en wil graag extra advies.

Ze is in het verleden behandeld in algehele narcose in het UMCU en hier bij collega [naam], vanwege extreme angst.

Voorgeschiedenis: reuma

Medicatie: oa MTX

Allergie: onbekend

Intoxicaties: geen

Lichamelijk onderzoek:

21: gecompliceerde kroon #; mogelijk tot in de wortel.

11: intrusieluxatie.

Beeldvormend onderzoek:

X-solo: kroonfractuur 21 lijkt niet door te lopen in de radix.

Diagnose:

21: gecompliceerde kroon #.

11: intrusieluxatie.

Beleid:

Er zijn wat mij betreft (ook iom collega [naam], CBT tandarts) 2 opties.

1. Behoud van de 11/21, endo 11 en waarschijnlijk 21 (bij avitaliteit), orthodontische extrusie 11, restauratieve THK 11/21.

2. Extractie 11/21 en later implantologie 11/21.

Mevrouw wil graag de mogelijkheden weten van immediate placement van implantaten waarvoor ik haar naar collega [naam] heb verwezen vanwege zijn expertise hierin. Tevens zou zij de hele behandeling in algehele narcose willen ondergaan, wat ik niet kan faciliteren in ons ziekenhuis. UMCU?"

- 3.5. Bij brief van 29 april 2022 heeft de tweede behandelend kaakchirurg over verzoekster verklaard:

"Anamnese

Patiënt is bekend met status na trauma aangezicht op 21 maart jl met intrusie 11 en kroonfractuur 21. De tandarts heeft de 11 en 21 opgebouwd, geen endo gedaan. De 11 is nu gevoelig bij warmte en licht mobiel.

Patiënte is infectiegevoelig. Is onder behandeling bij parodontoloog en heeft een strikt mondhygiënist regime.

Lichamelijk onderzoek

Uitgebreid gerestaureerde dentitie. Cingulumbeet. Intrusie en (pre-existente) rotatie 11 met opbouw. Beperkte mobiliteit 11 en 21. De 21 is gevoelig bij percussie. Koudetest 11 en 21 geeft positieve reactie.

Aanvullend onderzoek

Solo 31-3-2022 uit Antonius Ziekenhuis/ intrusie 11, kroonfactuur 21.

Nieuwe solo 22-4-2022: lamina dura 21 intact, geen periapicale lucentie, apicaal 11 lamina dura niet te vervolgen mogelijk beginnende lucentie.

Conclusie

Intrusieluxatie 11, kroonfactuur 21

Gruis in onderlip

Beleid

Met patiënte is besproken dat wij, mede vanwege de medische voorgeschiedenis, denken aan een expectatief beleid met behoud van de elementen 11 en 21. De inschatting is dat verbetering van vorm en kleur van de opbouw 11 haalbaar is. Ter overweging bij positieve evaluatie van de prognose van de 11 is een verwijzing naar de orthodontist voor beoordeling van de mogelijkheden van extrusie/standscorrectie. Bij onverhoopt verlies van element 11 of 21 denken wij in eerste instantie aan een brug."

3.6. Bij brief van 22 november 2022 heeft de tandarts over verzoekster verklaard:

"In maart 2022 heeft mevrouw een dentaal trauma opgelopen, waarvoor mevrouw al bij u mee bekend is, zie eerder schrijven.

Onlangs zijn de 11 en 21 door [naam] endodontisch behandeld.

A: Helaas kwam mevrouw vandaag met een loszittend stukje bij de 21.

IO: verticale fractuur van de 21. De fractuurlijn loopt van MBC naar MBI en palatinaal schuin af naar DC.

Het is lastig te zien hoe ver de breuk doorloopt, maar mijns inziens is het element verloren.

Behandeling: geprobeerd met flow de segmenten incisaal aan elkaar te hechten. Uitgelegd aan mvr dat dit alleen verhelpt dat het niet los 'aanvoelt'."

