

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C te B, en Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Mondzorg, orthodontie, ongeval, autotransplantatie

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

Zaaknummer : 202200414

Zittingsdatum : 11 januari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht en brief van 28 juni 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 29 juli 2022 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 22 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 augustus 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 11 oktober 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022033988) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 oktober 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 januari 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 13 januari 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 11 oktober 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 16 januari 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2017 en de daaropvolgende jaren bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar verzekerd. Vanaf 1 januari 2020 is verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend **** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. In 2017 heeft verzekerde (geboren 6 oktober 2006) een ongeval gehad, waarbij twee voortanden zijn verloren gegaan. Na een orthodontisch voortraject vond in oktober 2020 een eerste autotransplantatie plaats, gevolgd door een tweede in februari 2021. Hierbij zijn twee kleine kiezen verplaatst naar de positie van de ontbrekende voortanden. Om de rij elementen weer gesloten te krijgen is een orthodontisch natraject nodig. De zorgverlener heeft in 2020

namens verzekerde een machtiging voor de orthodontische behandeling aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 oktober 2020 aan verzoeker meegedeeld dat op grond de zorgverzekering deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt maximaal € 2.500,- vergoed voor deze behandeling.

Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 28 oktober 2021 verzocht de kosten hiervan alsnog te vergoeden. Bij brief van 1 november 2021 reageerde de ziektekostenverzekeraar afwijzend op dit verzoek.

- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Hierna heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddeld, echter zonder resultaat.
- 3.4. Bij brief van 11 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 16 januari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het orthodontisch natraject ten behoeve van verzekerde te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. In dat verband heeft hij in de eerste plaats aangevoerd dat het orthodontische natraject een onderdeel is van de behandeling die noodzakelijk was vanwege het ongeval. Volgens verzoeker zou het onmenselijk zijn de behandeling te staken na de autotransplantatie. De orthodontische behandeling zou dan ook moeten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering in 2017, aangezien het ongeval in dat jaar plaatsvond en de behandeling toen ook is gestart. Het alternatief is dat wordt uitgegaan van het moment waarop de eerste autotransplantatie werd uitgevoerd. In dat geval zou de orthodontische behandeling moeten worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in 2020.

Indien het orthodontisch natraject niet kan worden beschouwd als een onderdeel van de behandeling naar aanleiding van het ongeval, dan zouden - in de tweede plaats - de kosten ten laste moeten komen van de aanvullende ziektekostenverzekering in 2017, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering in 2020, aangezien de orthodontische behandeling een gevolg is van een medische behandeling die in dat jaar is gestart, te weten de autotransplantatie. In de polisvoorwaarden van 2020 staat de autotransplantatie expliciet vermeld, en hierbij is geen uitsluiting opgenomen voor het orthodontisch natraject.

In de derde plaats heeft verzoeker erop gewezen dat een orthodontische behandeling in 2017 wel werd vergoed voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De ziektekostenverzekeraar verschuilt zich hierachter, stellende dat verzekerde ten tijde van het ongeval jonger was dan 18 jaar. Een principe in de verzekeringswereld is echter dat kinderen steeds op dezelfde wijze zijn verzekerd als hun ouders, zodat verzekerde in 2017 aanspraak had op vergoeding van de kosten naar aanleiding van een ongeval tot een maximum van € 10.000,-.

Verzoeker beroept zich voorts erop dat de ziektekostenverzekeraar verwijst naar een standpunt van het College Adviserend Tandartsen uit 2021, maar deze instantie nam in 2020 een andersluidend besluit, namelijk dat de orthodontische behandeling ten behoeve van een autotransplantatie onderdeel is van de aanspraak. Volgens verzoeker gaat een besluit voor een standpunt.

Verder tekent verzoeker aan dat de tandartskosten direct na het ongeval - bestaande uit hechten en het trekken van een achtergebleven wortel - wél zijn vergoed, ook ging het destijds eveneens om tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval, waarvoor volgens de ziektekostenverzekering geen dekking bestond omdat verzekerde jonger was dan 18 jaar.

