

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, oligodontie, implantaten, bruggen en kronen

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

Zaaknummer : 202101441

Zittingsdatum : 23 maart 2022

1. Partijen

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

tegen

OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 27 september 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 26 oktober 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 januari 2022 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 januari 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 7 februari 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022000520) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 februari 2022 aan partijen gestuurd, waarbij hen is meegedeeld dat zij schriftelijk op voornoemd advies mogen reageren.
De zorgverzekeraar heeft op 17 februari 2022 aan de commissie meegedeeld dat bedoeld advies hem geen aanleiding geeft tot een inhoudelijke reactie. Een kopie van dit bericht is op 28 februari 2022 aan verzoekster gezonden.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 12 januari 2022 respectievelijk 17 januari 2022 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de DSW Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-TopPlus (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster is bekend met oligodontie. Daarom zijn bij haar in het verleden bruggen en kronen geplaatst. De brug rechtsonder rust op twee implantaten. In 2020 is de hoektand rechtsboven afgebroken. Dit is een pijlerelement van een van de bruggen. Hierdoor rustte de brug rechtsboven nog maar op één element. Verzoekster heeft daarom een aanvraag ingediend voor onder andere het aanbrengen van twee implantaten rechtsboven en voor de daarop te plaatsen brug.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 februari 2020 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, omdat destijds met het plaatsen van de kronen de bestaande tandheelkundige afwijking is verholpen.

3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 april 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij alsnog akkoord gaat met de het aanbrengen van implantaten en het plaatsen van een brug rechtsboven ter vervanging van de losgekomen brug, inclusief sinusverhoging. Voor zover de aanvraag ziet op het vervangen van de brug links en de vervanging van de vijf kronen handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende beslissing.

3.5. De behandelend tandarts-implantoloog heeft op 24 april 2020 per e-mail over verzoekster verklaard:

"Mijn motivatie, onderbouwd door lichtfoto's in de bijlage, is als volgt : er is sprake van een zeer diepe beet en breuk van restauraties, als ik rechtsboven optimaal wil herstellen dien ik de beet te verhogen door middel van laterale vervanging van de bruggen ."

3.6. Verzoekster is op het spreekuur geweest van een tandarts van de afdeling Bijzondere Tandheelkunde van het ziekenhuis. Deze tandarts heeft het volgende over verzoekster verklaard:

"Bovengenoemde patiënte zagen wij op 04-12-2020 op de polikliniek Bijzondere tandheelkunde. Op basis van klinisch onderzoek lijkt er voldoende ruimte voor een brugconstructie in het 1ste kwadrant. Echter is dit alleen echt goed te beoordelen door een tandtechniker op basis van definitieve afdrukken. Alleen als er onvoldoende ruimte is, is het noodzakelijk om de beet te verhogen en daarmee vervanging van de brug in het 2de kwadrant. Alleen bij verwijderen van de brug in het tweede kwadrant is te beoordelen of er voldoende ferrule en hoogte is van de stomp om een nieuwe brug in verhoogde beet te maken. Eventueel dat er eerdere documentatie (tandheelkundig dossier) is waaruit dit al blijkt. Echter heb ik deze niet ter beschikking. Wanneer er dan blijkt dat er onvoldoende kwaliteit van de pijlerelementen is de optie om uit te wijken naar implantologie. Gezien de brug in het tweede kwadrant functioneel is, terughoudendheid met het vervangen ervan en dit alleen te doen als het ook echt nodig is vanwege onvoldoende ruimte in het 1ste kwadrant. Indien de brug in het tweede kwadrant ooit in de toekomst vervangen moet worden, eventueel i.c.m. implantologie is er wel weinig intermaxillaire ruimte voor een constructie. Dit mogelijk mee te nemen in het besluit. Als laatste waren er op basis van de anamnese en klinisch onderzoek wel tekenen van mogelijk parafunctioneren. Gaarne hiervoor nog aandacht voor door de tandarts. Hopende u zo voldoende op de hoogte te hebben gebracht."

3.7. Bij brief van 7 februari 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

"(...)