3.7. Bij brief van 12 juni 2023 heeft de behandelend CBT-tandarts over verzoekster verklaard:

"Op 12-6-2023 werd bovenstaande patiënte gezien op het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Historie en behandelvraag

Ik zie patiënt, vergezeld door haar partner, op verzoek van de huistandarts met de vraag om een prothetisch behandelingsvoorstel te doen, dan wel het prothetische deel van de beoogde behandeling voor te bereiden en uit te voeren. Ik zag haar eerder in maart 2022.

Ze werd verwezen naar het UMC Utrecht. Nu weer naar mij.

Status na trauma maart 2022, waarbij de 21 uiteindelijk verloren ging en de 11 geïntrudeerd raakte, waarna wortelkanaalbehandeling en opbouw in composiet bij de huistandarts. Geen klachten. Mevrouw vertelt dat 'hij zakt/nog steeds zakt' en dus steeds langer wordt. Heeft morgen afspraak bij collega [naam] ter beoordeling botvolume/genezing na plaatsen implantaat. Er wordt een implantaatkroon beoogd na vrijleggen.

Ik begrijp dat de vraag aan mij is het functioneel en esthetisch herstel in het front te bewerkstelligen.

Medische anamnese

Geen beperkingen. Rheuma. Ze vindt het spannend.

Extra-oraal onderzoek

Geen bijzonderheden.

Intra-oraal onderzoek

Diepe beet, 11 mooi maar wat smal opgebouwd, gingiva 11 lijkt genormaliseerd.

Röntgenologisch onderzoek

Conform klinisch beeld. Geen evidente externe wortelresorptie 11.

Diagnose

Verlies na trauma 21 (linker voortand) en intrusie 11 (rechter voortand) 3-222. Ik kan me goed vinden in het idee om de linker voortand door een implantaat te gaan vervangen. Als er een goed gepositioneerd implantaat op positie 21 is kan ik daar een kroon op maken. Voor de symmetrie heeft ook de 11, die bij het ongeval betrokken was en fors beschadigd raakte, een kroon. Die heeft een flink trauma doorgemaakt, wat de prognose op de lange termijn wat onzeker maakt. Bovendien groeit hij uit en ik weet niet of dat stopt.

Derhalve is mijn voorstel om een implantaatkroon 21 te maken en gewone kroon 11 en een retainer voor de nacht te gaan dragen, later te bezien of het ook zonder kan."

- 3.8. In juni 2023 heeft de behandelend kaakchirurg over verzoekster verklaard:

"Patiënt is destijds doorverwezen vanuit perifeer ziekenhuis naar UMC Utrecht om ontstane situatie fronttandletsel te beoordelen.

Mede gezien haar medische achtergrond is met patiënt besproken dat een expectatief beleid met behoud van elementen 11 en 21 op dat moment wenselijk was.

Helaas hebben wij eind november 2022 moeten constateren dat er [een] sprake is van een infauste prognose voor element 21.

Uit correspondentie van patiënt vernemen wij dat u een maximumtermijn heeft ingesteld van drie maanden na trauma, waarin het definitieve plan moet worden opgesteld en daaruit volgend een machtigingsaanvraag verwacht. Deze termijn laat o.i. geen ruimte voor een expectatief beleid. De impact en het verloop van tandletsel en craniofaciaal trauma kan zich namelijk ook na drie maanden nog ongunstig ontwikkelen.

Derhalve vragen wij om onze aanvraag voor vergoeding vanuit de ongevallendeckking alsnog te vergoeden."

