



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW
Zorgverzekeraar U.A. en DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Schiedam

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, osteotomie en orthodontie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202001802

Zittingsdatum : 14 april 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A., en
2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Schiedam,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 6 december 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 februari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 24 februari 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 1 maart 2021 respectievelijk 16 maart 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Op 9 maart 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021007766) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 17 maart 2021 aan partijen gestuurd. Daarbij zijn zij in de gelegenheid gesteld om op het advies van het Zorginstituut te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij de ziektekostenverzekeraar zijn begin 2020 aanvragen gedaan voor een osteotomie en een orthodontische behandeling. Op 28 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de orthodontische behandeling niet wordt vergoed. De eveneens aangevraagde osteotomie is door de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 31 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. De behandelend orthodontist heeft op 6 februari 2020 per brief het volgende over verzoekster verklaard:

"Diagnose:

*Mesiorelatie, een normale verticale opbouw, een asymmetrische disto-occlusie L 3/4pb, R Ipb, OJ Omm, OB Omm, een omgekeerde curve van de BK, een normale inclinatie van het bovenfront, lichte crowding in de OK, een normale curve van de OK, een normale inclinatie van het onderfront, een mediaanlijnvorschuiwing, een end-to-end frontbeet, abrasie incisaal van het boven- en onderfront. [Verzoekster] heeft een langdurige orthodontische behandeling achter de rug, er was een ongunstige ligging van de 13 en 23, progene ontwikkeling en AGENESIE van de 12 en 22. Daarna is een end-to-end beet ontstaan waardoor abrasie is ontstaan. Tevens is er nu sprake van een kruisbeet 15/45, 25/35.
[Verzoekster] heeft een volledig volwassen dentitie.*

Behandelplan:

Na het plaatsen van vaste apparatuur zal ca. 1-1,5jr later de chirurgische advancement plaatsvinden van de bovenkaak (Le Fort I). De behandeling zal vervolgd worden en in ca. 1-1,5jr tijd beëindigd worden. Na de behandeling zullen we het boven- en onderfront voorzien van een retentiespalk en een uitneembare retentieplaat."

3.5. Op 9 maart 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"Krachtens artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering (en dus de polisvoorwaarden van de zorgverzekering) gelden verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgische (osteotomie) en orthodontische behandeling. Voor kaakchirurgische hulp moet de verzekerde hierop redelijkerwijs zijn aangewezen. Voor orthodontische hulp gelden strengere criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

De indicatieve lijst noemt onder 'seriously handicapping malocclusions' onder meer een mesiorelatie (klasse III) met een omgekeerde overjet van meer dan 3.5 mm. De behandelend orthodontist geeft aan dat bij verzoekster sprake is van een overbeet van 0 mm bij een normale inclinatie van het bovenfront. Ook uit de overige informatie van de orthodontist blijkt niet dat er een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp is.

Hierbij zij uitdrukkelijk opgemerkt dat het hierbij niet gaat om de medisch-tandheelkundige behandel noodzaak, maar om de verzekeringstechnische indicatie."

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het orthodontisch traject te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over tandheelkundige zorg 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