Duur indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp

In eerste instantie moet worden beoordeeld of de oorspronkelijke indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp nog aanwezig is. Vervolgens moet worden vastgesteld of de noodzaak tot de uitgebreide hulp nog bestaat. Bij deze afweging komt ook weer het maatmanbeginsel aan de orde.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De brug in het tweede kwadrant functioneert goed. Beetverhoging (per se) of cosmetische redenen zijn geen indicatie om een goed functionerende brugpreventief te vervangen. Een vroegtijdige vervanging van de brug valt niet onder de dekking van de bijzondere tandheelkundige hulp. Verweerder heeft de aanvraag terecht afgewezen.

Omdat er geen aanspraak op bijzondere tandheelkunde bestaat, wordt niet toegekomen aan de beoordeling van het maatmanbeginsel. Wel merkt het Zorginstituut in dit kader het volgende op: Een brug gaat doorgaans ruim tien jaar mee. Als na die periode een pijlerelement door complicaties verloren gaat, kan het mogelijk zijn dat een nieuwe constructie vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Dit is slechts mogelijk als de oorspronkelijke indicatie tot bijzondere

tandheelkundige hulp nog bestaat. Oligodontie is een genetische afwijking die niet verdwenen of opgelost is door een eerdere brug met eventuele implantaten.

Conclusie

De aanvraag is terecht afgewezen."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog een machtiging moet verlenen voor de gehele aangevraagde tandheelkundige behandeling.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) 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.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Bij verzoekster zijn haar volwassen kiezen niet aangelegd. Daarom zijn in het verleden bruggen en kronen geplaatst. In 2020 is één van de pijlerelementen rechtsboven afgebroken na een wortelkanaalbehandeling, waarna de aldaar aanwezige brug nog maar op één pijler rustte. De behandelend tandarts heeft daarom in 2021 twee implantaten rechtsboven aangebracht met hierop een nieuwe brug.
De behandelend tandarts wilde ook de andere brug en de kronen aanpassen, omdat verzoekster nog de 'babytandjes' heeft van de allereerste bruggen en kronen. Verzoekster is het op dit punt met haar tandarts eens. Ook het cosmetische aspect kwam ter sprake, omdat verzoekster ondanks alle bruggen en kronen nog steeds geen mooi gebit heeft. De brug linksboven sluit bovendien niet meer goed aan op het tandvlees, waardoor hier etensresten onder komen. Daarom wil de behandelend tandarts deze brug ook vervangen.
Verzoekster is niet op het spreekuur van de tandheelkundig adviseur geweest, maar bij een tandarts op de polikliniek Bijzondere Tandheelkunde. Deze tandarts heeft het gebit uiteindelijk beoordeeld en geoordeeld dat de situatie linksboven nog functioneel was en dat het daarom niet noodzakelijk was de brug te vervangen. Hierbij heeft de betrokken tandarts echter ook gezegd dat als tien deskundigen om hun mening wordt gevraagd je tien verschillende meningen krijgt. De behandelend tandarts wil ook de onderkant van het gebit verhogen, zodat verzoekster een betere beet krijgt. De tandarts vindt dit noodzakelijk, omdat anders de andere delen van het gebit te kwetsbaar blijven en de kans aanwezig blijft dat deze kapot gaan.
Verzoekster merkt nog op dat zij het moeilijk vindt om door alle informatie van de ziektekostenverzekeraar het overzicht te behouden.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat verzoekster bekend is met multiple agenesieën. Om die reden zijn in het verleden bruggen geplaatst. Inmiddels zijn de destijds vervaardigde bruggen toe aan vervanging. Echter, gezien het maatmanbeginsel is dit thans geen aanspraak meer

voor bijzondere tandheelkunde ten laste van de zorgverzekering en valt het vervangen van voornoemde bruggen onder het reguliere onderhoud van het gebit.