- 3.9. Bij de ziektekostenverzekeraar zijn aanvragen gedaan voor mondzorg na een ongeval en ziekenhuiszorg. Deze zijn bij brieven van respectievelijk 3 februari 2023 en 21 maart 2023 door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Naar aanleiding van laatstgenoemd schrijven heeft verzoekster op 24 en 25 maart 2023 telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Bij e-mailbericht van 25 maart 2023 en brief van 28 april 2023 heeft verzoekster om heroverweging van de afwijzende beslissingen verzocht. Op 2 mei 2023 werd opnieuw een aanvraag gedaan voor mondzorg na een ongeval. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 mei 2023 verklaard zijn afwijzende beslissing te handhaven. Verzoekster heeft zich vervolgens gewend tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, waarna bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft plaatsgevonden. Dit heeft echter niet geleid tot de door verzoekster gewenste uitkomst.

3.10. Bij brief van 25 januari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van tandheelkundige zorg na een ongeval te vergoeden.

4.2. Verzoekster licht in haar brief van 5 juni 2022 toe dat, in overleg met de behandelaars, aanvankelijk is gekozen voor een afwachtend beleid. Om die reden is toen ook geen behandelplan opgesteld. Tot drie maanden na het ongeval bestond niet de verwachting dat extractie van element 21 moest plaatsvinden en dat ter plaatse een implantaat moest worden aangebracht. De breuken in de beide voortanden leken niet door te lopen tot in de wortel. Door een ontsteking in september/oktober 2022 werd behandeling door een endodontoloog van element 21 noodzakelijk. Dit element ging in december 2022, na het eten van een cracker, alsnog verloren. In haar e-mailbericht van 21 juni 2023 stelt verzoekster dat haar gebit zich - tot het ongeval - in goede staat bevond. De tandheelkundige zorg na het ongeval heeft voor haar tot hoge kosten geleid.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 3 februari 2023, onder verwijzing naar artikel B.12.1, verklaard dat de aanvraag voor mondzorg na een ongeval is afgewezen omdat deze niet werd gedaan voorafgaand aan de behandeling en binnen drie maanden na het ongeval. Bij brief van 21 maart 2023 volgde een afwijzing voor de aangevraagde ziekenhuiszorg, onder verwijzing naar de artikelen B.12.2. en B.14.a., met als toelichting dat implantologie van de betande kaak geen verstrekking is vanuit de basisverzekering. In zijn brief van 2 mei 2023 herhaalt de ziektekostenverzekeraar dat de aanvraag voor mondzorg na een ongeval is afgewezen, met als reden dat aanspraak alleen mogelijk is wanneer voorafgaand aan de behandeling en binnen drie maanden na het ongeval zorgadvies wordt aangevraagd. Bij brief van 12 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar - na herbeoordeling door zijn adviserend tandarts - dit standpunt herhaald, waarbij is verwezen naar artikel D.8.6.. Naar aanleiding van een nieuw ingediende aanvraag voor mondzorg na een ongeval volgde bij brief van 11 juli 2023 wederom een afwijzing door de ziektekostenverzekeraar, onder vermelding van dezelfde grond.

5.2. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 30 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat op grond van artikel D.8.6. van de verzekeringsvoorwaarden binnen drie maanden na het ongeval een aanvraag moet worden ingediend. Die aanvraag bevat in elk geval een ongevallenverslag, de status van het gebit van voor en na het ongeval, een behandelplan en begroting, en de behandelhistorie. De aanvraag moet zijn opgesteld volgens de NMT Praktijkrichtlijn Tandletsel. Verder moet de behandeling binnen twee jaar na het ongeval zijn afgerond, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, omdat het gebit niet volgroeid is. Dat eerst werd getracht de voortanden te behouden is zeker niet kwalijk. In de voorwaarden staat niet dat een behandeling binnen drie maanden na het ongeval moet zijn gestart en/of zijn afgerond. Volgens de adviserend tandarts is het goed mogelijk de schade binnen drie maanden na ongevalsdatum vast te stellen en deze bij de ziektekostenverzekeraar door middel van een machtigingsaanvraag vast te leggen met een (voorlopig) behandelplan. Vervolgens kunnen binnen twee jaar evaluaties plaatsvinden die het (voorlopige) behandelplan doen wijzigen. Dat is evident aan een ongeval, aldus de ziektekostenverzekeraar. De definitieve tandheelkundige oplossing van de schade kan soms langer duren en voor sommige elementen kan deze onzeker zijn, de definitieve uitkomst is soms lastig te bepalen. De schade is echter wel direct vast te stellen.

