



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, orthodontie, machtiging, toezegging
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019 en 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.1 Rzv,
voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019 en 2020
Zaaknummer : 202001354
Zittingsdatum : 18 november 2020



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (H.A.J. Kroon, L. Ritzema en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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

IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 10 juni 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 oktober 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 20 oktober 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 26 oktober 2020 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) per brief aan de commissie het voorlopig advies (zaaknummer: 2020045213) uitgebracht. Een kopie is op 29 oktober 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 november 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 19 november 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 23 november 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 en 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZZ Zorg voor de Zorg (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De behandelend orthodontist heeft op 7 mei 2019 ten behoeve van verzoekster een aanvraag voor orthodontie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. In deze aanvraag heeft de orthodontist over verzoekster verklaard:
"(...) Onlangs zagen wij bovengenoemde patiënt retour voor uitgebreid onderzoek voorafgaand aan de actieve behandeling. Wij constateerden:
 - * - Klasse I malocclusie*
 - * - neutro-occlusie links*
 - * - neutro-occlusie rechts*
 - * - overjet 3 mm*
 - * - overbite 5 mm*
 - * - diepe beet*
 - * - steilstand bovenfront*
 - * - steilstand onderfront*
 - * - goede mondhygiëne*
 - * - hyperlaxe kaakgewricht rechts*

** - eerder langdurig orthodontisch behandeld*

De kosten zullen maximaal 2250,- euro bedragen. Op korte termijn zullen wij de orthodontische behandeling starten. Het voorgestelde behandelingsplan ziet er als volgt uit:

- vaste apparatuur in de bovenkaak*
- vaste apparatuur in de onderkaak*
- plaatsen van 2 x cc bar in de BK en de OK als retentie + Hawley retainer (...)"*

3.3. Op 3 september 2019 is verzoekster op het spreekuur geweest van de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 september 2019 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor orthodontie wordt afgewezen.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 21 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Op 29 januari 2020 heeft de behandelend orthodontist ten behoeve van verzoekster opnieuw een aanvraag voor orthodontie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. In deze aanvraag heeft de behandelend orthodontist over verzoekster verklaard:

"(...) Mevrouw heeft last van een storend contact in haar mond. Zij is eerder orthognatisch behandeld door een collega orthodontist en kaakchirurg. Bij nader onderzoek constateerden wij:

- Profiel: een neutroprofiel*
- Skeletaal: een neutrokaakrelatie*
- Dentaal: een neutroocclusie met een stabiele occlusie*

De klachten in haar mond brengen haar daartoe om een tweede orthodontische behandeling te ondergaan, zelfs al moet ze daar voor rijden. Esthetisch is zij tevreden maar functioneel heeft zij klachten. Zij noemt het onrust in haar mond, storend frontcontact. Het chirurgische deel is goed afgelopen, het orthodontische deel is naar haar gevoel niet helemaal volbracht. Klinisch is er geen erge afwijking waar te nemen. Als ik iets wil doen dan moeten we haar gebit opnieuw volledig in de beugel zetten. We bespraken met haar een volledige vaste apparatuur behandeling in de boven- en onderkaak. Zij is daarmee akkoord.

Zij heeft in het verleden een machtiging gehad die in 2018 is verlopen. Haar nummer: 1619323. Mijn verzoek aan u is dan ook om deze tweede behandeling op een verlenging van de oude machtiging te kunnen laten lopen. (...)"

3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 februari 2019 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

3.8. Op 26 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...) Orthodontische behandeling maakt in principe geen deel uit van de basisverzekering. De aanspraak op orthodontie is beperkt tot de tandheelkundige aandoeningen waarop de bijzondere tandheelkunde betrekking heeft. Het gaat daarbij om ingrijpende orthodontische behandelingen bij personen met een zeer ernstige afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, zoals schisis. Daarnaast moet ook mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Bij een hernieuwde aanvraag tot bijzondere tandheelkundige hulp moet worden nagegaan of de oorspronkelijke indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp nog aanwezig is. De behandelend orthodontist geeft aan dat bij de verzekerde klinisch geen ernstige afwijking waarneembaar is, waaruit kan worden afgeleid dat geen verzekeringsindicatie bestaat. Tevens is verzoekster door de adviserend tandarts van verweerder onderzocht. Ook hij stelde vast dat niet wordt voldaan aan de strikte indicatiecriteria voor orthodontische behandeling.