De ziektekostenverzekeraar heeft in tweede instantie de aangevraagde implantaten en brug rechtsboven, inclusief sinusverhoging, goedgekeurd. De ingediende aanvraag betrof twee implantaten rechtsboven, twee implantaten linksboven, twee vijfdelige bruggen en vijf kronen op de voortanden boven om de verticale dimensie te herstellen. Het vervangen van de brug aan de linkerzijde is niet noodzakelijk. De vervanging van vijf kronen op de voortanden (die in 2019 zijn geplaatst) voor herstel van de verticale dimensie vallen buiten de indicatie oligodontie, en de kosten hiervan komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het door de behandelend tandarts gevraagde herstel van de verticale dimensie absoluut niet noodzakelijk is. Het is hoogstens wenselijk om esthetische redenen. Uit de klacht van verzoekster is ook te lezen dat de indicatie voor het dichten van de beet voor een groot deel is gebaseerd op het compenseren van de 'baby tandjes'. Dit is aan te merken als cosmetisch. Cosmetisch herstel betreft echter geen aanspraak.

De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat tijdens het spreekuur van de tandarts van de polikliniek Bijzondere Tandheelkunde is vastgesteld dat bij verzoekster rechtsboven in de mond nog tijdelijke kronen aanwezig waren. Dit vindt de ziektekostenverzekeraar opmerkelijk, omdat de tandarts de definitieve kronen al bij hem had gedeclareerd. Voorts tekent de ziektekostenverzekeraar aan dat op de nota van de behandelend tandarts van 16 februari 2021 ook kosten staan vermeld voor verrichtingen betreffende de kronen rechtsboven, die de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks aan de tandarts heeft vergoed, en een post van € 650,- voor de code J03 die ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering al eerder aan verzoekster is vergoed. Er is dus een bedrag van totaal € 2.600,16 dubbel gedeclareerd door deze tandarts. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 3 januari 2022 een overzicht gegeven van alle gedeclareerde kosten en vergoedingen betreffende mondzorg in de jaren 2020 en 2021.

Overwegingen commissie

- 6.4. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg. Dit staat in artikel 2.7 Bzv. Artikel 33 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd.
- 6.5. Een indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg bestaat in drie gevallen:
- (a) Als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft. Uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv volgt dat hierbij moet worden gedacht aan oligodontie, schisis en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.
 - (b) Als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening. Hierbij kan worden gedacht aan een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke handicap, waardoor extra ondersteuning of zorg nodig is naast de reguliere tandheelkundige zorg. Dit is bijvoorbeeld aan de orde als iemand een ziekelijke angst heeft voor de tandarts of als iemand last heeft van epileptische aanvallen. Alleen de meerkosten van de tandheelkundige behandeling worden in deze situaties vergoed. Ook kan worden gedacht aan een niet-tandheelkundige aandoening, waarbij deze aandoening - of de behandeling hiervan - het gebit aantoonbaar heeft verslechterd en de tandheelkundige functie als gevolg hiervan niet kan worden behouden.
 - (c) Als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening. Hierbij kan worden gedacht aan het ontstekingsvrij maken van de mond voorafgaand aan een behandeling, zoals een operatieve ingreep of een oncologische behandeling, omdat deze ingreep of behandeling anders minder kans van slagen heeft of de kans op ernstige complicaties anders onnodig groot is.

6.6. In de situatie van verzoekster is sprake van oligodontie. Dit is een indicatie die aanspraak geeft op bijzondere tandheelkundige zorg. Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 7 februari 2022 is oligodontie een genetische afwijking die niet verdwenen of opgelost is door eerdere implantaten. Het bestaan van een (verzekerings)indicatie geeft echter niet zonder meer aanspraak op elke tandheelkundige behandeling. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat het plaatsen van de vijf kronen op de voortanden om de verticale dimensie te herstellen om esthetische redenen zal plaatsvinden, hetgeen door verzoekster niet is bestreden. Op vergoeding van de kosten hiervan bestaat in het kader van de bijzondere tandheelkundige hulp geen aanspraak. In het onderhavige geval is verder sprake van voortijdige vervanging van een goed functionerende brug in het tweede kwadrant. Het Zorginstituut stelt in zijn advies dat een beetverhoging (per se) of cosmetische redenen geen indicatie voor het preventief vervangen van een goed functionerende brug zijn. Een vroegtijdige vervanging van de brug valt, aldus het Zorginstituut, niet onder de dekking van de bijzondere tandheelkundige hulp. De commissie neemt deze conclusie over en is dan ook van oordeel dat verzoekster geen aanspraak heeft op het vervangen van de brug links en de vijf kronen.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 maart 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

ARTIKEL 33 - MONDZORG

LID 1 ALGEMEEN

Bij mondzorg onderscheiden wij:

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

LID 2 MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN

LID 2.1 KAAKCHIRURGIE

LID 2.1.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden zorg zoals medisch specialisten voor mond-, kaak- en 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 (permucosaal implantaat). Onder de zorg wordt ook verstaan het verblijf in een ziekenhuis dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.

