



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U., beide te Tilburg

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, orthodontie na ongeval, onduidelijke voorwaarde

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 6:238 BW

Zaaknummer : 202002053

Zittingsdatum : 12 mei 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 27 december 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 maart 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 8 maart 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 mei 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen NS Tandstart (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en NS Basis.
De zorgverzekering en de aanvullende verzekering NS Basis zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft door een ongeval schade gekregen aan zijn gebit. Hij heeft hierop een orthodontische behandeling ondergaan. De kosten hiervan heeft hij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 juli 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van orthodontie na een ongeval niet worden vergoed, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 17 september 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de voorwaarde met betrekking tot mondzorg na een ongeval onduidelijk is en door de ziektekostenverzekeraar moet worden aangepast, en
- (ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem de kosten van de orthodontische behandeling te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

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 A.22 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante verzekeringsvoorwaarde en artikel 6:238 Burgerlijk Wetboek (BW) zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker heeft door een ongeval schade aan zijn gebit gekregen. Medisch gezien is een orthodontische behandeling de meest adequate en duurzame oplossing om deze schade te verhelpen. Na een langdurig overleg van de tandarts en de orthodontist met de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar, is echter gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering hiervoor geen dekking biedt.

6.3. Volgens verzoeker wordt in de voorwaarden niet toegelicht wat de ziektekostenverzekeraar verstaat onder mondzorg. Bij de zorgverzekering wordt ook gesproken over mondzorg als het gaat om een orthodontische behandeling. Verzoeker mocht de bepaling in de aanvullende ziektekostenverzekering daarom volgens hem zo begrijpen dat hieronder ook dekking bestaat voor orthodontie. Als hij vooraf had geweten dat deze zorg er niet onder valt, had hij deze verzekering wellicht niet gesloten. Verzoeker merkt hierbij op dat de ziektekostenverzekeraar de voorwaarden beter kan aanpassen, zodat voor iedereen duidelijk is dat orthodontie is uitgesloten van vergoeding.

Verder stelt verzoeker dat de door hem gekozen oplossing van orthodontie niet extreem duur is, en een langdurig resultaat oplevert. Hierdoor is de kans op extra kosten op de (middel)lange termijn minder groot dan wanneer het ontstane probleem alleen met hulp van de tandarts was opgelost. Verzoeker is van mening dat het in dit geval in het voordeel van de ziektekostenverzekeraar is als wordt afgeweken van de regels.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de aanvullende ziektekostenverzekering onder bepaalde voorwaarden dekking biedt voor mondzorg na een ongeval. Dit is geregeld in artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Een orthodontische behandeling is uitgesloten van deze dekking. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt na een ongeval enkel dekking voor de mondzorg zoals beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze artikelen hebben betrekking op kronen, bruggen en inlays, kunstgebit, implantaten en overige mondzorg. Daarom ontvangt verzoeker geen vergoeding voor de door hem ondergane orthodontische behandeling, ten laste van

de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar maakt geen uitzondering op de vergoeding vanuit dit artikel.

Overwegingen

- 6.5. De commissie begrijpt de stelling van verzoeker zo dat onduidelijk is of onder artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, waarin de aanspraak op mondzorg na een ongeval is geregeld, tevens moet worden verstaan een orthodontische behandeling. De commissie volgt verzoeker hierin niet. In artikel D.8.6. is immers bepaald dat aanspraak bestaat op de zorg zoals omschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4., terwijl orthodontie is geregeld in artikel D.8.5. Uit de tekst van artikel D.8.6. volgt dus dat orthodontie niet valt onder de mondzorg die na een ongeval voor vergoeding in aanmerking komt. Van een onduidelijke bepaling is volgens de commissie dan ook geen sprake. Dat in het kader van de zorgverzekering orthodontie onder het begrip mondzorg is geschaard maakt het voorgaande niet anders.
- 6.6. Het lag op de weg van verzoeker zich op de hoogte te stellen van de geldende voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, alvorens kosten te maken. Deze voorwaarden zijn, zoals hiervoor is overwogen, duidelijk en begrijpelijk ten aanzien van mondzorg na een ongeval. Er is dan ook geen aanleiding te bepalen dat de redactie door de ziektekostenverzekeraar moet worden gewijzigd.
Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd met betrekking tot de door hem in overleg met de orthodontist gekozen oplossing, te weten dat deze duurzamer is en op termijn goedkoper dan behandeling door een tandarts, rechtvaardigt niet een afwijking van de verzekeringsvoorwaarden. Over de mogelijkheid van een onverplichte vergoeding kan de commissie zich niet uitlaten. Dit is aan de ziektekostenverzekeraar. Slechts indien deze een beleid van willekeur zou voeren kan de commissie hierover oordelen, maar dat zich dit voordoet is gesteld noch gebleken.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 mei 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden
2. Artikel 6:238 BW

