

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202400465

Partijen

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

en

- 1) OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam,
 - 2) DSW Ziektekostenverzekeraar N.V. te Schiedam,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 24 februari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 juli 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij e-mailbericht van 24 oktober 2024 heeft verzoeker desgevraagd verklaard dat het geschil betrekking heeft op een nota van de tandarts van 26 september 2024.
- 1.3. Bij e-mailbericht van 20 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie meegedeeld dat hij zal overgaan tot vergoeding van de desbetreffende nota.
- 1.4. De commissie heeft verzoeker bij brief van 20 december 2024 gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Hierop heeft verzoeker niet gereageerd, waarna hem bij brief van 14 januari 2025 nogmaals is gevraagd of het geschil is opgelost. Omdat een reactie wederom uitbleef, is op 28 januari 2025 een antwoordformulier aan verzoeker gestuurd waarop hij zijn keuze kon aangeven voor een hoorzitting. Dit formulier is niet door verzoeker geretourneerd, waarna hem bij brief van 20 februari 2025 een herinnering is gezonden. Opnieuw bleef een reactie uit, waarna op 12 maart 2025 telefonisch contact is opgenomen met de gemachtigde van verzoeker. Deze verklaarde zo snel mogelijk te laten weten of het geschil is opgelost, dan wel dat een hoorzitting gewenst is. Ook hierop volgde echter geen reactie, en de gemachtigde was niet meer telefonisch bereikbaar, waarop de commissie heeft besloten een hoorzitting in persoon in te plannen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 april 2025 desgevraagd verklaard niet te willen worden gehoord. De uitnodiging voor de hoorzitting is op 15 april 2025 per post, per e-mail en het portal van de SKGZ aan verzoeker gezonden.
- 1.5. Verzoeker is op 7 mei 2025 door de commissie gehoord. De aantekeningen van de hoorzitting zijn hem ter kennisname gestuurd.
- 1.6. Bij brief van 13 mei 2025 zijn de aantekeningen van de hoorzitting en de door verzoeker voorgedragen pleitnota aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, met de vraag hierop binnen drie weken te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 16 mei 2025

