

Anoniem Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202300755

Partijen

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

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van het plaatsen van een viertal kronen en een brug, ten bedrage van € 3.279,20, te vergoeden vanuit de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat niet is gebleken dat de schade aan het gebit het gevolg is van een ongeval. Zo is door de tandarts geen traumaverslag gemaakt.
- 1.2. De commissie concludeert dat een ongeval met de fiets heeft plaatsgevonden, waarbij het tijdstip van deze gebeurtenis overigens niet bekend is. Dat hierdoor schade is ontstaan aan de zeszdelige brug, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt. Hoewel de tandarts in zijn verklaringen van 30 oktober 2022 en 3 november 2022 eenduidig is met betrekking tot de oorzaak van de tandheelkundige problemen, te weten een ongeval met de fiets, volgt dit niet uit de door hem op 18 mei 2022 en 27 juni 2022 opgestelde nota's. Hierop worden noch een spoedconsult noch andere behandelingen genoemd die verband kunnen houden met een ongeval. Ook is hierop de behandeldatum van 4 april 2022 niet vermeld, terwijl dit voor de hand zou liggen, gelet op verzoekers verklaring omtrent de gebeurtenis. In dit verband roept ook het telefoongesprek met de ziektekostenverzekeraar op 7 maart 2022 vragen op, nu verzoeker bij die gelegenheid informeerde naar de vergoeding voor een brug. Tevens stelt de commissie vast dat door verzoeker niet is onderbouwd waarom de vergoeding die door de ziektekostenverzekeraar is verleend voor de tijdelijke brug niet juist zou zijn. Daarom houdt zij het ervoor dat van het notabedrag van € 1.012,66 terecht € 813,13 werd vergoed. De commissie beslist tot afwijzing van het verzoek.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 18 september 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 september 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 13 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 oktober 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 november 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis Collectief en Uitgebreide Tandarts Collectief (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft op 3 april 2022 per e-mail bij de ziektekostenverzekeraar melding gemaakt van een ongeval met de fiets op zaterdag 2 april 2022. Bij e-mailbericht van 6 april 2022 bevestigde de ziektekostenverzekeraar de ontvangst van de melding en vroeg hij om toezending, binnen drie maanden, van aanvullende informatie omtrent het ongeval, de staat van het gebit, en een behandelplan, in het kader van de door hem te verlenen toestemming. Op maandag 4 april 2022 is verzoeker gezien door de tandarts. Deze constateerde schaaftwonden en schade aan de brug ter plaatse van de boven voortanden. Hierop werd een vervolgspraak gemaakt voor 11 mei 2022. Bij brief van 12 mei 2022 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar nogmaals melding gemaakt van het ongeval en hierbij heeft hij röntgenfoto's overgelegd.
- 3.3. Op 9 juni 2022 is door de tandarts via Vecozo een aanvraag tot herstel van tandheelkundige schade gedaan bij de ziektekostenverzekeraar. Bij brief van 8 juli 2022 wees de ziektekostenverzekeraar de aanvraag af met als reden dat niet was gebleken dat sprake was van een ongeval. Bij brief van 12 juli 2022 vroeg verzoeker de afwijzende beslissing te heroverwegen. Een volgende afwijzing door de ziektekostenverzekeraar volgde per e-mail, op 22 juli 2022. Bij brief van 17 augustus 2022 herhaalde de ziektekostenverzekeraar dat niet was gebleken van een ongeval en dat onomstotelijk moest zijn vastgesteld dat de schade aan het gebit hiervan het rechtstreekse gevolg was. In vervolg op een telefoongesprek tussen de tandarts en de adviserend tandarts, vroeg verzoeker nogmaals aandacht voor de kwestie bij brief van 5 september 2022. In de hierop volgende correspondentie heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt gehandhaafd, waarbij hij de afwijzing met nadere gronden heeft onderbouwd. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar gewezen op de door de tandarts gebruikte behandelcode - C003 in plaats van E03 - en het ontbreken van een ongevallen/traumaverslag. Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft niet geleid tot een wijziging van het ingenomen standpunt.

4. Standpunt verzoeker

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van het plaatsen van een zesdelige brug ter plaatse van de elementen 13, 12, 11, 21, 22, 23, ten bedrage van totaal € 3.279,20, te vergoeden vanuit de ongevallendekking van de aanvullende ziektekostenverzekering.