5.3. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding de behandelhistorie van verzoekster op te vragen of contact op te nemen met de behandelaars. Zijns inziens is de redenering dat, om aan de drie maandentermijn te voldoen, elementen direct getrokken moeten worden en een implantaat moet worden geplaatst, een foutieve interpretatie van de verzekeringsvoorwaarden, die tevens indruist tegen de stand van de wetenschap en praktijk. De verzekeringsvoorwaarde waaraan wordt gerefereerd, betreft slechts de melding van het ongeval, met alle gegevens, (voorlopig) behandelplan en begroting. Hierin is niets vastgelegd over wanneer een behandeling moet worden aangevangen, enkel wanneer deze dient te worden afgerond. Deze termijn van twee jaar is een redelijke termijn op basis van de stand van de wetenschap en praktijk. De meldingstermijn van drie maanden is iets anders dan de behandeltermijn van twee jaar. In dit geval is de aanvraag pas tien maanden na het ongeval ingediend. Omdat geen sprake is van een zeer uitzonderlijke situatie, ziet de ziektekostenverzekeraar geen grond voor een coulancevergoeding.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat zijn standpunt al in de overgelegde stukken staat beschreven en dat hij daaraan niets heeft toe te voegen.

6. Advies Zorginstituut

6.1. In het voorlopig advies van 25 januari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

Bij verzoekster is geen sprake van een blijvend dento-alveolair defect ten gevolge van een ongeval, omdat geen aanzienlijk deel van het bot verloren gegaan. Het verloren gaan van één element levert anderszins ook geen indicatie op tot bijzondere tandheelkundige hulp krachtens artikel 2.7, lid 1, sub a, van het Bzv, aangezien de functiestoornis voor het hele gebit niet zeer ernstig is.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op de vergoeding van een implantaat met kroon ten laste van de basisverzekering.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp."

7. Bevoegdheid van de commissie

7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' en mondzorg - meer specifiek de regeling

tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen - alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) inzake de derogerende werking van de goede trouw, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. Het geschil betreft de kosten van tandheelkundige zorg. Het gaat hierbij om kosten vanwege behandeling door de tandarts, behandeling door een endodontoloog, het aanbrengen van een implantaat ter plaatse van element 21, en het plaatsen van kronen op de elementen 11 en 21. Met uitzondering van de kosten, verbonden aan een volledige gebitsprothese, en de kosten van tandheelkundige zorg voor jeugdige verzekerden, geldt dat reguliere tandheelkundige zorg niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Daarentegen kent de verzekering wel dekking voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen.
- 8.3. Een en ander is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. De artikelen B.12.1. en B.12.2. vormen hiervan een uitwerking. Artikel B.12.2. ziet specifiek op de implantaatbehandeling en in dat kader worden twee situaties onderscheiden. De ene situatie is die waarin de implantaten worden aangebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij deze implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Verzoekster was niet tandeloos, haar kaak was niet ernstig geslonken en het implantaat ter plaatse van element 21 werd niet aangebracht als steun voor een uitneembare prothese, zodat zij niet aan genoemde voorwaarden voldeed.
- 8.4. De andere in artikel B.12.2. genoemde situatie is die waarbij betrokkene een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak- mondstelsel heeft. Hierbij wordt verwezen naar artikel B.12.1. In het geval van verzoekster zou met name kunnen worden gedacht aan een zogenoemd dento-alveolair defect. Dit is schade aan het gebit door een trauma, waarbij naast één of meer elementen, ook een deel van het omliggende kaakbot verloren is gegaan. Uit het advies van het Zorginstituut van 25 januari 2024 volgt dat dit bij verzoekster na het ongeval niet aan de orde was. Voorts is gesteld noch gebleken dat bij haar in dit verband een andere, mogelijke indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg aanwezig was. Dit betekent dat geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de kosten van de onder 8.2. genoemde tandheelkundige zorg, waaronder die van het aanbrengen van het implantaat ter plaatse van element 21, op basis van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.5. Op grond van artikel D.8.6. van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg na een ongeval. In deze bepaling is een verwijzing opgenomen naar de artikelen D.8.2. (kronen, bruggen en inlays), D.8.3. (kunstgebit en implantaten) en D.8.4. (overige mondzorg). Voorts is in artikel D.8.6. bepaald dat, in aanvulling op of in afwijking van artikel C.12., een akkoordverklaring nodig is voorafgaand aan de behandeling en binnen drie maanden na het ongeval. Geconstateerd moet worden dat (i) met de behandeling is gestart zonder akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar, en (ii) de in artikel D.8.6. genoemde termijn van drie maanden was verstreken ten tijde van het indienen van de diverse aanvragen. Hieruit volgt dat geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de onder 8.2. bedoelde kosten van tandheelkundige zorg, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 8.6. Door verzoekster en haar behandelaars is betoogd dat aanvankelijk is gekozen voor een afwachtend beleid. Dat behandeling door een endodontoloog moest plaatsvinden was niet voorzien, en hetzelfde geldt voor de extractie, het aanbrengen van het implantaat en het plaatsen van de kronen. De commissie begrijpt hieruit dat de stelling is dat toepassing van (i) de termijn van drie maanden en (ii) de eis van een voorafgaande aanvraag onder de gegeven omstandigheden

leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. In het kader van de beoordeling hiervan ziet de commissie zich in de eerste plaats voor de vraag gesteld of de tandheelkundige zorg het rechtstreekse gevolg is van het ongeval op 21 maart 2022. In dit verband is van belang dat uit de brief van de tweede kaakchirurg blijkt dat verzoekster voordien al infectiegevoelig was. Voorts heeft verzoekster zelf verklaard dat element 21 pas verloren is gegaan nadat in december 2022 een breuk was ontstaan in de wortel, na het eten van een cracker. Indien op grond hiervan wordt geconcludeerd dat geen causaal verband met het ongeval bestaat, betekent dit dat de kosten van de endodontologische behandeling, het aanbrengen van het implantaat en het plaatsen van de beide kronen hoe dan ook niet onder de ongevalsdekking van artikel D.8.6. zouden zijn gevallen. Nu de ziektekostenverzekeraar zich evenwel niet heeft beroepen op het ontbreken van een oorzakelijk verband, moet als vaststaand worden aangenomen dat de tandheelkundige zorg inderdaad het rechtstreekse gevolg was van het ongeval.

In dat geval was de staat van de beide elementen direct na dat ongeval kennelijk al zodanig dat de vraag opkomt waarom destijds geen aanvraag is gedaan conform de NMT Partijrichtlijn Tandletsel, zoals bepaald in artikel D.8.6.. De aanleiding daartoe, in de vorm van een ongeval met tandletsel, was immers aanwezig. Hierbij is voorts van belang dat de spoed tandarts op 21 maart 2022 al uitging van implantaten ter plaatse van de elementen 11 en 21. Ook de eerste behandelend kaakchirurg zag dit als een optie in zijn brief van 22 maart 2022. Pas op 29 april 2022 benoemde de tweede behandelend kaakchirurg de keuze voor een expectatief beleid. Hoewel de commissie zich kan voorstellen dat verzoekster de voorkeur gaf aan die laatste keuze, verklaart dat niet waarom direct na het ongeval geen behandelplan is ingediend op basis van het 'worst case scenario', waarvan toen werd uitgegaan door de spoed tandarts en de eerste behandelend kaakchirurg. Los hiervan heeft verzoekster ervoor gekozen de tandheelkundige zorg - die vervolgens nodig bleek - niet vooraf aan te vragen. Onder deze omstandigheden kan niet worden gesteld dat onverkorte toepassing van de verzekeringsvoorwaarde leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
- 9. **Bindend advies**
- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 april 2024,