gereageerd. Bij zijn reactie heeft de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht gevoegd van 14 februari 2025, gericht aan verzoeker.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 en 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Compact (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft na een tandartsbezoek een nota, gedateerd 26 september 2024, ontvangen ten bedrage van € 445,30. Deze nota ziet op vier posten met betrekking tot het rebasen van een volledig kunstgebit.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 20 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de nota van € 445,30 volledig aan verzoeker zal vergoeden.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft in eerste instantie aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de nota van 26 september 2024, ten bedrage van € 445,30, aan hem te vergoeden.
- 3.2. Hij heeft hiertoe in zijn e-mailbericht van 24 oktober 2024 aangevoerd dat de psychische bijwerkingen van het leven zonder bovengebit - en het daardoor nagenoeg niet meer de deur uit durven/kunnen - toenamen, en dat deze door middel van een tijdelijke oplossing van de tandarts zijn verholpen. Deze tandarts heeft geen contract met de ziektekostenverzekeraar, maar de nota is daar wel ter declaratie ingediend. Het was qua kosten te overzien en de uitgevoerde behandeling maakt het verzoeker mogelijk om weer naar buiten te gaan. Nadrukkelijk is al wel aangegeven dat dit geen structurele oplossing betreft en dat daarom wordt geopteerd voor een klikgebit.
Verzoeker heeft de nota van de tandarts van 26 september 2024 meegestuurd.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat maar één nota (gedeeltelijk) is betaald. De overige tandartsnota's van ongeveer € 1.300,-- staan nog open. Hij verdraagt geen bovenprothese omdat hij dan kokhalsneigingen krijgt, wat overigens heel gebruikelijk is.
Verder heeft verzoeker opgemerkt dat toen hij naar Zweden ging, hij last kreeg van bedwantsen. Hij is ter plaatse naar een dokter gegaan en heeft zijn zorgpas laten zien. Dit pasje bevatte een drukfout. Aan de achterkant stonden alle gegevens goed, maar aan de voorkant waren zijn geboortedatum en naam niet vermeld. Verzoeker kreeg zakken mee waar hij al zijn spullen in moest doen. Uiteindelijk zaten de bedwantsen ook in zijn laptop. Hij moest naar een apart hotel. Dit heeft hem enorm veel geld gekost. De arts die de bedwantsen heeft geconstateerd is niet betaald, omdat hij het verkeerde pasje had meegebracht. Verzoeker ontving hiervoor een nota van € 195,-.
- 3.4. Verzoeker heeft de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden:
 1. De tandartsnota's alsnog te vergoeden volgens de voorwaarden van de zorgverzekering.
 2. Deugdelijke zorgpassen te verstrekken, die voldoen aan redelijke kwaliteitseisen en worden gecontroleerd op het bedrukken van de voor- en achterzijde.
 3. De achternamen van medewerkers die zijn dossier behandelen bekend te maken.
 4. Zijn werkwijze ten aanzien van de bovenstaande punten structureel aan te passen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de nota van 26 september 2024, ten bedrage van € 445,30, inmiddels aan verzoeker is vergoed. Hij heeft in zijn e-mailbericht van 20 december 2024 toegelicht dat deze nota in eerste instantie niet werd vergoed omdat hierop de AGB-code van de zorgverlener ontbreekt. Dit wordt verzoeker evenwel niet langer tegengeworpen.
- 4.2. Bij e-mailbericht van 16 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie meegedeeld dat de door verzoeker ter zitting aangestipte zaken, inclusief de vergoeding van de overige nota's, al meerdere malen zijn besproken met verzoeker. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar een e-mailbericht van 14 februari 2025, gericht aan verzoeker. Hierin is hem meegedeeld op welke wijze hij nota's kan declareren. Ook is meegedeeld dat declaraties die worden ontvangen zo spoedig mogelijk worden verwerkt. Met betrekking tot de overige geschilpunten merkt de ziektekostenverzekeraar in zijn e-mailbericht van 16 mei 2025 op dat al is vastgesteld dat deze buiten de behandeling door de commissie vallen. Met de eerdere vergoeding van € 445,30 van 3 oktober 2024 is de zaak wat de ziektekostenverzekeraar betreft afgedaan.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is in beginsel 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. Verzoeker merkt in zijn e-mailbericht van 24 oktober 2024 op dat hij "opteert voor een klikgebit". De commissie stelt vast dat indien hij hiermee heeft bedoeld dat hij een structurele oplossing in de vorm van een volledige uitneembare gebitsprothese op implantaten wenst, hiervoor – voor zover de commissie althans bekend – bij de ziektekostenverzekeraar geen aanvraag is ingediend. Ook is door de ziektekostenverzekeraar op dit punt geen heroverweging uitgebracht, zodat de commissie – gelet op artikel 114 Zvw en het toepasselijke reglement - niet bevoegd is van dit onderdeel van het verzoek kennis te nemen en hierover te oordelen. Met betrekking tot de overige tandartsnota's, ten bedrage van ongeveer € 1.300,- volgens opgave van verzoeker, overweegt de commissie dat door de ziektekostenverzekeraar onweersproken is gesteld dat deze nooit ter declaratie zijn ingediend. De commissie is daarom niet bevoegd van dit onderdeel van het verzoek kennis te nemen en hierover te oordelen.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg 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.
- 6.2. De commissie stelt vast dat de nota van de tandarts van 26 september 2024, ten bedrage van € 445,30, intussen volledig door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker is vergoed, zodat hierover geen geschil meer bestaat.
- 6.3. Waar het gaat om de zorgpas merkt de commissie op dat voor de in Zweden genoten zorg alleen de zogenoemde European Health Insurance Card (EHIC) relevant is. Aan welke specificaties de EHIC moet voldoen is vastgelegd in artikel 72 van Verordening (EG) nr. 883/2004 in samenhang met 'Besluit Nr. S2 van 12 juni 2009 betreffende de technische specificaties voor de Europese

ziekteverzekeringskaart'(2010/C 106/09) van de Administratieve Commissie. Dat de door de ziektekostenverzekeraar verstrekte EHIC niet aan deze specificaties voldoet heeft verzoeker niet onderbouwd en is overigens ook niet gebleken. Voorts heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat hij door een ondeugdelijke EHIC met voor zijn rekening blijvende kosten is geconfronteerd.

- 6.4. Met betrekking tot het kenbaar maken van de achternamen van medewerkers door de ziektekostenverzekeraar, merkt de commissie op dat de keuze dit al dan niet te doen, behoort tot de beleidsvrijheid van de ziektekostenverzekeraar. De commissie kan hierin niet treden.
- 6.5. Het laatste punt heeft betrekking op het structureel aanpassen van de werkwijze ten aanzien van de eerdergenoemde klachtpunten. Aangezien de commissie hiervoor heeft geconcludeerd dat zij met betrekking tot een deel van deze klachtpunten niet bevoegd is en deze voor het overige worden afgewezen, geldt dit laatste ook voor de gevorderde structurele aanpassing van de werkwijze van de ziektekostenverzekeraar op deze punten.