Verzoeker merkt op dat er van zijn kant nooit wijzigingen zijn aangebracht in het verzekerde pakket. Als dit is gebeurd, vormde de overgang van de rechtsvoorganger naar de ziektekostenverzekeraar hiervan de achtergrond. Hierbij stelt hij dat ten behoeve van verzekerde ook de verzekering Aanvullend Tand* is afgesloten.

De tandarts, behandelend orthodontist en Kliniek voor Orthodontie/Proclin hebben verklaard dat de kosten van de orthodontische behandeling moeten worden vergoed omdat het een ongeval betreft.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het hem verbaast dat de autotransplantatie en de orthodontische nabehandeling als twee verschillende behandelingen worden gezien. Daarnaast hebben de behandelaren, die verzekerde op de avond van het ongeval hebben behandeld, hem verteld dat zorgverzekeraars bij een ongeluk de kosten van de behandeling volledig vergoeden.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat vergoeding van het orthodontisch natraject terecht is afgewezen.

Bij de rechtsvoorganger bestond in 2017, op grond van artikel 16 van de verzekeringsvoorwaarden, alleen dekking voor de kosten van een orthodontische behandeling als betrokkene 18 jaar of ouder was. Verzekerde voldeed hier destijds niet aan. Met ingang van 1 januari 2020 is verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd en is deze leeftijdsgrens vervallen. Artikel D.15 biedt dekking voor tandheelkundige zorg aan personen onder de 18 jaar. Voorwaarde hierbij is dat betrokkene ten tijde van het ongeval en de behandeling bij de ziektekostenverzekeraar moet zijn verzekerd. In het geval van verzekerde was ten tijde van het ongeval sprake van een verzekering elders.

Een autotransplantatie valt onder tandheelkundige chirurgische hulp en hiervoor is toestemming gegeven. De aansluitende orthodontische behandeling moet hiervan los worden gezien. Laatstgenoemde behandeling is volgens het Zorginstituut geen verzekerde zorg die ten laste van de zorgverzekering komt. Orthodontie in bijzondere gevallen behoort, ingevolge artikel 2.7, derde lid, Bzv, wél tot de verzekerde zorg, maar dan moet een indicatie in het kader van bijzondere tandheelkundige hulp aan de orde zijn, waarbij valt te denken aan schisis of een hiermee in ernst vergelijkbare aandoening. Dit is bij verzekerde niet het geval.

De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 16 mei 2022 in de ombudsfase in dit verband verwezen naar het 'Standpunt Autotransplantaat', en de 'Toestingsrichtlijn voor bijzondere tandheelkundige hulp' van het College Adviserend Tandartsen. Uit deze stukken valt op te maken dat autotransplantatie kan worden vergoed op grond van artikel 2.7, eerste lid, Bzv of artikel 2.7, vierde lid, sub I, Bzv. Is betrokkene jonger dan 18 jaar dan kan de behandeling worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg, daarna alleen nog door een kaakchirurg. Het orthodontisch natraject valt hier niet onder, tenzij in geval van een indicatie voor orthodontie in bijzondere gevallen. Ontbreekt een dergelijke indicatie, dan moet worden teruggevallen op een eventueel afgesloten aanvullende verzekering. De ten behoeve van verzekerde afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering kent dekking tot een maximum van € 2.500,- gedurende de gehele looptijd van de verzekering. Een deel van dit bedrag werd inmiddels aangesproken.

5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog het volgende aangevoerd. Autotransplantatie valt pas vanaf 2021 onder de dekking van de zorgverzekering. Hierbij heeft het Zorginstituut een duidelijke aanwijzing gegeven, namelijk dat de (eventuele) orthodontie niet onder de dekking valt. En de ziektekostenverzekeraar geeft uitvoering aan die aanwijzing.

5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

6.1. In het voorlopig advies van 11 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Orthodontische hulp wordt apart van de vergoeding voor autotransplantatie getoetst.