- 6.2. Verzoekster voert aan dat zij in het verleden een orthodontisch traject heeft gehad. Omdat de functionele klachten nog niet zijn verholpen, is namens haar een aanvraag gedaan voor zowel een kaakchirurgische ingreep als een orthodontisch voor- en natraject. Verzoekster vindt het vreemd dat door de ziektekostenverzekeraar wel een vergoeding is toegezegd voor de behandeling door de kaakchirurg, maar dat het orthodontisch traject niet wordt vergoed. Ook de kaakchirurg heeft zich hierover verbaasd, te meer omdat zonder de orthodontische behandeling de kaakchirurgische ingreep niet het gewenste resultaat zal hebben.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering. Een (verzekerings)indicatie voor een dergelijke behandeling ontbreekt. Dit maakt de ziektekostenverzekeraar op uit de aanwezige gebitsmodellen en de eerder ingediende declaraties. Hieruit volgt dat in het verleden een goed resultaat is bereikt door de diastemen die bestonden vanwege de agenesie van 12 en 22 in zijn geheel orthodontisch te sluiten. In de thans ingediende aanvraag wordt melding gemaakt van agenesie, maar daar wordt niet bij vermeld dat de diastemen reeds tijdens een eerdere behandeling zijn gesloten. De overige gemelde afwijkingen (abrasie en end-to-end situatie) zijn niet dusdanig ernstig dat deze vergelijkbaar zijn met schisis. Verder geldt dat in de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voorafgaand aan de behandeling om toestemming moet worden gevraagd. Het enkele feit dat de aanvraag een week nadat de beugel werd geplaatst, werd verstuurd, vormt daarom al aanleiding deze af te wijzen.
- 6.4. De commissie overweegt dat onderscheid moet worden gemaakt tussen de kaakchirurgische en de orthodontische behandeling. Een indicatie voor kaakchirurgie betekent niet dat tevens het bestaan van een indicatie voor orthodontie in bijzondere gevallen kan worden aangenomen. Het betreft twee verschillende, verzekerde prestaties, die door de commissie afzonderlijk worden beoordeeld, aan de hand van de onderscheiden voorwaarden. Ten aanzien van de kaakchirurgische behandeling geldt dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de kosten hiervan te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil zodat beoordeling van de aanspraak op dit punt achterwege kan blijven.
- 6.5. Een orthodontische behandeling valt op grond van artikel 2.7, derde lid, Bzv, welke bepaling ten grondslag ligt aan artikel 33, lid 2.3.1, van de voorwaarden van de zorgverzekering, onder de dekking indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Daarnaast moet - specifiek voor orthodontie in bijzondere gevallen - medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Tot deze andere disciplines behoort ook kaakchirurgie.
- 6.6. Uit de toelichting op artikel 2.7 Bzv, blijkt dat voor de inhoud en omvang van mondzorg in de zorgverzekering aansluiting is gezocht bij de toenmalige Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering (Stb. 2005, 389, p. 41). Een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde is volgens artikel 33, lid 2.4.1, van de verzekeringsvoorwaarden aanwezig in geval van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'indicatieve lijst' opgesteld van die gevallen waarin een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde bestaat. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar zij wordt wel gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of een verzekerde redelijkerwijs aangewezen is op bijzondere tandheelkunde. Ook de commissie hanteert de 'indicatieve lijst' als richtsnoer.
- 6.7. De indicatieve lijst noemt onder 'seriously handicapping malocclusions' onder meer een mesiorelatie (klasse III) met een omgekeerde overjet van meer dan 3.5 mm. De behandelend orthodontist heeft verklaard dat bij verzoekster sprake is van een overbeet van 0 mm bij een normale inclinatie van het bovenfront. Gelet op deze verklaring stelt de commissie vast dat verzoekster niet voldoet aan de

eisen, genoemd in de 'indicatieve lijst'. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies van 9 maart 2021.

De commissie neemt deze conclusie over.

- 6.8. Verzoekster heeft aangevoerd dat zonder de orthodontische behandeling ook de kaakchirurgische behandeling geen doorgang kan vinden. De commissie interpreteert deze stelling als een verwijzing naar artikel 2.7, eerste lid, onder c, Bzv. De commissie merkt op dat het geschil niet gaat over tandheelkundige zorg als bedoeld in het door verzoekster aangehaalde onderdeel, maar specifiek over orthodontie als deel van de gecombineerde behandeling. Hiervoor is in artikel 2.7, derde lid, Bzv een aparte regeling opgenomen. Uit genoemd artikel blijkt dat orthodontische hulp slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid van dat artikel, is begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Dit is het indicatiegebied dat is beschreven in artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv. Hiervoor werd geconcludeerd dat de indicatie van verzoekster hier niet onder valt.