Slotsom

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 juni 2025,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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, 2.6, 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.

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 tandheeskundig 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 tandheeskundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheeskundige 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 tandheeskundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheeskundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheeskundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheeskundige 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 tandheeskundige 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 tandheeskundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.
2. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, vijftientwintig procent van de kosten van die voorziening.
3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheeskundige 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.

LID 5.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST*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 6 HERSTELZORG IN VERBAND MET COVID-19

Zie voor meer informatie artikel 19 lid 3 van de polisvoorwaarden.

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 A. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN**LID 2.1 BIJZONDERE ORTHODONTIE****LID 2.1.1 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 mededagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde nodig is. Dit omvat doorgaans osteotomie (kaakoperatie) bij de kaakchirurg.

De vergoeding voor behandeling met vacuümgevormde apparatuur (categorie 7) en met brackets aan de linguale en/of palattinale zijde van gebitselementen (categorie 8 en 9) beperkt zich tot maximaal de vergoeding die ontvangen zou zijn indien de behandeling zou hebben plaatsgevonden met behulp van een vaste slotjesbeugel (categorie 5 of 6).

Voor de techniek- en materiaalkosten gelden maximaal te vergoeden bedragen. Deze maximale vergoedingen staan vermeld op onze website.

LID 2.1.2 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

Deze zorg kan uitsluitend worden geleverd door een zorgverlener die is opgenomen in het register van Specialisten Dento-Maxillaire Orthopaedie (erkende orthodontisten).

LID 2.1.3 UITSLUITINGEN

Niet vergoed wordt:

- a. het gebruik van multifunctionele apparatuur en de bijbehorende consulten (declaratiecodes: G74/G76);
- b. het documenteren en bespreken van gegevens uit een elektronische chip die is geplaatst in uitneembare apparatuur (declaratiecodes: F611B en F611C).

LID 2.1.4 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 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 MONDZORG IN BIJZONDERE GEVALLEN

LID 2.2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

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 2.2.2 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn verleend:

- a. voor bijzondere tandheelkunde. 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.
- c. parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen).

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.

Wij kunnen een 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 2.2.1 van dit artikel 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. De extreem angstige verzekerde van 18 jaar of ouder die zijn aanspraken te gelde maakt conform artikel 2.2.1 sub b van dit artikel betaalt een eigen bijdrage.

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 Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, mits voldoende bekwaam en bevoegd.

Behandelingen voor kaakgewrichtsklachten (OPD-B) worden uitsluitend vergoed wanneer deze worden uitgevoerd door een tandarts-gnatholoog of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

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 de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

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 3 B. MONDZORG SPECIFIEK VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR

Als aanvulling op de in lid 2 genoemde 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 van dit artikel);
- e. sealing (het aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen, niet zijnde melktanden) (zie ook lid 3.3 sub d van dit artikel);
- 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) voor zover is voldaan aan de voorwaarden zoals gesteld door de NZa in de geldende tariefbeschikking 'Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg'

- 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 van dit artikel).

LID 3.2 TANDVERVANGENDE HULP

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 directe gevolg is van een ongeval (zie ook lid 3.3 sub b van dit artikel) en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

LID 3.3 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn gevraagd en een machtiging door ons zijn verleend:

- a. voor een behandeling met meer dan twee fluorideapplicaties per jaar, zoals genoemd onder lid 3.1 sub d van dit artikel;
- b. voor een behandeling die valt onder lid 3.2 van dit artikel. 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 in het behandeldossier zijn vastgelegd. De behandeling dient te zijn afgerond voor 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. voor het maken van een orthopantomogram (X21). 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.
- d. als er meer dan 22 sealings worden aangebracht, gerekend vanaf het moment dat de verzekering is afgesloten;
- e. voor botankers of mini-implantaten;
- f. voor het plaatsen van een autotransplantaat. Vanwege de complexiteit van deze behandeling wordt uitsluitend een machtiging afgegeven aan daartoe gespecialiseerde mondzorgpraktijken.

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 Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, mits voldoende bekwaam en bevoegd.

LID 3.4 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.