4.2. In dit verband verwijst verzoeker naar de definitie van een 'ongeval' zoals opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden. Deze definitie luidt als volgt: *"Een plotselinge, onverwachte en niet gewilde gebeurtenis van buitenaf die rechtstreeks tot objectief medisch aan te tonen fysiek letsel leidt. Van een ongeval is ook sprake als u objectief medisch aan te tonen fysiek letsel oploopt, doordat u plotseling en onvrijwillig in omstandigheden terecht komt die u niet voorzien hebt en redelijkerwijs ook niet kon voorzien."*

Verzoeker stelt dat in zijn geval sprake was van een ongeval met de fiets op zaterdag 2 april 2022. Het had 's nachts gevoren en er lag op veel plaatsen nog sneeuw, waarover hij is uitgegleden. De schade aan het gebit was hiervan het rechtstreekse gevolg. Dit blijkt uit de factuur en het feitencomplex. Verzoeker licht toe dat hij, in vervolg op de val, de tandarts direct heeft gebeld. Deze stelde dat hij niet kon uitsluiten dat de brug onherstelbaar was beschadigd. Er werd een spoedafpraak gemaakt voor maandag 4 april 2022. De tandarts constateerde toen schade aan de brug en stelde vast dat verzoeker schaafwonden had, zoals blijkt uit de verklaringen van 30 oktober 2022 en 3 november 2022. Verzoeker tekent aan dat niet elke valpartij leidt tot een ziekenhuisopname of directe medische zorg, zoals overigens ook door de ziektekostenverzekeraar wordt erkend en blijkt uit een tekst op de website. Tevens verwijst verzoeker naar de nota van De Fietschirurg van 5 april 2022, waarop is vermeld "Voorwiel vervangen na ongeval".

4.3. Na de spoedafpraak op 4 april 2022 is er een vervolgfafpraak gemaakt op 11 mei 2022. Door de tandarts is toen een tijdelijke brug geplaatst. De kosten hiervan bedroegen € 1.012,66, waarvan de ziektekostenverzekeraar € 810,13 heeft vergoed. Plaatsing van de definitieve brug volgde op 23 juni 2022.

Volgens verzoeker blijkt uit de behandelhistorie dat vóór het ongeval geen noodzaak bestond voor vervanging van de brug. De schade aan de brug is zichtbaar op de overgelegde foto's en blijkt ook uit eerder genoemde verklaringen van de tandarts. Deze schade is het rechtstreekse gevolg van de val. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat sprake was van schade als gevolg van slijtage en belasting is niet onderbouwd, en wordt door verzoeker bestreden. Het klopt dat er op 7 maart 2022 telefonisch contact was met de ziektekostenverzekeraar, maar dit betrof niet de vervanging van de brug, maar een vraag naar de dekking voor een kroon. Het is dan ook logisch dat in de behandelhistorie niets wordt vermeld over vervanging van de brug.

4.4. Verzoeker merkt op dat in de latere correspondentie, met name de brief van 17 januari 2023, door de ziektekostenverzekeraar een nieuwe afwijsggrond wordt geïntroduceerd, te weten dat de tandarts een verkeerde behandelcode zou hebben gehanteerd. Verzoeker verwijst in de brief van 8 februari 2023 naar de jurisprudentie van de Hoge Raad, waaruit volgt dat in geval van afwijzing van een verzoek tot dekking de beslissing deugdelijk en volledig moet worden gemotiveerd. De ziektekostenverzekeraar komt geen beroep toe op deze nieuwe afwijsggrond. Daarnaast betreft het hier slechts een "administratieve handeling", waarop verzoeker geen enkele invloed heeft. Het spoedeisende karakter blijkt voorts uit de door de tandarts gebruikte behandelcode C003: "Consult, niet zijnde periodieke controle".

De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de tandarts de protocollen/richtlijnen van de KNMT niet heeft gevolgd, doordat hij heeft nagelaten een traumaverslag op te stellen, treft volgens verzoeker geen doel. De protocollen/richtlijnen zijn juridisch niet bindend en zien op klinische praktijkrichtlijnen en adviezen, met als doel tandartsen te helpen bij het behandelen van hun patiënten. Daarbij is gehandeld in overeenstemming met de NMT-Praktijkrichtlijn Tandletsel 2010. Verzoeker is door de tandarts gezien tijdens de spoedafpraak op 4 april 2022. Er werd een

breuk in de brug vastgesteld, maar verzoeker had geen pijnklachten. Verder ingrijpen was daarom op dat moment niet noodzakelijk.