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapotheek.

Behandelvoorstel

Een door ons erkende alternatieve zorgverlener heeft vastgesteld dat de medicijnen medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

Plaats

U krijgt de medicijnen in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres (via een internetapotheek).

D.8. Mondzorg

D.8.1. Mondzorg algemeen

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Uit de artikelen D.8.1. tot en met D.8.6. vergoeden wij mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
 - Kosten van een mondzorg-abonnement die worden gedeclareerd door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "Z", omdat deze kosten geen betrekking hebben op daadwerkelijk plaatsgevonden en geleverde mondzorg;
 - Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71, G72 en G73). Het betreft een hulpmiddel tegen snurken;
 - Kosten van mondzorg die naar hun aard deel uitmaken van de zorgverzekering en waarvoor voorafgaand aan de behandeling een akkoordverklaring afgegeven moet zijn. Uitdrukkelijk noemen wij de volgende prestatiecodes:
 - A20: behandeling onder algehele anesthesie (narcose) of sedatie (roesje);
 - X611: behandeling onder intraveneuze (injectie) sedatie (roesje);
 - X631: behandeling onder algehele anes-

thesie (narcose);

- B10, B11 en B12: sedatie door middel van een roesje (lachgassedatie). Sedatie is het verlagen van de staat van het bewustzijn van een patiënt met het doel een medische procedure of ingreep aangenamer te maken;
- C84: voorbereiding behandeling onder algehele narcose;
- U05, X731 en X831: tijdtarieven begeleiding moeilijk behandelbare patiënten; het betreft hier de behandeling in het kader van mondzorg van bijzondere zorggroepen;
- X21: maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT) bij verzekerden tot 18 jaar;
- G67*: behandeling triggerpoint.
- E97: kosten van het uitwendig bleken van tanden;
- Myofunctionele apparatuur (bijvoorbeeld Trainers) met de code F401A*.

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 jeugd tandverzorging.

Behandelvoorstel

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 2019 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 2019, vergoeden wij deze rekening helemaal. Er blijft in totaal nog € 100,- over voor 2019.

Op 1 januari 2020 groeit de vergoeding voor de 1e keer met € 300,-. U hebt uit 2019 nog € 100,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 400,- voor 2020. U dient dat jaar geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2021 groeit de vergoeding voor de 2e keer met € 300,-. U hebt uit 2020 nog € 400,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 700,- voor 2021. U dient dat jaar ook geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2022 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 2023 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 2024 start/groeit de vergoeding weer met € 300,- zodat uw maximale vergoeding

€ 300,- voor 2024 wordt. De € 200,- die in 2023 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.

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 zoals tandartsen die plegen te bieden:

- 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.

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.

Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk, een praktijk van een tandprotheticus, een centrum voor mondzorg, een instelling voor jeugd tandverzorging of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

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 zoals tandartsen die plegen te bieden, 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.

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 (dit kan een kaakchirurg zijn) die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of instelling voor jeugd tandverzorging verleent de zorg;
- Een kaakchirurg die verbonden is aan een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

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 materi-

aal- 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.

- **Groeivergoeding en maximum bedrag**

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering staat dat wij orthodontie tot een maximum bedrag vergoeden dat jaarlijks groeit, dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering aaneengesloten hebt.

Voorbeeld "maximum bedrag en groeivergoeding":

U hebt voor uzelf en uw dochter van 10 jaar bij ons een aanvullende verzekering met een groeivergoeding voor orthodontie.