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg wordt verrekend met het eigen risico, behalve als u deze zorg binnen ketenzorg ontvangt.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetiek buiten ketenzorg als u al zorg binnen ketenzorg ontvangt van een zorggroep voor dezelfde aandoening. Dat kan alleen als sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een andere, gerichte indicatie;
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetiek als die niet met een geneeskundig doel is gegeven, zoals bijvoorbeeld dieetadviezen in verband met afslanken of sport zonder dat daarvoor een medisch doel is of een medische noodzaak bestaat;
- U hebt voor dezelfde indicatie zonder dat sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie, niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek in combinatie met het zorgprogramma Gecombineerde Leefstijl Interventie (zie artikel B.3.4.).
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij ketenzorg gaat de declaratie via de hoofdaannemer in de vorm van één integraal tarief. In dat geval geldt de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg.

Als het om ketenzorg gaat, wordt de zorg geleverd door een diëtist die:

- is aangesloten bij, of gecontracteerd door een hoofdaannemer;
- is aangesloten bij een gecontracteerde hoofdaannemer als sprake is van astma.

Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk ge-

handicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.12. Mondzorg voor alle leeftijden

B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat mondzorg in bijzondere gevallen. Deze is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt; en/of
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en/of
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*) worden niet vergoed als mondzorg. Het betreft een hulpmiddel tegen snurken.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.2. implantaat

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden;

en

- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei-
stoornis of verworven afwijking van het tand-
kaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder
B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundi-
ge zorg zijn normale functie niet kan houden of
krijgen, die het zonder die aandoening zou
hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel
A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risi-
co.
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het
kunstgebit (volledige gebitsprothese) die op
een tandheelkundig implantaat wordt vastge-
maakt. Zie hiervoor artikel B.14.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg
ook extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw
Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.3. Orthodontie in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

- u voldoet aan de eisen die genoemd zijn in
artikel B.12.1.; en
- sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings-
of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel
waarbij medebehandeling van andere discipli-
nes dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel
A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risi-
co.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
- Reparatie of vervanging van een beugel door
eigen schuld (codes F811B* en F811C*)

Voorwaarden (B.12.1., B.12.2. en B.12.3.)

Algemeen

- Als bij een gecombineerde orthodontische en
kaakchirurgische behandeling prothetische na-
behandeling noodzakelijk is, moet een multi-
disciplinair behandelplan door alle betrokken
zorgverleners opgesteld worden.
- De zorg mag verleend worden op de plaats
waar u verblijft; u hebt hiervoor een schriftelijk
advies van de huisarts of specialist nodig.

Zorgverlener

- De zorg onder B.12.1. wordt verleend door een
tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg, ortho-

dontist of een bevoegde zorgverlener die ver-
bonden is aan een centrum voor mondzorg of
Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
(C.B.T.).

- De zorg onder B.12.2. wordt verleend door een
tandarts of kaakchirurg;
- De zorg onder B.12.3. wordt verleend door een
orthodontist of door een Centrum voor Bijzon-
dere Tandheelkunde (C.B.T.);
- Als sprake is van een tandheelkundige behan-
deling onder algehele anesthesie of sedatie
wordt deze verleend door een bevoegde zorg-
verlener:
 - in een door Centraal Overleg Bijzondere
Tandheelkunde (COBIJT) erkend Centrum
voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - waarmee wij voor deze behandeling af-
spraken hebben gemaakt.