- 4.5. In zijn brief aan de commissie stelt verzoeker dat op de ziektekostenverzekeraar een onderzoeksplicht rust zodra een verzekerde voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat een verzekerde gebeurtenis heeft plaatsgevonden (HR 3 februari 1989, NJ 1990, 476 (OHRA/Goilo)). In ieder geval vanaf 11 mei 2022 had de ziektekostenverzekeraar contact kunnen leggen met de tandarts om zorginhoudelijke vragen te stellen of verduidelijking te verzoeken. Dit is echter niet gebeurd. In plaats daarvan werd van verzoeker - als niet-tandheeskundige - verlangd dat hij de noodzakelijke informatie zou aanleveren. Voorts mocht hij vanwege de gedeeltelijke vergoeding van de nota van € 1.012,66 er gerechtvaardigd op vertrouwen dat de verdere kosten van mondzorg als gevolg van het ongeval zouden worden vergoed. Dat de spoedafpraak niet is gedeclareerd of bij verzoeker in rekening is gebracht, kan hem niet worden verweten. Uit de behandelhistorie blijkt dat de afspraak heeft plaatsgevonden.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij op de zaterdag van het ongeval de tandarts direct heeft benaderd. Deze gaf aan dat er wellicht iets met de brug was dat mogelijk niet zou kunnen worden hersteld. Dit is ook gemeld bij de ziektekostenverzekeraar, en op de maandag daarna is er een spoedconsult geweest bij de tandarts waarbij bleek dat de brug moest worden vervangen. Er bestaat een causaal verband tussen het ongeval en de noodzaak tot vervanging van de brug. Tijdens het spoedconsult heeft de tandarts het gebit van verzoeker nagelopen. Hij heeft toen alleen aandacht besteed aan de tandheeskundige situatie, en er zijn verder geen zaken genoteerd zoals de aanwezigheid van schaafwonden, omdat dit niet tot het vakgebied van de tandarts behoort. Pas later is hierover door de tandarts verklaard omdat de ziektekostenverzekeraar toen stelde dat er geen ongeval was geweest. De tandarts heeft ook foto's genomen. Er is toen gezegd dat verzoeker er "wel acceptabel bij moest lopen" en dat er om die reden wat aan moest worden gedaan. Verzoeker heeft ook diverse kronen. Hij heeft tijdens het telefoongesprek van 7 maart 2022 met de ziektekostenverzekeraar gevraagd hoe het zit met de vergoeding hiervan; er is bij die gelegenheid niet gesproken over de brug. Volgens verzoeker wordt de tandarts nu in diskrediet gebracht, omdat wordt gesuggereerd dat hij achteraf heeft geconstrueerd dat een ongeval had plaatsgevonden. De tandarts is echter na 4 april 2022 meteen aan de slag gegaan met de brug. Verzoeker weet niet of hiervan een factuur is opgemaakt, maar de tandarts heeft op die dag wel een behandeling bij hem uitgevoerd. Hoe de tandarts deze kosten declareert is niet de verantwoordelijkheid van verzoeker. De tandarts heeft geen behandelplan gemaakt. Er moest voor vervanging van de beschadigde brug worden gezorgd. Op 4 april 2022 is de tandarts met de voorbereidende werkzaamheden begonnen door een afdruk te maken. Wellicht heeft de tandarts de werkzaamheden van 4 april 2022 op de nota van 18 mei 2022 gezet. Deze nota van 18 mei 2022 is deels vergoed. Pas later is discussie gekomen over vergoeding van het restant.
- 4.7. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierin is een aanvraagvereiste opgenomen. Daarnaast gelden er inhoudelijke vergoedingsvoorwaarden, te weten:
- *Er is geen recht op vergoeding van de aangevraagde behandeling, als er al een behandelindicatie aanwezig was voor het ongeval, of als er sprake is van uitgestelde zorg.*
- Voorts zijn nadere voorwaarden gesteld in artikel C.12 (ongevallenzorg), zoals:
- *deze zorg plaatsvindt als direct gevolg van een ongeval; en*
 - *deze zorg niet spoedeisend is; en*
 - *voor zover en zolang die zorg nodig is om uw medische gesteldheid of tandheeskundige toestand te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval. Is volledig herstel niet mogelijk, dan omvat ongevallenzorg die zorg, waardoor naar de stand van wetenschap en*

praktijk dit herstel redelijkerwijs benaderd wordt. We vergoeden niet de zorg die nodig is door gebrek aan onderhoud of verzorging van uw gebit of andere lichaamsdelen, of de zorg voor een lichaamsfunctie, conditie, tanden of lichaamsdelen die al ontbraken op het moment van het ongeval."