LID 2.1.2 VOORWAARDEN

Machtiging

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

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

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

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

Verwijzing

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

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een kaakchirurg.



LID 2.1.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

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

LID 2.2 KLIKGEBIT (VOLLEDIGE OVERKAPPINGSPROTHESE OP IMPLANTATEN)

LID 2.2.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN

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

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

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

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

LID 2.2.2 VOORWAARDEN

Machtiging

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

Definitief kunstgebit

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

Eigen bijdrage

Voor een klikgebit op implantaten gelden de volgende eigen bijdragen:

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

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



Zorgaanbieder

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

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

LID 2.2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

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

Vrije tarieven

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

LID 2.3 BIJZONDERE ORTHODONTIE

LID 2.3.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

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

LID 2.3.2 VOORWAARDEN

Machtiging

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

Zorgaanbieder

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

LID 2.3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

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



LID 2.4 MONDZORG IN BIJZONDERE GEVALLEN

LID 2.4.1 TE VERGOEDEN 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 2.4.2 VOORWAARDEN

Machtiging

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

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

Eigen bijdrage

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

Zorgaanbieder

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

LID 2.4.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

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

LID 3 MONDZORG SPECIFIEK VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR

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

LID 3.1 TE VERGOEDEN TANDHEELKUNDIGE KOSTEN

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van:

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

LID 3.2 TE VERGOEDEN TANDHEELKUNDIGE KOSTEN

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



LID 3.3 VOORWAARDEN

Machtiging

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

Zorgaanbieder

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

LID 3.4 UITSLUITINGEN

Niet vergoed worden:

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

LID 3.5 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

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



LID 4 MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

LID 4.1 KUNSTGEBIT (VOLLEDIGE GEBITSPROTHESE) DOOR TANDARTS OF TANDPROTHETICUS

LID 4.1.1 TE VERGOEDEN ZORGCOSTEN

Wij vergoeden:

- a. 75% van 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. 90% van de kosten van de reparatie en/of het rebasen (opvullen) van een bestaande uitneembare volledig kunstgebit.

LID 4.1.2 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd 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 € 560,- 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. wanneer het volledige boven- en/of onder (nood)kunstgebit gemaakt en geplaatst wordt door een zorgaanbieder die is verbonden aan een CBT.

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

Er geldt een eigen bijdrage van 25% van de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig (nood) kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak.

Wanneer het volledige (nood) kunstgebit wordt vervaardigd in een CBT geldt eveneens een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De eigen bijdrage voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een bestaande uitneembare volledig kunstgebit bedraagt 10% van de totale kosten, inclusief techniekkosten.

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

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 het wettelijk maximumtarief.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen 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.

TANDHEELKUNDE

AV-TOPPLUS

zie tabel met
behandelcodes en
verrichtingen op de
volgende pagina's

In uw aanvullende verzekering is ook dekking opgenomen voor tandheelkunde.

Het trekken van tanden en kiezen wordt volledig vergoed zonder beperking in aantal of bedrag.

De AV-TopPlus kent voor de vullingen (V-codes) een volledige vergoeding. De meestvoorkomende bijkomende kosten worden voor 80% vergoed. In onderstaande tabel hebben we alle V-codes opgenomen die wij geheel of gedeeltelijk vergoeden. Bij meer dan € 1.000,- aan vullingen moet vooraf een aanvraag bij DSW worden ingediend voor het verkrijgen van een machtiging.

Lokale verdoving wordt in de AV-TopPlus voor 100% vergoed.

Voor consulten is een maximaal aantal bepaald. Als u dit aantal overschrijdt komt het meerdere voor eigen rekening.