Conclusie

Er is geen indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De behandeling kan niet vanuit de basisverzekering worden vergoed. Verweerder heeft de aanvraag terecht afgewezen. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde orthodontische behandeling moet vergoeden.
- 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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling


- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over bijzondere tandheelkunde en orthodontie 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. Verzoekster voert aan dat aan haar in 2005 een machtiging zonder einddatum is verstrekt voor orthodontische zorg. De behandeling die zij in 2005 heeft ondergaan, is goed verlopen. In 2014 raakte echter een stangetje los dat achter een tand was geplaatst. Dit had tot gevolg dat opnieuw orthodontische zorg nodig was. De bijtbeugel die verzoekster kreeg - maar achteraf niet tot het gewenste resultaat leidde - is vergoed ten laste van de zorgverzekering. Vervolgens moest zij een orthodontische behandeling ondergaan. Hiervoor is een machtiging afgegeven op 13 november 2014 voor de periode van 1 januari 2014 tot 1 januari 2017. Verzoekster heeft in deze periode meerdere behandelingen ondergaan die door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed op grond van de desbetreffende machtiging. Ook na de einddatum van deze machtiging bleek nog zorg nodig te zijn. De aanvraag tot verlenging van de machtiging van 2014, die in januari 2017 is ingediend, is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. In de periode die volgde, heeft verzoekster als gevolg van burn-out klachten zich niet verder laten behandelen. Op het moment dat het weer beter ging met haar, heeft verzoekster de behandeling willen hervatten en heeft zij zich in 2019 opnieuw gewend tot een orthodontist. Vervolgens heeft verzoekster telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar opgenomen om zich te laten informeren over de vergoeding van de kosten. In de telefoongesprekken op 5 februari 2019 en 5 maart 2019 heeft zij aangegeven dat zij al een doorlopende machtiging uit 2005 had en werd haar verteld dat de kosten weer zouden worden vergoed. Hierop kwam de ziektekostenverzekeraar later echter terug. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar zijn toezegging moet nakomen en de aangevraagde orthodontische behandeling moet vergoeden.


- 6.3. De ziektekostenverzekeraar erkent dat in de machtiging die in 2005 aan verzoekster is verstrekt geen einddatum is vermeld. Dit betekent echter niet dat sprake is van een doorlopende machtiging. Op het moment dat een orthodontische behandeling is afgerond, vervalt ook de machtiging die hiervoor was verstrekt. Deze is dan niet langer van toepassing. Als opnieuw een zorgvraag ontstaat, moet op dat moment worden getoetst of een (verzekerings)indicatie bestaat en of aanspraak bestaat op de gevraagde zorg. De in 2005 gemachtigde behandeling is in 2007/2008 afgerond met de verwijdering van de apparatuur en het plaatsen van retentieapparatuur. Daarnaast is in 2014 een machtiging verleend met de einddatum 1 januari 2017 en deze machtiging is niet meer verlengd. De nieuwe aanvraag die ten behoeve van verzoekster is ingediend op 7 mei 2019 is door de ziektekostenverzekeraar beoordeeld en afgewezen. Hieruit volgt namelijk niet dat sprake is van een afwijking van het tand-kaak-mondstelsel in ernst vergelijkbaar met schisis. Evenmin volgt hieruit dat medebehandeling of medediagnostiek noodzakelijk is door bijvoorbeeld een kaakchirurg. Dit zijn echter wel vereisten om aanspraak te kunnen maken op de gevraagde zorg.


Zorgverzekering


- 6.4. Een orthodontische behandeling kan op grond van artikel 31 van de verzekeringsvoorwaarden (2019) en artikel 32 van de verzekeringsvoorwaarden (2020) onder de dekking vallen. Voorwaarde hierbij is allereerst dat sprake moet zijn van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Dit is aan de orde bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de verzekerde zonder de gevraagde behandeling geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Daarnaast moet - specifiek voor orthodontie in bijzondere gevallen - medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.
- 6.5. De commissie overweegt dat uit de stukken in het dossier niet blijkt dat bij verzoekster een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel aan de orde is, die in ernst te vergelijken is met schisis. Integendeel, uit de verklaring van de behandelend orthodontist van 29 januari 2020 volgt dat klinisch geen erge afwijkingen waar te nemen zijn bij verzoekster. Daarnaast blijkt uit de stukken in het dossier evenmin dat medebehandeling of diagnostiek door een andere discipline dan de tandheelkundige noodzakelijk is, terwijl dit wél een voorwaarde is waaraan moet worden voldaan om aanspraak te kunnen maken op orthodontie. Dit leidt tot de conclusie dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor orthodontie op grond van de zorgverzekering en de ziektekostenverzekeraar de gevraagde zorg op grond van deze verzekering niet hoeft te vergoeden.
- 6.6. Verder overweegt de commissie dat orthodontische zorg is bedoeld om een verzekerde te compenseren voor een bepaalde beperking, dus om de verzekerde te brengen tot een orale conditie die vergelijkbaar is met iemand zonder deze beperking. Is dat punt bereikt, dan heeft de verzekerde vervolgens dezelfde aanspraken op mondzorg als ieder ander. In de situatie van verzoekster betekent dit dat na het herstel van het gebit in 2007/2008 het behandeldoel waarvoor de machtiging in 2005 werd afgegeven is behaald en de aanspraak op orthodontische zorg op grond van de zorgverzekering kwam te vervallen. Verzoekster kan op grond van deze machtiging - hoewel deze geen einddatum kent - daarom geen aanspraak (meer) maken op de aangevraagde orthodontische behandeling in 2019 of 2020. Overigens merkt de commissie in dit verband op dat verzoekster in 2014 opnieuw orthodontische zorg nodig had en dat toen een aanvraag is ingediend en een nieuwe machtiging is verstrekt voor de periode van 1 januari 2014 tot 1 januari 2017. Hieruit kon verzoekster ook afleiden dat de machtiging die in 2005 was afgegeven, niet langer geldig was.
- 6.7. De commissie overweegt voorts dat het aan verzoekster is aannemelijk te maken dat de ziektekostenverzekeraar aan haar toezeggingen heeft gedaan op grond waarvan hij - eventueel in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden - de gevraagde behandeling moet vergoeden. In deze bewijslast is zij niet geslaagd. Ook uit de gespreksnotities die door de ziektekostenverzekeraar zijn gemaakt, blijkt niet dat aan verzoekster een toezegging is gedaan over de vergoeding van de aangevraagde orthodontische behandeling.