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de diverse afwijsbrieven verklaard dat onomstotelijk moet worden aangetoond dat sprake is van een tandheelkundig trauma ten gevolge van een ongeval. In de behandelhistorie is dit niet vastgelegd. Ook uit de van verzoeker en de tandarts ontvangen stukken blijkt niet dat een ongeval heeft plaatsgevonden. Objectieve informatie hierover ontbreekt. De persoonlijke verklaring van verzoeker en de informatie van de fietsenmaker overtuigen in dit verband niet. Daarbij heeft verzoeker op 12 mei 2022 nog verklaard dat hij was uitgegleden, en dit is ook te lezen in de verklaring van de tandarts van 8 augustus 2022. Pas op 12 juli 2022 is sprake van een ongeval met de fiets en wordt de nota van de fietsenmaker overgelegd. Dat bij verzoeker schaafwonden waren geconstateerd wordt door de tandarts eind oktober 2022 voor de eerste maal vermeld.
- 5.3. De kosten van het consult op 4 april 2022 werden niet gedeclareerd, hoewel de tandarts dit rechtstreeks had kunnen doen. Ook als wordt aangenomen dat een ongeval heeft plaatsgevonden, is een duidelijk causaal verband met de schade aan het gebit niet aangetoond. De verklaringen van de tandarts hieromtrent dateren van een halfjaar later. Verder noteerde de tandarts behandelcode C003. In geval van een tandheelkundig trauma dient behandelcode E03: "Consult na tandheelkundig ongeval" te worden geregistreerd. Ook is er geen ongevallen/traumaverslag gemaakt door de tandarts. Verslaglegging met lichtfoto's, weke delen foto's, onderzoek van de weke delen/harde delen volgens het traumaprotocol KNMT ontbreekt in het dossier. De adviserend tandarts heeft verder de volgende inhoudelijke kanttekeningen geplaatst: "Bij een dergelijke uitgebreide vaststelling van schade, zou logischerwijs iets van het behandeldossier moeten worden vastgelegd. Uit de behandelhistorie, los van de code, blijkt echter niets van klachten (subjectief dan wel objectief) en niet van trauma/letsel. Daarbij wordt er door de tandarts geen röntgenfoto gemaakt, etc. Niet navolgbaar is hoe de tandarts zonder een dergelijke foto heeft vastgesteld dat na een trauma de pijlers geen schade hebben. Vooraf omvangrijke en kostbare zorg als vervanging van een brug, wil je zorginhoudelijk in een situatie na een trauma zeker foto's maken om bijvoorbeeld een radixfractuur uit te sluiten. Kortom: zorginhoudelijk is de situatie niet logisch en navolgbaar. Daarbij maakt de door de tandarts beschreven schade aan de brugconstructie in de verklaringen van augustus en oktober 2022 niet aannemelijk dat er een trauma heeft plaatsgevonden. Zo kan een brug ook gewoon aan vervanging toe zijn. De genoemde breuken en microscheuren (die overigens niet zichtbaar zijn, maar die je aanneemt omdat er schade ontstaat) zijn uiteraard vervelend, maar ontstaan ook in veel gevallen zonder trauma door slijtage en belasting. De ingestuurde foto's zijn niet gedateerd. Ook is niet vastgelegd in het behandeldossier dat er foto's zijn gemaakt op 4 april 2022. Die zouden ook kunnen zijn gemaakt op 11 mei 2022 tijdens het verwijderen van de brug. Er lijkt namelijk metaalslijpsel zichtbaar rondom de voortand, element 12."
- 5.4. Omdat de aangevraagde behandeling al is uitgevoerd kan niet meer worden vastgesteld of deze doelmatig was. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 7 maart 2022 geïnformeerd naar de vergoeding voor een nieuwe brug. Dat van een bestaande noodzaak tot vervanging geen melding wordt gemaakt in de behandelhistorie is op zich vreemd, maar dit komt vaker voor. Tevens verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het e-mailbericht van 3 april 2022 van verzoeker, waarin hij stelt bij de tandarts te zijn geweest, en dat deze heeft geconstateerd dat de brug niet kan worden gerepareerd en moet worden vervangen. Dit was vóór de spoedafpraak op 4 april 2022.
- 5.5. In het nader commentaar van 13 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat er nog een punt niet logisch is in het tandheelkundig dossier. In de eerste verklaring van 8 augustus 2022 van de tandarts staat het volgende: "Op maandag 04 april 2002 heeft [verzoeker]

bij mij een spoedafpraak gemaakt, daar hij op zaterdag 02 april 2002 was uitgegleden. Ik constateerde een breuk aan het porselein van de brug. Na klinisch onderzoek, van koude/warmte- en percussietest, gaf patiënt geen pijnklachten aan. Ik heb [verzoeker] geadviseerd, om een nieuwe afspraak te maken, voor een uitgebreider onderzoek, met onder andere het maken van röntgenfoto's. Dat onderzoek heeft plaatsgevonden op 11 mei 2022. Op de foto's is geen fractuur geconstateerd en wederom geen klinische afwijkingen na koude/warmte- en percussietest. De brug is niet te repareren en heb geadviseerd om deze te vervangen. Er is besloten om eerst een tijdelijke brug te plaatsen, om te voorkomen dat er alsnog trauma's naar voren komen van de pijlers onder de brug, voordat er de definitieve brug geplaatst zal worden."

De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat dit niet te volgen is. Op 4 april 2022 concludeerde de tandarts dat een uitgebreider onderzoek moest plaatsvinden. Dit zou op 11 mei 2022 zijn gebeurd. Deze afspraak valt samen met de behandeldatum, waarbij alles eraf is geslepen en tijdelijke bruggen zijn geplaatst. Dat is veel meer dan een afspraak voor verder onderzoek. Daarbij wordt, ondanks het onderzoek dat toen zou hebben plaatsgevonden, geen foto gedeclareerd én is deze ook niet over te leggen. Dit is qua diagnostiek niet te volgen. Uit het dossier dan wel de aanwezige tandartsnota's in de administratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt ook niet dat er op 11 mei 2022 nader onderzoek is uitgevoerd.

- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar, in aanvulling hierop, aangevoerd dat hij niet betwist dat er een ongeval is geweest. In dit geval is de informatie over het ongeval echter minimaal, zodat niet kan worden vastgesteld wat de gevolgen ervan waren. Pas in oktober 2022 is iets gezegd over de schade aan het gezicht. Het zou logisch zijn als dit eerder was genoemd. Om die reden is nagegaan of de schade door een ongeval kan zijn veroorzaakt. Er wordt gesproken over microscheuren en breukjes, maar die kunnen zijn ontstaan door de jaren heen. Verzoeker had namelijk een oudere brug, waarschijnlijk uit 2008, en 15 jaar is een gebruikelijke termijn om een brug te vervangen. Verder zijn er foto's van het gebit, waarop onder andere een breuk zichtbaar is die niet door slijtage kan zijn ontstaan. Deze foto betreft echter een behandelfoto en er is metaalslijpsel op te zien. Er zijn tegenstrijdige verklaringen afgelegd door de tandarts. Eerst werd gezegd dat verzoeker terug moest voor nader onderzoek, maar later dat de pijlers nog goed waren. Dit kan alleen worden vastgesteld aan de hand van röntgenfoto's, maar die zijn niet gemaakt. Nu wordt achteraf gesteld dat de pijlers goed waren. Verder is er een telefoongesprek met verzoeker geweest op 7 maart 2022, dat wil zeggen vóór het ongeval. Tijdens dit gesprek heeft verzoeker verteld dat hij waarschijnlijk een nieuwe brug nodig had. In zijn latere e-mailbericht schrijft verzoeker dat hij bij de tandarts is geweest en dat deze heeft geconstateerd dat de brug niet meer te herstellen was. Op basis van deze informatie kan de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar niet volgen dat het ging om schade na een ongeval. Er heeft gedeeltelijke vergoeding van kosten plaatsgevonden op basis van de reguliere tandartsdekking. De ziektekostenverzekeraar beschikt tot op heden niet over röntgenfoto's en er is ook geen declaratie van de behandeling op 4 april 2022 voorhanden. Het is opmerkelijk dat er niets in de behandelhistorie of de facturen staat met die datum, maar dat deze alleen in een achteraf gegeven verklaring voorkomt. Het verhaal van verzoeker is daarmee niet te volgen.
- 5.7. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22.2. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

7.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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.

7.2. Artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft mondzorg bij een ongeval. In de bepaling wordt verwezen naar artikel C.12. en de artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4.. Artikel D.8.2. betreft de aanspraak op kronen, bruggen en inlays. Voor de hoogte van de vergoeding wordt verwezen naar het Vergoedingen Overzicht. De maximale vergoeding in het kader van artikel D.8.6. bedraagt € 10.000,-.

7.3. Het begrip 'ongeval' is gedefinieerd in artikel A.1. van de verzekeringsvoorwaarden en wel als volgt:

"Een plotselinge, onverwachte en niet gewilde gebeurtenis van buitenaf die rechtstreeks tot objectief medisch aan te tonen fysiek letsel leidt. Van een ongeval is ook sprake als u objectief medisch aan te tonen fysiek letsel oploopt, doordat u plotseling en onvrijwillig in omstandigheden terecht komt die u niet voorzien hebt en redelijkerwijs ook niet kon voorzien."

De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk de stelling betrokken dat niet vaststaat dat sprake is geweest van een ongeval.

De commissie is van oordeel dat verzoeker aannemelijk heeft gemaakt dat een ongeval met de fiets heeft plaatsgevonden. Dat, zoals door de ziektekostenverzekeraar lijkt te worden gesuggereerd, verzoeker over die gebeurtenis tegenstrijdige verklaringen heeft afgelegd, vermag de commissie niet in te zien. De aanvankelijke mededeling van verzoeker dat hij was uitgegleden, sluit immers niet uit dat hij was uitgegleden tijdens het fietsen of eventueel lopend met de fiets. De door verzoeker overgelegde nota van de fietsmaker van 5 april 2022, waarin melding wordt gemaakt van een "ongeval", levert in ieder geval ondersteunend bewijs van de gebeurtenis.

7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts gesteld dat het causaal verband met de schade daarmee nog niet is aangetoond. De commissie begrijpt deze stelling aldus dat de ziektekostenverzekeraar er in de eerste plaats aan twijfelt of door het ongeval schade is ontstaan aan de zesdelige brug en zo ja, of deze schade in volle omvang is te wijten aan het ongeval. In dat laatste geval kan door hem nog steeds met succes een beroep worden gedaan op de in de verzekeringsovereenkomst opgenomen uitsluiting vanwege een reeds aanwezige behandelindicatie of uitgestelde zorg. Volledigheidshalve tekent de commissie hierbij aan dat aan die uitsluiting pas wordt toegekomen als dekking bestaat, dat wil zeggen dat (i) een ongeval heeft plaatsgevonden en dat (ii) als gevolg van dit ongeval schade is ontstaan.