Om van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel te kunnen spreken moet er sprake zijn van een stoornis die in ernst vergelijkbaar is met schisis. Doordat de twee fronttanden zijn vervangen door autotransplantaten is er geen sprake van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. De problemen van de twee fronttanden is door autotransplantaten opgelost. Dat er door de autotransplantatie problemen zijn ontstaan is secundair en valt niet onder vergoeding op grond van artikel 2.7 lid 3 Bzv.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzekerde een (verzekerings)indicatie heeft voor orthodontische hulp. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering."

6.2. In het definitief advies van 16 januari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

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.18 van de Algemene voorwaarden van de zorgverzekering die via C, Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen, ook van toepassing zijn op 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 mondzorg, en meer specifiek die over bijzondere tandheelkundige hulp, orthodontie in bijzondere gevallen en mondzorg voor verzekerden tot 18 jaar, 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. Bij verzekerde is sprake van een gecombineerde behandeling. Het eerste deel - de autotransplantatie in 2020 en 2021 - is vergoed ten laste van de zorgverzekering, op grond van artikel B.7. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.7, vierde lid, onder I, Bzv. Genoemd artikel ziet op de chirurgische tandheelkundige hulp aan verzekerden jonger dan 18 jaar. Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 11 oktober 2022 moet de orthodontische behandeling apart van de autotransplantatie worden beoordeeld.
- 8.3. De commissie stelt in dat verband vast dat in de limitatieve opsomming van artikel B.7 van de voorwaarden van de zorgverzekering (mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar) de orthodontische behandeling niet is opgenomen. De aanspraak op orthodontie moet dan ook worden beoordeeld in het licht van artikel B.6, welke bepaling is gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, Bzv. Hierin is bepaald dat orthodontische hulp slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, is 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. Van een dergelijke stoornis is in het onderhavige geval geen sprake.
Het Zorginstituut concludeert in zijn advies van 11 oktober 2022 dat een verzekeringsindicatie voor de aangevraagde orthodontische behandeling ontbreekt. De commissie ziet geen aanleiding van dit advies af te wijken en neemt deze conclusie over. Verzekerde heeft daarom geen aanspraak op de desbetreffende orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 8.4. Met betrekking tot de zorgverzekering zijn door verzoeker nog twee specifieke punten naar voren gebracht. Het eerste is dat hij heeft verwezen naar de verzekeringsvoorwaarden van 2017, het tweede dat zijns inziens de aanleiding - een ongeval - meebrengt dat aanspraak bestaat op verstrekking of vergoeding ten laste van de zorgverzekering.
Waar het gaat om het eerste punt is hiervoor al geconcludeerd dat de orthodontische behandeling apart moet worden beoordeeld. Dit betekent dat de aan de commissie voorgelegde vraag is of de desbetreffende aanvraag, die dateert uit 2020, al dan niet terecht door de ziektekostenverzekeraar werd afgewezen. Voor de zorgverzekering vormen de verzekeringsvoorwaarden van 2020 hierbij het beoordelingskader, en niet die van 2017 of de daaropvolgende jaren. Dit zou slechts anders kunnen zijn indien op grond van die oudere verzekeringsvoorwaarden toestemming is gevraagd en verkregen, waarbij die toestemming zich uitstrekt tot de orthodontische behandeling in 2020. Dat speelt hier echter niet.
Ook de aanleiding tot de mondzorg doet geen verdergaande aanspraken ontstaan. Een uitzondering hierop vormt artikel B.7 van de voorwaarden van de zorgverzekering, dat is gebaseerd op artikel 2.7, zesde lid, Bzv. Hierin is bepaald dat indien de aanleiding een ongeval is, en er sprake is van tand vervangende hulp met niet-plastische materialen of het aanbrengen van implantaten, de leeftijdsgrens van het vierde lid wordt opgetrokken tot 23 jaar. Bij verzekerde is dit niet aan de orde. Hij heeft de leeftijd van 18 jaar nog niet bereikt, en belangrijker is dat in zijn situatie is gekozen voor een andere oplossing voor de verloren gegane frontelementen, te weten autotransplantatie. Was de keuze gemaakt voor het aanbrengen van implantaten, dan had sowieso geen noodzaak bestaan op een orthodontische nabehandeling.