 **Aanvullende ziektekostenverzekering**

 6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor orthodontie, zodat het verzoek niet kan worden toegewezen op grond van deze verzekering.

 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

 7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 25 november 2020,



 M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

Voor kronen, bruggen, implantaten en kaakoverzichtsfoto's heeft u vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 32. Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

32.1. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
2. Als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft;
3. Als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

U heeft alleen recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit heeft, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:
Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.
2. Orthodontische zorg in bijzondere gevallen:
Bij een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg, orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg of een tandarts die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister van de Vereniging Tandartsen voor Orthodontie (OK register) in samenwerking met een kaakchirurg. Patiënten met een lip-, kaak- of gehemeltespleet mogen uitsluitend behandeld worden door een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie (narcose) nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
 - Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten
 - Het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
 - Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

32.2. Tandheelkundige implantaten

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde:

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft;
2. Als u een verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft in de vorm van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt, kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Voor de prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zie artikel 34.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg. Als er sprake is van implantologie in de zeer ernstig geslonken tandeloze kaak dan mag de zorg ook worden verleend door een tandarts-implantoloog. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
 - Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten
 - Het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
 - Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 33. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u recht op kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. U heeft geen recht op de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties. Bij ongecompliceerde extracties gaat het om tanden of kiezen die uw tandarts ook kan trekken.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

8. Wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp)
9. Vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen)
10. Behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp)
11. Volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen)
12. Chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten
13. Röntgenonderzoek. U heeft geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

Bent u jonger dan 23 jaar? Dan heeft u recht op kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer ontbrekende blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd of geheel ontbreken als gevolg van een ongeval. De noodzaak van deze zorg moet zijn vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Bent u 18 jaar of ouder? Dan geldt voor deze zorg het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of mondhygiënist. De tandarts of mondhygiënist kunnen werkzaam zijn in een instelling voor jeugdandverzorging.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

Voor kronen, bruggen, implantaten en kaakoverzichtsfoto's heeft u vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 31. Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

31.1. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
2. Als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft;
3. Als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

U heeft alleen recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit heeft, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Let op

Het ontbreken van enkele blijvende tanden of kiezen door een aanlegstoornis komt regelmatig voor. U heeft recht op bijzondere tandheelkunde als bij u ten minste 6 tanden en kiezen in aanleg ontbreken (verstandskiezen tellen niet mee).

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:

Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

2. Orthodontische zorg in bijzondere gevallen:

Bij een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg, orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg of een tandarts die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister van de Vereniging Tandartsen voor Orthodontie (OK register) in samenwerking met een kaakchirurg. Patiënten met een lip-, kaak- of gehemeltepleet mogen uitsluitend behandeld worden door een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie (narcose) nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde

2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:

- Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
- Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA
- Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis
- Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten
- Het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
- Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

31.2. Tandheelkundige implantaten

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde:

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft;
2. Als u een verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft in de vorm van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Voor de prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zie artikel 33.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg. Als er sprake is van implantologie in de zeer ernstig geslonken tandeloze kaak dan mag de zorg ook worden verleend door een tandarts-implantoloog. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
 - Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten
 - Het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
 - Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Besluit zorgverzekering

Geldig van 26-06-2019 t/m heden

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.