7.5. Onder 7.3. is geconcludeerd dat verzoeker aannemelijk heeft gemaakt dat een ongeval heeft plaatsgevonden zodat aan (i) is voldaan. Daarbij staat overigens het tijdstip van dit ongeval geenszins vast. Waar het gaat om (ii) - het oorzakelijk verband tussen het ongeval en de schade aan de brug van verzoeker - heeft de tandarts op 8 augustus 2022 verklaard: *"Ik constateerde een breuk aan het porselein van de brug."* en *"De brug is niet te repareren en [ik] heb geadviseerd deze te vervangen."* In aanvulling hierop heeft de tandarts bij brief van 30 oktober 2022 verklaard: *"Bij dit spoedconsult stelde ik vast, dat er op diverse plekken breuken waren in het porselein van de brug. Door de kracht van het trauma zijn er ook microscheuren, die met het blote oog niet te zien zijn. Por[s]elein gedraagt zich als glas. Gezien de ernst van de breuken waren deze niet te herstellen naar de oorspronkelijke staat."* Op 3 november 2022 legde de tandarts een min of meer gelijklopende verklaring af. De ziektekostenverzekeraar heeft - samengevat - bestreden dat het ongeval de oorzaak was van de schade aan de brug, waarbij hij erop heeft gewezen dat deze waarschijnlijk al 15 jaar oud was en moest worden vervangen, hetgeen ook valt af te leiden uit een telefoongesprek met verzoeker op 7 maart 2022.

- 7.6. De commissie merkt op dat hoewel de tandarts in zijn verklaringen van 30 oktober 2022 en 3 november 2022 eenduidig is met betrekking tot de oorzaak van de tandheelkundige problemen, te weten een ongeval met de fiets, dit niet volgt uit de door hem op 18 mei 2022 en 27 juni 2022, derhalve korter na de gestelde datum van het ongeval, opgestelde nota's. Hierop worden noch een spoedconsult noch andere behandelingen genoemd die verband kunnen houden met een ongeval. Ook is hierop de behandeldatum van 4 april 2022 niet vermeld, terwijl dit wel voor de hand zou liggen gelet op de door verzoeker afgelegde verklaring omtrent de gebeurtenis. Verder roept de gespreksregistratie van 7 maart 2022, vanwege de datum en de inhoud van het gesprek, vragen op, nu hierin is opgenomen "verz. heeft waarschijnlijk een nieuwe brug nodig." Hieruit kan worden opgemaakt dat de brug al vóór het ongeval moest worden vervangen. Dat op 7 maart 2022 navraag zou zijn gedaan naar de dekking voor een kroon, zoals door verzoeker is gesteld, is onwaarschijnlijk, nu nadrukkelijk is genoteerd dat het ging om een brug. De commissie is daarom van oordeel dat verzoeker er niet in is geslaagd aannemelijk te maken dat de tandheelkundige kosten geheel of gedeeltelijk het gevolg zijn van het ongeval met de fiets.
- 7.7. Tevens stelt de commissie vast dat door verzoeker niet is onderbouwd waarom de vergoeding die door de ziektekostenverzekeraar is verleend voor de tijdelijke brug niet juist zou zijn. Daarom houdt zij het ervoor dat van het notabedrag van € 1.012,66 terecht € 813,13 werd vergoed.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 december 2023,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 944

Schadeverzekering is de verzekering strekkende tot vergoeding van vermogensschade die de verzekerde zou kunnen lijden.

Artikel 960

De verzekerde zal krachtens de verzekering geen vergoeding ontvangen waardoor hij in een duidelijk voordeliger positie zou geraten. De vorige zin mist toepassing bij voorafgaande taxatie van de waarde van een zaak tot stand gekomen krachtens een aan een deskundige opgedragen beslissing of krachtens een beslissing van partijen overeenkomstig het advies van een deskundige.

"woonland" kan bij verblijf in de Caraïben, als de benodigde zorg niet voorhanden is, uitgeweken worden naar de Verenigde Staten; deze zorg wordt dan beschouwd als zorg in uw woonland.

C.11.6.2. Medicijnen

In aanvulling op artikel B.15.1. vergoedt uw verzekering ook (het verstrekken en adviseren over) medicijnen die in het land waar u woont, erkend en afgeleverd zijn. Het gaat om medicijnen die naar hun aard onder de basisverzekering in Nederland vallen, maar niet in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zijn opgenomen.

Hieronder vallen ook:

- Rijksvaccinaties en bijbehorende consulten voor kinderen waar zij ook aanspraak op zouden hebben gehad als zij in Nederland zouden wonen;
- Rijksvaccinaties en bijbehorende consulten voor risicogroepen (bijvoorbeeld de griepvaccinatie) waar u ook aanspraak op zou hebben gehad als u in Nederland zou wonen.

Wij vergoeden niet:

- Medicijnen, middelen en vaccinaties die in een andere basisverzekering of aanvullende verzekering zijn opgenomen;
- Medicijnen waarvoor in Nederland geen voorschrift van een arts nodig is.

C.12. Ongevallen zorg

C.12.1. Algemeen

Wat we verstaan onder een "ongeval", staat in artikel A.1.