Uit het voorgaande volgt dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering. Dat deze behandeling, zoals door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, is gestart zonder zijn voorafgaande toestemming, behoeft in dit verband daarom geen verdere bespreking.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering kan verzoekster aanspraak maken op een vergoeding van 75% van de kosten van een orthodontische behandeling. De maximale vergoeding bedraagt € 2.000,- voor verzekerden tot achttien jaar en € 1.000,- voor verzekerden vanaf 18 jaar voor de duur van de verzekering. Over deze vergoeding zijn partijen niet verdeeld.

- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 april 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

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;
- (...)

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.

(...)

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

(...)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.7

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

4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.

6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

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, vijftwintig 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.

ARTIKEL 33 - MONDZORG

LID 1 ALGEMEEN

Bij mondzorg onderscheiden wij:

- a. mondzorg voor verzekerden van alle leeftijden (zie lid 2 van dit artikel);
- b. mondzorg specifiek voor verzekerden jonger dan 18 jaar (zie lid 3 van dit artikel).
- c. mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (zie lid 4 van dit artikel)

LID 2 MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN

LID 2.1 KAAKCHIRURGIE

LID 2.1.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden zorg zoals medisch specialisten voor mond-, kaak- en aangezichts chirurgie die plegen te bieden, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, eenvoudige extracties en het aanbrengen van een mini-implantaat ten behoeve van orthodontie (permucosaal implantaat). Onder de zorg wordt ook verstaan het verblijf in een ziekenhuis dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.

LID 2.1.2 VOORWAARDEN

Machtiging

De meest gebruikelijke kaakchirurgische behandelingen worden door ons vergoed, maar voor onderstaande behandelingen moet eerst een aanvraag worden ingediend en een machtiging door ons zijn afgegeven:

- a. parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen);
- b. tandheelkundige behandelingen onder narcose;
- c. een kaakoperatie(osteotomie, excisie torus en/of correcties kaakbot);
- d. omslagplooiverdieping of kaakopbouw, sinuslifting en/of kaakverhoging;
- e. implantaten ten behoeve van een volledige overkappingsprothese.
- f. het aanbrengen van een mini-implantaat ten behoeve van orthodontie (permucosaal implantaat);
- g. het verwijderen van irritatie hyperplasien, flabby ridges, bindweefseltransplantaten, verwijderen exostosen en/of correctie edentate delen.

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. De hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke dient bij ons een aanvraag voor een machtiging met zorgplan in. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, dan is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk.

Verwijzing

Voor behandeling bij de kaakchirurg heeft u een verwijzing van een tandarts, huisarts of orthodontist nodig.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een kaakchirurg.

LID 2.1.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST*Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 2.2 KLIKGEBIT (VOLLEDIGE OVERKAPPINGSPROTHESE OP IMPLANTATEN)**LID 2.2.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN**

Wij vergoeden het plaatsen van tandheelkundige implantaten en het plaatsen van de drukknoppen of de staaf en het klikgebit:

- a. wanneer er sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel; en
- b. wanneer er sprake is van een zeer ernstig geslonken geheel tandeloze kaak en waarbij de implantaten dienen om een uitneembaar klikgebit te bevestigen.

Wij vergoeden de kosten van de reparatie en/of het rebasen (opvullen) van een klikgebit.

Wij vergoeden de drukknoppen of de staaf en het klikgebit op implantaten en/of het vervangingsklikgebit.

LID 2.2.2 VOORWAARDEN*Machtiging*

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. De hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke dient een aanvraag voor een machtiging met zorgplan in. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Definitief kunstgebit

De zorgkosten komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als er eerst een definitief kunstgebit (niet zijnde een aangepast kunstgebit of noodgebit) vervaardigd is.

Eigen bijdrage

Voor een klikgebit op implantaten gelden de volgende eigen bijdragen:

- Onderkaak
10% van de kosten van de mesostructuur (= de verbinding tussen het implantaat en de gebitsprothese) en de overkappingsprothese tezamen, inclusief techniekkosten
- Bovenkaak
8% van de kosten van de mesostructuur (= de verbinding tussen het implantaat en de gebitsprothese) en de overkappingsprothese tezamen, inclusief techniekkosten.
- Onder- en bovenkaak met in één kaak implantaten en in de andere kaak niet
17% van de kosten voor de gebitsprothesen, inclusief techniekkosten.