Verwijzing

Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige
implantaten, hebt u voor aanvang van de behan-
deling een verwijzing nodig van een tandarts,
orthodontist of tandarts-implantoloog.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is
nodig voor de zorg onder B.12.1.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring zit
een schriftelijke motivering van uw tandarts en
een schriftelijk behandelplan. Wij kunnen onze
akkoordverklaring intrekken als:
 - de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
 - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet
opvolgt.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is no-
dig voor het plaatsen van een tandheelkundig
implantaat (B.12.2.). Daarbij geldt dat u een
ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Bij de
aanvraag voor de akkoordverklaring zit een
schriftelijke motivering van uw tandarts of
kaakchirurg en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie
vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen
Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en
kunt u ook bij ons opvragen.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is no-
dig voor orthodontie in bijzondere gevallen
(B.12.3.). Bij de aanvraag voor de akkoordver-
klaring zit een schriftelijke motivering van uw
orthodontist en een schriftelijk behandelplan.

Tarieven

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

ten; het betreft hier de behandeling in het kader van mondzorg van bijzondere zorggroepen;

- X21: maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT) bij verzekerden tot 18 jaar;
- J39: plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten) bij verzekerden tot 18 jaar.
- o E97: kosten van het uitwendig bleken van tanden;
- o Myofunctionele apparatuur (bijvoorbeeld Trainers) met de code G74*;
- o behandeling van witte vlekken (codes M80* en M81*);
- o F811A*: reparatie of vervanging van beugel door eigen schuld.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

- een tandarts;
- een mondhygiënist;
- een tandprotheticus;
- een zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg;
- een zorgverlener die verbonden is aan een instelling voor jeugdtandverzorging.

Behandelaarsvoorstel

Een tandarts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.8.2. Kronen, bruggen en inlays

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van kronen, bruggen en inlays. Dit is inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van onderstaande vergoedingsvormen:

- Maximumbedrag

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding per jaar, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Maximum bedrag en bepaalde leeftijd

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding per jaar, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Groeivergoeding en maximum bedrag

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering staat dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag vergoeden dat jaarlijks groeit, dan groeit uw vergoeding ieder jaar met een bedrag dat op uw Vergoedingen Overzicht staat; ook het maximum te bereiken bedrag staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Voorbeeld “maximum bedrag en groeivergoeding”:

U hebt bij ons een aanvullende verzekering met een groeivergoeding voor onder andere kronen, bruggen en inlays. Die aanvullende verzekering is op 1 januari 2020 ingegaan. Op dat moment is de maximale vergoeding voor deze mondzorg € 300,-. U dient een rekening in van € 200,-. Omdat dit bedrag lager is dan de maximum vergoeding van 2020, vergoeden wij deze rekening helemaal. Er blijft in totaal nog € 100,- over voor 2020.

Op 1 januari 2021 groeit de vergoeding voor de 1e keer met € 300,-. U hebt uit 2020 nog € 100,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 400,- voor 2021. U dient dat jaar geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2022 groeit de vergoeding voor de 2e keer met € 300,- U hebt uit 2021 nog € 400,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 700,- voor 2022. U dient dat jaar ook geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2023 groeit de vergoeding voor de 3e keer, maar nu met € 200,- omdat daarmee het maximum bedrag van € 900,- wordt bereikt. U dient dat jaar ook geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2024 groeit de vergoeding niet omdat het maximale bedrag van € 900,- al is bereikt. U dient dat jaar een rekening in van € 1.100,-. Wij vergoeden van deze rekening € 900,- (uw volledige maximale vergoeding wordt opgebruikt). Er blijft dus € 200,- voor uw eigen rekening.

Op 1 januari 2025 start/groeit de vergoeding weer met € 300,- zodat uw maximale vergoeding € 300,- voor 2025 wordt. De € 200,- die in 2024 voor uw eigen rekening is gebleven, wordt uiteraard nu ook niet vergoed omdat de behandeling in een ander jaar plaatsvond.

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.
- 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. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "R".