Er is sprake van "ongevallen zorg" als:

- sprake is van zorg die als "ongevallen zorg" in uw particuliere ziektekostenverzekering en/of aanvullende verzekering als verzekerde zorg is opgenomen; en
- voor zover uw particuliere ziektekostenverzekering en/of aanvullende verzekering vergoeding bevat van (kosten voor) ongevallen zorg. Dat kunt u op uw vergoedingenoverzicht zien; en
- deze zorg noodzakelijk is naar de normen van de beroepsgroep van de betreffende zorgverleners; en
- deze zorg plaatsvindt als direct gevolg van een ongeval; en
- deze zorg niet spoedeisend is; en
- voor zover en zolang die zorg nodig is om uw

medische gesteldheid of tandheelkundige toestand te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval. Is volledig herstel niet mogelijk, dan omvat ongevallen zorg die zorg, waardoor naar de stand van wetenschap en praktijk dit herstel redelijkerwijs benaderd wordt. We vergoeden niet de zorg die nodig is door gebrek aan onderhoud of verzorging van uw gebit of andere lichaamsdelen, of de zorg voor een lichaamsfunctie, conditie, tanden of lichaamsdelen die al ontbraken op het moment van het ongeval.

C.12.2. Buitenland

Wij vergoeden niet de kosten van ongevallen zorg, als die zorg buiten Nederland (of als u niet in Nederland woont: buiten uw woonland) wordt geleverd.

C.12.3. Meer verzekeringen

Als u bij ons 2 of meer verzekeringen hebt gesloten die ieder afzonderlijk dezelfde ongevallen zorg vergoeden, dan wordt alleen de vergoeding gegeven volgens de verzekering met de hoogste vergoeding voor ongevallen zorg. Hebben beide verzekeringen een even hoge vergoeding dan ontvangt u de vergoeding uit 1 van die verzekeringen.

C.12.4. Voorwaarden voor vergoeding

U bent verzekerd voor een bepaalde vorm van ongevallen zorg:

- als het ongeval heeft plaatsgevonden op het moment dat u bij ons verzekerd was voor die betreffende vorm van ongevallen zorg; en
 - vanaf het moment dat wij van u of van een zorgverlener namens u de melding of een verklaring hebben ontvangen:
 - dat er sprake is van een ongeval;
 - het moment waarop het ongeval heeft plaatsgevonden; en
 - dat de betreffende vorm van zorg noodzakelijk is als direct gevolg van een ongeval.
- Deze melding moet zo spoedig mogelijk plaatsvinden; uiterlijk voordat de behandeling ongevallen zorg start; of
- als u over een politierapportage (procesverbaal) beschikt waaruit de datum en de toedracht van het ongeval blijken, stuurt u die naar ons.

C.13. Vervallen

Voorwaarden

Algemeen

De zorg vindt plaats volgens de doelstellingen, behandelprotocollen en richtlijnen van de beroepsvereniging of het register waarbij de behandelend zorgverlener is aangesloten.

Zorgverlener

De behandelingen worden uitsluitend gegeven door een therapeut of arts die lid is van een door ons erkende beroepsvereniging voor alternatieve geneeswijzen of psychosociale zorg en een volgens de Plato-eisen erkende opleiding Medische, of Psychosociale Basiskennis (MBK of PsBK) heeft afgerond.

Een lijst met door ons erkende beroepsverenigingen kunt u vinden op onze website.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.7.2. Alternatieve medicijnen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden antroposofische en homeopathische medicijnen en producten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Zelfzorgmedicijnen die volgens de Regeling zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen, vergoeden wij ook niet als alternatief medicijn. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

In artikel B.15.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw medicijnen op grond van de zorgverzekering. Deze gelden ook voor dit artikel D.7.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De medicijnen en producten zijn volgens de Geneesmiddelenwet geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische medicijnen;
- De medicijnen en producten zijn opgenomen in de G-Standaard van de Z-Index. Deze kunt u vinden op www.z-index.nl/g-standaard.

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apothekhoudend huisarts of internetapotheek.

Behandelvoorstel

Een door ons erkende alternatieve zorgverlener heeft vastgesteld dat de medicijnen medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8. Mondzorg

D.8.1. Mondzorg algemeen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Uit de artikelen D.8.1. tot en met D.8.6. vergoeden wij mondzorg.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
 - Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Het betreft een hulpmiddel tegen snurken;
 - Kosten van mondzorg die naar hun aard deel uitmaken van de zorgverzekering en waarvoor voorafgaand aan de behandeling een akkoordverklaring afgegeven moet zijn. Uitdrukkelijk noemen wij de volgende prestatiecodes:
 - A20: behandeling onder algehele anesthesie (narcose) of sedatie (roesje);
 - X611: behandeling onder intraveneuze (injectie) sedatie (roesje);
 - X631: behandeling onder algehele anesthesie (narcose);
 - B10, B11 en B12: sedatie door middel van een roesje (lachgassedatie). Sedatie is het verlagen van de staat van het bewustzijn van een patiënt met het doel een medische procedure of ingreep aangenamer te maken;
 - A30: voorbereiding behandeling onder algehele narcose;
 - U05*, X731* en X831*: tijdtarieven begeleiding moeilijk behandelbare patiënt.