Tot slot is door verzoeker verwezen naar een besluit van het College Adviserend Tandartsen uit 2020, waaruit volgens hem is op te maken dat de orthodontische behandeling deel uitmaakt van de autotransplantatie. De commissie constateert dat dit door de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd is bestreden. Bovendien verhoudt een dergelijke benadering zich niet tot het systeem van de verzekeringsvoorwaarden en de hieraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving, zoals hiervoor is toegelicht.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.5. Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering overweegt de commissie dat verzoeker heeft verwezen naar de verzekeringsvoorwaarden van vóór 1 januari 2020. Deze voorwaarden zijn echter niet meer relevant. Zoals blijkt uit het afgegeven polisblad is verzekerde vanaf 1 januari 2020 verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Op dat moment had het ongeval plaatsgevonden, maar was - behoudens het hechten en het trekken van een wortel in 2017 - nog niet met de behandeling gestart. Dit gebeurde pas in 2020 en 2021. Zoals uit het voorgaande blijkt, zijn de kosten van de autotransplantatie toen vergoed ten laste van de zorgverzekering, en wel op grond van artikel B.6, en niet vanuit de ongevallendekking van een aanvullende verzekering. De gegeven toestemming reikte niet verder dan deze behandeling.
- 8.6. In artikel D.17 is dekking opgenomen voor mondzorg naar aanleiding van een ongeval. Voorwaarde hierbij is dat de behandeling in beginsel geschiedt binnen één jaar na het ongeval. Bovendien is in het artikel bepaald dat "ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling er volgens deze verzekering dekking [moet] zijn." Het ongeval vond plaats in 2017 en verzekerde is pas sinds 1 januari 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van deze verzekering. Daarmee voldoet hij niet aan de gestelde voorwaarden.
- 8.7. Over de dekking voor orthodontie op basis van artikel D.14 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering - maximaal € 2.500,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering - zijn partijen niet verdeeld.
- 8.8. De stelling van verzoeker dat kinderen per definitie op dezelfde wijze zijn verzekerd als hun ouders treft geen doel. Een ouder of voogd kan besluiten de kinderen elders te verzekeren. Wordt al gekozen voor de zelfde verzekeraar dan bestaat keuzevrijheid ten aanzien van de aanvullende verzekeringen, tenzij de verzekeraar het gezinsprincipe hanteert. Dat is hier niet het geval, want zoals blijkt uit de afgegeven polisbladen blijkt, is ten behoeve van de ouders een ander pakket afgesloten dan ten behoeve van verzekerde. De door verzoeker genoemde verzekering Aanvullend Tand* maakt van dat pakket van verzekerde overigens geen deel uit. Aan het feit dat autotransplantatie vanaf 2020 expliciet in de verzekeringsvoorwaarden wordt genoemd, en dat in dit verband de orthodontische behandeling niet is uitgesloten kunnen, anders dan verzoeker meent, geen conclusies worden verbonden. Dat in zijn beleving sprake is van één behandeling maakt niet dat dit ook de feitelijke situatie is. Autotransplantatie kan ten laste komen van de zorgverzekering, op grond van artikel B.7 hetzij artikel B.13. Niet valt in te zien waarom hieruit zou moeten volgen dat de orthodontische behandeling dan ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering moet worden vergoed. De stelling dat deze zorg verzekerd is, enkel omdat zij niet is uitgesloten, treft geen doel. Daarbij is ter zake van autotransplantatie in artikel D.17 slechts vermeld: "Autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand) moet worden uitgevoerd door een multidisciplinair team autotransplantaten dat voldoet aan onze eisen qua deskundigheid. Kijk op onze website welke zorgverleners onderdeel uitmaken van dit team." Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, met name dat hij zelf geen wijzigingen heeft aangebracht in de verzekering en dat de betrokken zorgaanbieders menen dat de kosten van het orthodontisch natraject moeten worden vergoed, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Slotsom