Voor wortelkanaalbehandelingen geldt dat de behandelcodes voor de eigenlijke wortelkanaalbehandelingen volledig en zonder beperking in aantal worden vergoed. Voor bijkomende kosten geldt een maximumvergoeding.

Voor gebitsreiniging, röntgenfoto's en kronen geldt een maximumvergoeding. Als u dit bedrag overschrijdt komt het meerdere voor eigen rekening.

In de tabel op de volgende bladzijden hebben we alle verrichtingen opgenomen die wij geheel of gedeeltelijk vergoeden. Hierbij is ook aangegeven of er eventueel een maximaal aantal of een maximumbedrag is opgenomen. In de tandheelkunde worden veel verschillende codes gehanteerd. De meestvoorkomende codes worden door ons vergoed en treft u in de tabel aan.

Voorwaarden voor onderstaand vermelde hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder:

- vergoeding wordt uitsluitend verleend wanneer deze niet uit de basisverzekering mogelijk is;
- de tandheelkundige behandeling dient uitgevoerd te worden door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus;
- hulp verleend door een tandtechnicus wordt niet vergoed;
- vergoeding kan uitsluitend worden gegeven voor wettelijk goedgekeurde NZa-tarieven;
- er worden geen vergoedingen uit de aanvullende verzekering verstrekt voor behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd, dan wel tandheelkundig niet doelmatig zijn.

TABEL OVERZICHT TANDHEELKUNDIGE VERGOEDINGEN AV-TOPPLUS

A. ALGEMEEN

AV-TOPPLUS

CONSULTEN

C11	Periodiek onderzoek	100%
C13	Probleemgericht consult	100%
Jaarlijks komen de codes C11 en C13 tezamen maximaal tweemaal voor vergoeding in aanmerking.		
C85	Weekendbehandeling	100%
C86	Avondbehandeling	100%
C87	Nachtbehandeling	100%

TANDSTEEN VERWIJDEREN (GEBITSREINIGING)

Gebitsreiniging wordt per eenheid van 5 minuten gedeclareerd (M03). Jaarlijks komt een maximaal aantal van het 5-minuten-tarief voor gebitsreiniging (M03) voor vergoeding in aanmerking.

M03	Gebitsreiniging (5-minutentarief)	max. 4 p/kal.jr., = max. 20 min. p/kal.jr. = max. € 52,28 p/kal.jr.
-----	-----------------------------------	---

TREKKEN TANDEN EN KIEZEN (EXTRACTIES/CHIRURGISCHE INGREPEN)

H11	Trekken tand of kies	100%
H16	Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en hetzelfde kwadrant	100%
H26	Hechten weke delen	100%
H35	Gecompliceerde extractie met opklap	100%
H50	Terugzetten/terugplaatsen exclusief pulpabehandeling, eerste element	100%
H55	Terugzetten/terugplaatsen exclusief pulpabehandeling, buurelement	100%
Kosten voor de operatiekamer (code H90) worden niet vergoed.		
Alle overige H-codes		100%

VERDOVING (ANESTHESIE)

Lokale verdovingen worden volledig en onbeperkt in aantal vergoed. Narcose, lachgassedatie en oppervlakte verdoving worden niet vergoed.

A10	Verdoving	100%
-----	-----------	------

VULLINGEN (RESTAURATIES VAN PLASTISCH MATERIAAL)

Voor vullingen (V-codes) kent uw aanvullende verzekering een volledige vergoeding. De eventueel bijkomende behandelcodes worden voor 80% vergoed. Eventuele andere codes worden niet vergoed.

Let op: bij meer dan € 1.000,- aan vullingen moet vooraf een aanvraag bij DSW worden ingediend voor het verkrijgen van een machtiging.