Zorgverlener

Een tandarts verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.8.3. Kunstgebit en implantaten

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van mondzorg:

- a. kunstgebit (uitneembare, gedeeltelijke gebitsprothesen);
- b. de wettelijke eigen bijdragen die u volgens uw zorgverzekering zelf moet betalen voor:
 - een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprothesen), niet geplaatst op implantaten;
 - een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprothesen), geplaatst op implantaten en het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem);
- c. implantologie die niet onder artikel B.12.2. van de zorgverzekering wordt vergoed. En de suprastructuur als deze niet onder artikel B.14. van de zorgverzekering wordt vergoed.

Bij alle genoemde vergoedingen gaat het om de tandheelkundige prestaties en bijbehorende materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van de verschillende vergoedingsvormen die zijn beschreven in artikel D.8.2. onder 'Zorg: waar bent u voor verzekerd'.

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.
- In de zorgverzekering kunnen delen van deze, of soortgelijke zorg al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In de artikelen B.12.2., B.13. en B.14. kunt u lezen of u daar recht op hebt.
- 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. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "P" of "J".

De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

Zorgverlener

- Een tandarts, een tandprotheticus of bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde verleent de zorg.
- Een kaakchirurg, verbonden aan een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

Verwijzing

Verwijzing van een tandarts is nodig als prothetische zorg verleend wordt door een tandprotheticus. Het gaat dan om zorg die aangeduid is met P-codes en/of J-codes bij verzekerden die nog eigen tanden en/of tandheelkundige implantaten hebben.

Verwijzing van een tandarts is ook nodig als de implantologische zorg geleverd wordt door een kaakchirurg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.8.4. Overige mondzorg

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden overige vormen van mondzorg, voor zover die zorg niet is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6.

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.
- In de zorgverzekering kunnen onderdelen van deze of van soortgelijke zorg al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In de artikelen B.13. en B.14. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent.
- 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. Dit gebeurt door middel van andere prestatiecodes dan zijn genoemd in artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6. De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

Zorgverlener

Een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus of andere bevoegde zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of instelling voor jeugdtandverzorging verleent de zorg;

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.8.5. Orthodontie

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden orthodontie, inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van onderstaande vergoedingsvormen:

- Maximumbedrag

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij orthodontie tot een maximum bedrag vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Maximum bedrag en bepaalde leeftijd
Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij orthodontie tot een maximum bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt en tot de genoemde leeftijd of vanaf de genoemde leeftijd.

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.
- Artikel C.9.3. is niet van toepassing op de vergoeding van orthodontie uit dit artikel.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Wachttijd

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat er een wachttijd geldt? U kunt dan gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie, als u deze aanvullende verzekering minimaal 1 jaar (365 dagen) hebt. Deze wachttijd geldt per verzekerde.

Voorbeeld:

U sluit een nieuwe aanvullende verzekering af waarin orthodontie is opgenomen met een wachttijd van 1 jaar. Deze aanvullende verzekering gaat in op 15 maart 2022. U kunt dan vanaf 15 maart 2023 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie.

De wachttijd geldt niet voor kinderen tot en met 17 jaar die meeverzekerd worden of zijn op uw aanvullende verzekering met orthodontie.

Deze aanvullende verzekering moet dan tenminste 1 jaar hebben gelopen.

Voorbeeld:

U bent vanaf 1 maart 2021 verzekerd met een aanvullende verzekering waarin orthodontie is opgenomen. Per 1 januari 2022 worden uw partner van 40 jaar en uw kind van 12 jaar meeverzekerd op uw polis met dezelfde aanvullende verzekering. U bent de verzekeringnemer en uw partner en kind zijn dus medeverzekerden.

Uw kind kan vanaf 1 maart 2022 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie omdat u dan 1 jaar deze aanvullende verzekering hebt. Voor uw partner geldt wel een wachttijd van een volledig jaar. Uw partner kan vanaf 1 januari 2023 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie.

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;

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.7

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

onderdelen a tot en met c:

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

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

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