De eigen bijdrage voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een klikgebit bedraagt 10% van de totale kosten, inclusief techniekkosten.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT).

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, dan is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk. De toeslag voor het huisbezoek wordt vergoed, maar de reiskosten van de zorgaanbieder vallen hier niet onder en komen voor rekening van de verzekerde.

LID 2.2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 2.3 BIJZONDERE ORTHODONTIE

LID 2.3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden orthodontische zorg wanneer sprake is van een zeer ernstige ontwikkelingsstoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel en waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde nodig is.

LID 2.3.2 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de aanspraak op bijzondere orthodontie te vervallen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, orthodontist of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT).

LID 2.3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

LID 2.4 MONDZORG IN BIJZONDERE GEVALLEN

LID 2.4.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden de mondzorg in bijzondere gevallen, waaronder het plaatsen van een implantaat, wanneer een gebit zonder die mondzorg niet de normale functie kan houden of krijgen die het zonder de aandoening zou hebben gehad wanneer er sprake is van:

- a. een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel;
- b. een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of
- c. een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.

LID 2.4.2 VOORWAARDEN

Machtiging

- a. Voor bijzondere tandheelkunde moet voorafgaande aan de behandeling toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Bij de aanvraag van de machtiging moet een schriftelijke motivering van de tandarts aanwezig zijn, een behandelingsplan met röntgenfoto en een kostenbegroting.
- b. Voor behandelingen onder narcose dient vooraf bij ons toestemming te zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven.
- c. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.

Wij kunnen onze machtiging intrekken als de mondzorg niet meer noodzakelijk is, de mondhygiëne ernstig verwaarloosd wordt en/of u de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de aanspraak op bijzondere tandheelkunde te vervallen. Voor meer informatie over machtigingen, zie artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Eigen bijdrage

Voor tandheelkundige zorg als bedoeld in lid 2.4.1 van dit artikel ten behoeve van een volwassen extreem angstige verzekerde, betaalt de verzekerde van 18 jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien de afwijking zich niet zou hebben voorgedaan.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of CBT, mits voldoende bekwaam en bevoegd.

LID 2.4.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

LID 3 MONDZORG SPECIFIEK VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR

Als aanvulling op de in lid 2 van dit artikel vergoedingen geldt voor verzekerden tot 18 jaar een uitgebreider vergoedingenpakket.

LID 3.1 TE VERGOEDEN TANDHEELKUNDIGE KOSTEN

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, of vaker indien dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. het incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen/gebitsreiniging;
- d. fluorideapplicatie, maximaal twee keer per jaar, bij verzekerden vanaf de leeftijd dat de eerste blijvende gebitselementen zijn doorgebroken, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen (zie ook lid 3.3 sub a);
- e. sealing (het aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen);
- f. parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen);
- g. anesthesie (verdoving);
- h. endodontische zorg (behandeling van de tandzenuw);
- i. het in de oorspronkelijke staat brengen van tanden of kiezen met plastische materialen (vulling);
- j. gnathologische zorg (behandeling van het kaakgewricht);
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp (zie ook lid 3.3 sub c).

LID 3.2 TE VERGOEDEN TANDHEELKUNDIGE KOSTEN

Verzekerden jonger dan 23 jaar hebben recht op vergoeding van tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer in zijn geheel ontbrekende blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of tanden het direct gevolg is van een ongeval (zie ook lid 3.2b) en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Zie ook lid 3.3 sub b.