V15	Aanbrengen schildje van tandkleurig plastisch materiaal	80%
V50	Droogleggen elementen (cofferdam)	80%
V70	Parapulpaire stift, inclusief techniekkosten	80%
V71	Eénvlaksvulling amalgaam	100%
V72	Tweevlaksvulling amalgaam	100%
V73	Drievlaksvulling amalgaam	100%
V74	Meervlaksvulling amalgaam	100%
V81	Eénvlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	100%
V82	Tweevlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	100%
V83	Drievlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	100%
V84	Meervlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	100%
V91	Eénvlaksvulling composiet	100%
V92	Tweevlaksvulling composiet	100%
V93	Drievlaksvulling composiet	100%
V94	Meervlaksvulling composiet	100%

SPOEDBEHANDELINGEN

E03	Consult na tandheelkundig ongeval	100%
E40	Directe pulpa-overkapping (alleen bij trauma)	100%
E42	Terugzetten verplaatst gebitselement	100%
E43	Vastzetten gebitselement d.m.v. spalk	100%
E44	Verwijderen van spalk	100%
E77, E78	Initiële wortelkanaalbehandeling bij waarneming	100%

WORTELKANAALBEHANDELINGEN (ENDODONTIE)

De behandelcodes voor de eigenlijke wortelkanaalbehandelingen worden volledig vergoed (met uitzondering van E02), zonder beperking in aantal. Voor de bijkomende verrichtingen (de niet vermelde E-codes, met uitzondering van codes E90, E95 en E97 (bleken van tanden)) bedraagt de totale vergoeding maximaal € 55,- per kalenderjaar.

E01	Wortelkanaal consult	100%
E02	Uitgebreid wortelkanaal consult	€ 22,16
E13	Element met 1 kanaal	100%
E14	Element met 2 kanalen	100%
E16	Element met 3 kanalen	100%
E17	Element met 4 of meer kanalen	100%

TANDVLEESBEHANDELINGEN (PARODONTOLOGIE)

Uit de AV-TopPlus wordt 80% van de kosten voor onderstaande tandvleesbehandelingen vergoed.

T11, T12, T31, T32, T33	Diagnostiek	80%
T21, T22	(Niet-)chirurgische behandelingen	80%
T41, T42, T43, T44	Consult parodontale nazorg	80%
T70, T71, T72	Flapoperaties	80%
T76, T81	Tuber- of retromolaarplastiek	80%
T93	Bacteriologisch onderzoek (inclusief laboratoriumkosten)	80%

RÖNTGENFOTO'S

De maximale vergoeding voor X10 en X21 tezamen bedraagt per kalenderjaar: € 97,98.

X10	Kleine röntgenfoto	100%, max. 6 foto's p/kal.jr.
X21	Kaakoverzichtsfoto	100%

KAAKGEWRICHTSBEHANDELINGEN (GNATHOLOGIE)

G62	Occlusale spalk (inclusief techniekkosten)	80%, max. € 140,-
G63	Repositie spalk (inclusief techniekkosten)	80%, max. € 140,-
G64	Controlebezoek spalk	80%
G65	Indirect planmatig inslijpen	80%
G69	Opbeetplaat (inclusief techniekkosten)	80%, max. € 100,-

B. PROTHESES**KUNSTGEBIT (VOLLEDIGE GEBITSPROTHESE)**

Voor een kunstgebit geldt dat 75% wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Van de overige 25% wordt een deel vergoed uit de aanvullende verzekering. Wanneer de kosten, inclusief techniekkosten, hoger zijn dan € 560,- per kaak dient de behandelaar vooraf een machtiging aan te vragen. Opvullen (rebasen) en reparatie van een volledig kunstgebit worden voor 90% vergoed uit de basisverzekering. De eigen bijdrage voor opvullen (rebasen) en reparatie komt niet voor vergoeding uit de aanvullende verzekering in aanmerking.

P21, P25	Volledig kunstgebit boven- of onderkaak incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten	€ 122,50
P30	Volledig kunstgebit boven- en onderkaak incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten	€ 230,-
P40	Immediaattoeslag	100%
P45	Noodprothese	100%
P78	Uitbreiding tot volledige prothese	100%

KLIKGEBIT (VOLLEDIGE OVERKAPPINGSPROTHESE OP IMPLANTATEN)

De kosten van een klikgebit worden vergoed vanuit de basisverzekering, met uitzondering van de wettelijke eigen bijdrage. De eigen bijdrage van de kosten van de gebitsprothese en het kliksysteem (mesostructuur) tezamen bedraagt:

- 17% voor de onderkaak i.c.m. de bovenkaak (J50)
- 10% voor de onderkaak (J51)
- 8% voor de bovenkaak (J52)

Deze eigen bijdrage wordt gedeeltelijk vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Er dient altijd vooraf een machtiging aangevraagd te worden.