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 4 C. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

LID 4.1 KUNSTGEBIT (VOLLEDIGE GEBITSPROTHESE) DOOR TANDARTS OF TANDPROTHETICUS

LID 4.1.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden:

- a. de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig kunstgebit of een volledig noodkunstgebit (volledige immediaatprothese) voor de boven- en/of onderkaak;
- b. de kosten van de reparatie en/of rebasen (opvullen) van een volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak.

LID 4.1.2 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn gevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven wanneer:

- a. de totale kosten van het volledig (nood)kunstgebit, vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer dan € 850,- per onder- of bovenkaak bedragen;
- b. het volledig kunstgebit binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen, met uitzondering van het vervangen van een noodkunstgebit;
- c. wegens technische- of medische redenen noodgedwongen een conventionele gebitsprothese (een kunstgebit) geplaatst moet worden in plaats van implantaten en de behandelaar de daarbij komende extra kosten via de code P044 in rekening wil brengen;
- d. het volledige boven- en/of onder (nood)kunstgebit gemaakt en geplaatst wordt door een zorgaanbieder die is verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Eigen bijdrage

- a. Er geldt een eigen bijdrage van 25% de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig (nood)kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak.
- b. Er geldt eigen bijdrage van 25% van de kosten wanneer het volledig (nood)kunstgebit wordt vervaardigd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- c. Er geldt een eigen bijdrage van 10% van de kosten (inclusief techniekkosten) voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een bestaande uitneembare volledig kunstgebit.

LID 4.1.3 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.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt geen 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 4.2 KLIKGEBIT (VOLLEDIGE OVERKAPPINGSPROTHESE OP IMPLANTATEN)

LID 4.2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

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 4.2.2 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn gevraagd 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.

Vervanging klikgebit

De vervangingstermijn van een klikgebit is eens in de vijf jaar. Dit houdt in dat er pas recht is op een nieuw klikgebit wanneer het vorige klikgebit vijf jaar oud is. Er moet een machtiging worden aangevraagd als een klikgebit binnen vijf jaar wordt vervangen.

Definitief klikgebit

Er is pas aanspraak op een klikgebit nadat er eerst een definitief kunstgebit (niet zijnde een aangepast kunstgebit of noodgebit) vervaardigd is.

Uitgesloten van vergoeding

Niet wordt vergoed:

- Implantaten in een betande kaak;
- Het verwijderen van een eenmaal geplaatst implantaat.

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
- Het plaatsen van een klikgebit in de onder- of bovenkaak, waarbij er in één kaak een kunstgebit wordt geplaatst en in de andere kaak een implantaat gedragen klikgebit (declaratiecode J080)
17% van het honorarium en de materiaal- en techniekkosten.
- *Rebasing (opvullen) of reparatie van een klikgebit*
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 een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

LID 4.2.3 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 de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen 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 4.3 KAAKCHIRURGIE

LID 4.3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden zorg zoals medisch specialisten voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie 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 (permu-cosaal implantaat of botanker). 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 4.3.2 VOORWAARDEN

Machtiging

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

- a. tandheelkundige behandelingen onder narcose;
- b. een kaakoperatie(osteotomie, excisie torus en/of correcties kaakbot);
- c. omslagplooiverdieping of kaakopbouw, sinuslifting en/of kaakverhoging;
- d. het verwijderen van irritatie hyperplasien, flabby ridges, bindweefseltransplantaten, verwijderen exostosen en/of correctie edentate delen;
- e. het verwijderen van een eerder geplaatst implantaat;
- f. een autotransplantaat.

Wanneer het bij een behandeltraject nodig is om meerdere behandelaars in te zetten, wordt voor elk afzonderlijk onderdeel een onderbouwing gegeven door de verantwoordelijke behandelaar. De hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke dient met die onderbouwingen en een zorgplan een aanvraag voor toestemming in. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

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

Zorgaanbieder

De zorg moet worden verleend door een kaakchirurg.

LID 4.3.3 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 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.

Artikel 34 Farmacie

LID 1 INLEIDING

Wij onderscheiden:

- a. farmaceutische zorg (zie lid 3 van dit artikel);
- b. geneesmiddelen (zie lid 4 tot en met 9 van dit artikel).

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:

- a. geregistreerde geneesmiddelen (niet zijnde zelfzorggeneesmiddelen, zie lid 5 van dit artikel);
- b. zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 6 van dit artikel);
- c. geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (zie lid 7 van dit artikel);
- d. niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen (zie lid 8 van dit artikel);
- e. dieetpreparaten (zie lid 9 van dit artikel).