Die aanvullende verzekering is op 1 januari 2016 ingegaan. Op dat moment is de maximale vergoeding voor orthodontie voor uw dochter € 1.000,-. U dient dat jaar geen rekening in voor orthodontie.

Op 1 januari 2017 groeit de vergoeding voor de 1e keer met € 500,-. U hebt uit 2016 nog € 1.000,- over dus wordt de maximale vergoeding € 1.500,- voor 2017.

Uw dochter krijgt op 17 mei 2017 een beugel en u ontvangt daarvoor een rekening van € 1.150,-. Omdat dit bedrag lager is dan de maximum vergoeding van 2017, vergoeden wij deze rekening helemaal. Er blijft in totaal nog € 350,- over voor 2017.

Op 1 januari 2018 groeit de vergoeding voor de 2e keer met € 500,-. Er is uit 2017 nog € 350,- over dus wordt de maximale vergoeding € 850,- voor 2018. Op 3 april 2018 ontvangt u voor orthodontie van uw dochter nog een rekening; deze bedraagt € 925,-. Wij vergoeden van deze reke-

ning € 850,- (uw volledige maximale vergoeding is dan opgebruikt). Er blijft dus € 75,- voor uw eigen rekening.

Op 1 januari 2019 groeit de vergoeding voor de 3e en laatste keer met € 500,-. Uit 2018 was er niets over, dus de maximale vergoeding is nu € 500,-. Deze € 500,- kunt u nog vergoed krijgen in 2019 of in de jaren hierna zolang u een aanvullende verzekering hebt afgesloten met een maximale groeivergoeding. De € 75,- die in 2018 voor uw rekening is gebleven, wordt uiteraard ook nu 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.
- Artikel C.9.3. is niet van toepassing op de vergoeding van orthodontie uit dit artikel.

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" (behalve code F401A voor een trainer),
- 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 ongevallen

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden mondzorg zoals tandartsen die plagen te bieden, voor zover die zorg is beschre-

ven in de artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4. als sprake is van “ongevallenzorg” als 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.

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.

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. Wij kunnen voor de akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.
- 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 internetsite.

Tarieven

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

D.9. Kuurbehandeling

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden bij een kuurreis via een organisatie of bij een door u zelf georganiseerde kuurreis:

- uw vervoer naar een kuuroord;
- behandeling in een kuuroord;
- verblijf in een kuuroord. Dit omvat overnachtingskosten, ontbijt, lunch en diner.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Onder kosten van verblijf in een kuuroord vallen uitsluitend de kosten van het aangeboden arrangement / programma gedeclareerd door middel van een arrangementstarief. Kosten van extra consumpties, kranten, tijdschriften, cosmetica en andere buiten het arrangement vallende artikelen en diensten worden niet vergoed.

Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat hierbij om een persoonlijk op u afgestemde en schriftelijk vastgelegde behandeling die ten minste één week duurt.
- U lijdt aan een ernstige vorm van:
 - reumatoïde artritis; of
 - artritis psoriatica; of
 - de ziekte van Bechterew.

Zorgverlener

- Een door ons erkend kuuroord binnen Nederland. Op onze internetsite kunt u vinden welke kuuroorden wij erkennen; andere kuuroorden vergoeden wij niet.
- Bij de behandeling dient een arts betrokken te zijn.

Behandelvoorstel

Een reumatoloog heeft vastgesteld dat de kuurbehandeling noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. Wij kunnen voor deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

Een door ons erkend kuuroord binnen Nederland dat gespecialiseerd is in de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat, met name reumatische aandoeningen.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 238

1. Bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237, kan jegens de wederpartij geen beroep worden gedaan
 - a. op het feit dat de overeenkomst in naam van een derde is gesloten, indien dit beroep berust op het enkele feit dat een beding van deze strekking in de algemene voorwaarden voorkomt;
 - b. op het feit dat de algemene voorwaarden beperkingen bevatten van de bevoegdheid van een gevolmachtigde van de gebruiker, die zo ongebruikelijk zijn dat de wederpartij ze zonder het beding niet behoefde te verwachten, tenzij zij ze kende.
2. Bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237 moeten de bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding, prevaleert de voor de wederpartij gunstigste uitleg.