LID 3.3 VOORWAARDEN*Machtiging*

- a. Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn verleend voor een behandeling met meer dan twee fluorideapplicaties per jaar, zoals genoemd onder lid 3.1 sub d van dit artikel.
- b. Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn verleend voor een behandeling die valt onder lid 3.2 De aandoening of het ongeval moet zich hebben voorgedaan vóór het bereiken van de leeftijd van 18 jaar (dus tot en met 17 jaar) en door de hoofdbehandelaar bij de verzekeraar te zijn aangemeld. Er dient door de verzekeraar een machtiging te worden afgegeven voor het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Deze machtiging kan gebruikt worden tot het bereiken van de leeftijd van 23 jaar. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de betreffende aanspraak te vervallen. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.
- c. Er moet een gemotiveerde aanvraag worden ingediend wanneer een zorgaanbieder een orthopantomogram (X21) wil maken bij een verzekerde onder de 18 jaar. Dit geldt ook voor de codes X24 (schedelfoto), X25 en X26 (3D-foto). Voor een orthopantomogram en andere foto's ten behoeve van orthodontie is geen machtigingseis van toepassing. Dit betreft de prestatiecodes F152A, F155A, F156A, F157A, F158A, F159A, F160A, F161A en F162A.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of CBT, mits voldoende bekwaam en bevoegd.

LID 3.4 UITSLUITINGEN

Niet vergoed worden:

- a. orthodontie en bijbehorend röntgenonderzoek, tenzij lid 2.3 van dit artikel van toepassing is;
- b. kronen en bruggen, tenzij lid 3.1 sub I van dit artikel van toepassing is;
- c. onder lid 3.1 sub I van dit artikel is geen vergoeding mogelijk om ontbrekende kiezen te vervangen door middel van implantaten.

LID 3.5 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST*Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

ORTHODONTIE

AV-STANDAARD	AV-TOP	
75%, maximaal € 685,- voor de duur van de verzekering	75%, maximaal € 2.000,- voor verzekerden tot 18 jaar en maximaal € 1.000,- voor verzekerden vanaf 18 jaar voor de duur van de verzekering	Vergoed wordt 75% van de kosten van orthodontische behandelingen, echter onder de volgende voorwaarden:
verzekerden van 18 jaar en ouder moeten minstens 12 maanden aanvullend verze- kerd zijn bij DSW voor orthodontie	verzekerden van 18 jaar en ouder moeten minstens 12 maanden aanvullend verze- kerd zijn bij DSW voor orthodontie	<ul style="list-style-type: none">• vergoeding kan uitsluitend worden gegeven voor wettelijk goedgekeurde NZa-tarieven;• vergoed wordt uit de AV-Standaard 75% van de kosten tot een maximum van € 685,-. Vergoed wordt uit de AV-Top 75% van de kosten tot een maximum van € 2.000,- voor verzekerden tot 18 jaar en tot een maximum van € 1.000,- voor verzekerden vanaf 18 jaar.
		De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3);
		<ul style="list-style-type: none">• orthodontische behandelingen moeten worden uitgevoerd door een orthodontist of een tandarts;• toestemming dient alleen te worden aangevraagd bij:<ul style="list-style-type: none">- orthodontie in het kader van de bijzondere tandheelkunde;- het plaatsen van mini-implantaten (bone-anchors of permucoale implantaten).• om in aanmerking te komen voor vergoeding moeten verzekerden van 18 jaar en ouder minstens 12 maanden aanvullend verzekerd zijn bij DSW voor orthodontie.
		Niet vergoed wordt:
		<ul style="list-style-type: none">• niet nagekomen afspraak door verzekerde;• vervangen/reparatie van apparatuur na onzorgvuldig gebruik;• documenteren en bespreken gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur (F611A, F611B en F611C).

OVERBEHARING GELAAT

AV-STANDAARD	AV-TOP	
75%, maximaal € 470,- voor de duur van de verzekering	75%, maximaal € 470,- voor de duur van de verzekering	Vergoed wordt 75% van de kosten van elektrisch epilieren, lasertherapie en lichtflitstherapie indien sprake is van hirsutisme (overmatige plaatselijke beharing) op ongebruikelijke plaatsen in het gelaat en/of de hals. De behandeling moet worden gegeven door een huidtherapeut (lid van NVH) of een geregistreerde schoonheidsspecialist(e) (lid van ANBOS), onder verantwoordelijkheid van een dermatoloog/huidtherapeut.
		De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3).