Opvullen (rebasen) en reparatie van een volledig klikgebit, zowel door tandarts als tandprotheticus, worden voor 90% vergoed uit de basisverzekering. De eigen bijdrage voor opvullen (rebasen) en reparatie komt niet voor vergoeding uit de aanvullende verzekering in aanmerking.

J50	Volledige onderprothese op implantaten, i.c.m. een volledige bovenprothese	max. € 180,-
J51	Volledige onderprothese op implantaten	max. € 90,-
J52	Volledige bovenprothese op implantaten	max. € 90,-

GEDEELTELIJK KUNSTGEBIT (PARTIËLE PROTHESE)

Gedeeltelijke protheses en frameprotheses (incl. techniekkosten), gemaakt bij een tandarts of tandprotheticus, worden vergoed tot een maximumbedrag.

P10	Gedeeltelijk kunstgebit 1 - 4 elementen	€ 130,-
P15	Gedeeltelijk kunstgebit 5 - 13 elementen	€ 230,-
P34	Frame 1 - 4 elementen	80%, max. € 370,-
P35	Frame 5 - 13 elementen	80%, max. € 455,-
P51, P52, P53, P54	Opvullen gedeeltelijk kunstgebit	€ 80,- p/kal.jr.
P57, P58	Reparatiekosten gedeeltelijk kunstgebit	€ 80,- p/kal.jr.
P79	Uitbreiden gedeeltelijk kunstgebit	€ 80,- p/kal.jr.
De vergoeding van alle onder B genoemde prothetische hulp tezamen kent een maximumbedrag per verzekerde per 2 kalenderjaren.		€ 700,- p/2 kal.jr.

KRONEN EN BRUGGEN; OVERIGE TANDHEELKUNDIGE HULP

Er geldt een maximumvergoeding voor het nieuw plaatsen van de volgende voorzieningen inclusief techniekkosten.

P31	Gegoten wortelkappen met stift	€ 95,-
P32	Extra per precisieverankering	€ 65,-
R12	Tweevlaksinlay	€ 140,-
R13	Drievlaksinlay	€ 250,-
R24	Kroon	€ 250,-
R31	Opbouw plastisch materiaal	80%
R32	Gegoten opbouw indirecte methode	€ 95,-
R33	Gegoten opbouw directe methode	€ 95,-
R40	Eerste brugtussendeel	€ 155,-
R45	Tweede en volgend brugtussendeel	€ 105,-
R46	Brugverankering per anker	80%
R60	Plakbrug zonder preparatie	€ 195,-
R61	Plakbrug met preparatie	€ 225,-
R65	Toeslag voor elk volgend brugdeel in hetzelfde tussendeel	€ 115,-
R66	Toeslag boven aantal 2 bevestigingen	€ 25,-
R74	Opnieuw vastzetten gegoten restauratie	80%
R75	Opnieuw vastzetten plakbrug	80%
R76	Extra voor gegoten opbouw onder bestaande kroon	80%
R78	Aanbrengen schildje van tandkleurig materiaal zonder preparatie	€ 140,-
R79	Aanbrengen schildje van tandkleurig materiaal met preparatie	€ 165,-

In totaal komen per 3 aaneengesloten kalenderjaren maximaal 6 kronen, brugdelen of inlays in aanmerking voor vergoeding. Bepalend voor vergoeding is het aantal verstrekkingen in de afgelopen jaren. Er wordt dus steeds teruggekeken of in de laatste 3 kalenderjaren niet meer dan 6 kronen, brugdelen of inlays zijn vergoed.

De vergoeding voor een kroon op implantaat dient door de tandarts schriftelijk te worden aangevraagd, inclusief röntgenfoto en begroting. Het bedrag van vergoeding is overeenkomstig de vergoeding van een vergelijkbare brug, ter beoordeling door DSW.

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 zeven 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.