- 8.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 maart 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

Mond en tanden (mondzorg)

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van B.6 tot en met B.13) gaan wij hierop in.

B.6 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op deze behandeling.

Let op! In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B. Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 3 Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- 4 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting, lichtfoto's en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening indien u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid;
- b beugelcategorie 0 (myofunctionele apparatuur);
- c beugelcategorie 7 (vacuümgevormde beugels, aligners).

B.7 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u recht op de volgende tandheelkundige behandelingen:

- a periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;
- b incidenteel tandheelkundig consult;
- c het verwijderen van tandsteen;
- d maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen. Wij moeten u hier wel vooraf toestemming voor hebben gegeven;
- e sealing (afdichten groeven van kiezen);
- f parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
- g anesthesie (verdooving);
- h endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- i restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- j gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
- k uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
- l chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten en autotransplantaten vallen niet onder deze zorg;
- m röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Deze moet bevoegd en bekwaam zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
- 2 Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, orthodontist, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of andere medisch specialist. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de volgende behandelingen: extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose, correctie van de kaak in combinatie met een extractie, osteotomie (kaakoperatie), kinplastiek als zelfstandige verrichting, pre- en per-implantologische chirurgie (botopbouw) en het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
- 3 U heeft alleen recht op het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel B.6). Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- 4 Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel B.6, B.8, B.11, B.12 of B.13? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.
- 5 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (X21). Uw zorgverlener kan toestemming bij ons aanvragen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05) en behandeling van witte vlekken (M80 en M81);
- b orthodontie. Dit valt, met uitzondering van de bijzondere orthodontie zoals omschreven in artikel B.6, niet onder de basisverzekering. Dit kan uit een aanvullende verzekering vergoed worden;
- c implantaten. Deze vallen mogelijk onder artikel B.8 of artikel B.13 of kunnen uit een aanvullende tandartsverzekering vergoed worden.
- d autotransplantaten (J39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).
- e een therapeutische injectie met botox (G44).



Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op! Reguliere orthodontische hulp valt niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.
N.B. Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar!

B.8 Frontandvervanging voor verzekerden tot 23 jaar

Heeft u één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die vervangen moeten worden, omdat deze tanden niet zijn aangelegd of omdat het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval en is deze indicatie aantoonbaar voor het 18e levensjaar gesteld? Dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen. Dit omvat onder andere een vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in het front.

Voorwaarden voor het recht op een frontandbehandeling

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg.
- 2 Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts of tandarts-specialist.
- 3 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op autotransplantaten (J39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie

U heeft recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek. Dit eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis.

U heeft recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is in verband met kaakchirurgie. Zie hiervoor artikel B.31.

Voorwaarden voor het recht op kaakchirurgie

- 1 Een kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, orthodontist, tandprotheticus, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze mond.
- 3 Wij moeten u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
 - extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose;
 - correctie van de kaak in combinatie met een extractie;
 - osteotomie (kaakoperatie);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw);
 - het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
 - plastische chirurgie.
- 4 Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:
a parodontale chirurgie;
b het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
c een ongecompliceerde extractie;
d autotransplantaten (J39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.



- 4 Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.
- 5 Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatoloog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.13 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op een tandheelkundige behandeling:

- a als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening;
- b als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening;
- c als u een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een angsttandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist, tandprotheticus of huisarts u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.
- 3 Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.
- 4 Narcose- of lachgasbehandelingen worden alleen vergoed als laatste middel in een angstreductietraject. De narcose- of lachgasbehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcose- en/of lachgasbehandelingen.
- 5 Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatoloog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Let op! U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel B.11.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Ogen en oren

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.14 Audiologisch centrum

14.1 Gehoorproblemen

Heeft u gehoorproblemen? Dan heeft u recht op zorg in een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- a onderzoek doet naar uw gehoorfunctie;
- b u adviseert over aan te schaffen gehoorapparatuur;
- c u voorlichting geeft over het gebruik van de apparatuur;
- d psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is.

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd audiologisch centrum

Let op! Wilt u zorg van een audiologisch centrum met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een audiologisch centrum dat wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.



Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	100%
2 sterren	100%
3 sterren	100%
4 sterren	100%

13.3 Geregistreerde geneesmiddelen en apothekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden

Wij vergoeden de kosten van een beperkt aantal geregistreerde geneesmiddelen en apothekbereidingen die niet vergoed worden vanuit de basisverzekering. Wij vergoeden de geneesmiddelen en apothekbereidingen in één van de volgende gevallen:

- als ze niet, niet meer of nog niet in het geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) voor vergoeding zijn opgenomen;
- als apothekbereidingen niet vanuit de basisverzekering vergoed worden.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Er is in uw situatie geen vergoedbaar alternatief.
- Het geneesmiddel moet worden gebruikt bij een aandoening die, in combinatie met dat geneesmiddel, voorkomt op een lijst die wij hebben opgesteld. Op deze lijst staan geregistreerde geneesmiddelen en apothekbereidingen in combinatie met aandoeningen. Deze kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een medisch specialist of een huisarts met wie wij een contract hebben. Daarnaast moet het geneesmiddel zijn geleverd door een apotheek die wij hebben gecontracteerd. Kiest u voor een medisch specialist, huisarts of apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke zorgverleners en apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Aanvullend

Basis Plus Module	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
1 ster	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
2 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar

Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plagen te bieden. In de onderstaande artikelen (van B.14 tot en met B.17) gaan wij hierop in. Heeft u ook een tandartsverzekering afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten eerst vanuit de aanvullende tandartsverzekering en daarna vanuit deze aanvullende verzekering, wanneer deze kosten bij beide verzekeringen voor vergoeding in aanmerking komen.

D.14 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion door een orthodontist of tandarts. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A'. Daarnaast vergoeden wij het plaatsen van botankers door een kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

Wachttijd orthodontie

Voor de vergoeding van de kosten van orthodontie geldt een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor de kosten van orthodontie. De wachttijd geldt als u Aanvullend 3 sterren of Aanvullend 4 sterren afsluit en deze in heel 2019 niet had afgesloten. Uw wachttijd geldt ook als u overstapt van één van de andere zorgverzekeraars van Achmea.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 2.000,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
4 sterren	maximaal € 2.500,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

D.15 Tandheelkundige zorg – wettelijke eigen bijdrage prothesen (kunstgebitten)

Heeft u een uitneembare volledige prothese (kunstgebit) al dan niet op implantaten vergoed gekregen vanuit de basisverzekering of deze laten repareren of rebasen (zie artikel B.10)? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	geen dekking
4 sterren	100%



D.16 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays, implantaten en autotransplantaten

Aan verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij alleen de kosten van kronen, bruggen, inlays, implantaten en autotransplantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
- 2 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- 3 Autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand) moet worden uitgevoerd door een multidisciplinair team autotransplantaten dat voldoet aan onze eisen qua deskundigheid. Kijk op onze website welke zorgverleners onderdeel uitmaken van dit team.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	100%
3 sterren	100%
4 sterren	100%

Let op! De kosten van orthodontie worden vergoed vanuit artikel D.14 van deze polisvoorwaarden.

D.17 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval

Wij vergoeden tandheelkundige zorg door een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- 2 Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts.
- 3 Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
- 4 Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.
- 5 Autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand) moet worden uitgevoerd door een multidisciplinair team autotransplantaten dat voldoet aan onze eisen qua deskundigheid. Kijk op onze website welke zorgverleners onderdeel uitmaken van dit team.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- a ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
- b grove schuld of opzet van de verzekerde;
- c het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
- d deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Aanvullend

Basis Plus Module	maximaal € 10.000,- per ongeval
1 ster	maximaal € 10.000,- per ongeval
2 sterren	maximaal € 10.000,- per ongeval
3 sterren	maximaal € 10.000,- per ongeval
4 sterren	maximaal € 10.000,- per ongeval

Ogen en oren

D.18 Brillen en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte en contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) samen per periode van 3 kalenderjaren. Het gaat hier om een periode van 3 kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december. De periode begint op 1 januari in het jaar van de eerste aanschaf.

Voorwaarde voor vergoeding

Een opticien of optiekbedrijf moet de brillen en/of contactlenzen aan u leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a (zonne)brillen en contactlenzen zonder sterkte;
- b prismab Brillen;
- c de wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen en/of lenzen die worden vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel B.4);
- d losse monturen en/of accessoires;
- e gekleurde contactlenzen.



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.