- ten; het betreft hier de behandeling in het kader van mondzorg van bijzondere zorggroepen;
- X21: maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT) bij verzekerden tot 18 jaar;
 - J39: plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten) bij verzekerden tot 18 jaar.
- o E97: kosten van het uitwendig bleken van tanden;
 - o Myofunctionele apparatuur (bijvoorbeeld Trainers) met de code G74*;
 - o behandeling van witte vlekken (codes M80* en M81*);
 - o F811A*: reparatie of vervanging van beugel door eigen schuld.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

- een tandarts;
- een mondhygiënist;
- een tandprotheticus;
- een zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg;
- een zorgverlener die verbonden is aan een instelling voor jeugdtandverzorging.

Behandelvoorstel

Een tandarts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.2. Kronen, bruggen en inlays

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van kronen, bruggen en inlays. Dit is inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van onderstaande vergoedingsvormen:

- Maximumbedrag

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding per jaar, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Maximum bedrag en bepaalde leeftijd

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding per jaar, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Groeivergoeding en maximum bedrag

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering staat dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag vergoeden dat jaarlijks groeit, dan groeit uw vergoeding ieder jaar met een bedrag dat op uw Vergoedingen Overzicht staat; ook het maximum te bereiken bedrag staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Voorbeeld “maximum bedrag en groeivergoeding”:

U hebt bij ons een aanvullende verzekering met een groeivergoeding voor onder andere kronen, bruggen en inlays. Die aanvullende verzekering is op 1 januari 2020 ingegaan. Op dat moment is de maximale vergoeding voor deze mondzorg € 300,-. U dient een rekening in van € 200,-. Omdat dit bedrag lager is dan de maximum vergoeding van 2020, vergoeden wij deze rekening helemaal. Er blijft in totaal nog € 100,- over voor 2020.

Op 1 januari 2021 groeit de vergoeding voor de 1e keer met € 300,-. U hebt uit 2020 nog € 100,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 400,- voor 2021. U dient dat jaar geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2022 groeit de vergoeding voor de 2e keer met € 300,-. U hebt uit 2021 nog € 400,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 700,- voor 2022. U dient dat jaar ook geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2023 groeit de vergoeding voor de 3e keer, maar nu met € 200,- omdat daarmee het maximum bedrag van € 900,- wordt bereikt. U dient dat jaar ook geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2024 groeit de vergoeding niet omdat het maximale bedrag van € 900,- al is bereikt. U dient dat jaar een rekening in van € 1.100,-. Wij vergoeden van deze rekening € 900,- (uw volledige maximale vergoeding wordt opgebruikt). Er blijft dus € 200,- voor uw eigen rekening.

Op 1 januari 2025 start/groeit de vergoeding weer met € 300,- zodat uw maximale vergoeding € 300,- voor 2025 wordt. De € 200,- die in 2024 voor uw eigen rekening is gebleven, wordt uiteraard nu ook niet vergoed omdat de behandeling in een ander jaar plaatsvond.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "R".

Zorgverlener

Een tandarts verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.3. Kunstgebit en implantaten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van mondzorg:

- a. kunstgebit (uitneembare, gedeeltelijke gebitsprotheses);
- b. de wettelijke eigen bijdragen die u volgens uw zorgverzekering zelf moet betalen voor:
 - een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprotheses), niet geplaatst op implantaten;
 - een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprotheses), geplaatst op implantaten en het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem);
- c. implantologie die niet onder artikel B.12.2. van de zorgverzekering wordt vergoed. En de suprastructuur als deze niet onder artikel B.14. van de zorgverzekering wordt vergoed.

Bij alle genoemde vergoedingen gaat het om de tandheelkundige prestaties en bijbehorende materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van de verschillende vergoedingsvormen die zijn beschreven in artikel D.8.2. onder 'Zorg: waar bent u voor verzekerd'.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- In de zorgverzekering kunnen delen van deze, of soortgelijke zorg al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In de artikelen B.12.2., B.13. en B.14. kunt u lezen of u daar recht op hebt.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "P" of "J".

De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

Zorgverlener

- Een tandarts, een tandprotheticus of bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde verleent de zorg.
- Een kaakchirurg, verbonden aan een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

Verwijzing

Verwijzing van een tandarts is nodig als prothetische zorg verleend wordt door een tandprotheticus. Het gaat dan om zorg die aangeduid is met P-codes en/of J-codes bij verzekerden die nog eigen tanden en/of tandheelkundige implantaten hebben.

Verwijzing van een tandarts is ook nodig als de implantologische zorg geleverd wordt door een kaakchirurg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.4. Overige mondzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden overige vormen van mondzorg, voor zover die zorg niet is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- In de zorgverzekering kunnen onderdelen van deze of van soortgelijke zorg al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In de artikelen B.13. en B.14. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van andere prestatiecodes dan zijn genoemd in artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6. De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

Zorgverlener

Een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus of andere bevoegde zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of instelling voor jeugdtandverzorging verleent de zorg;

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.5. Orthodontie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden orthodontie, inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van onderstaande vergoedingsvormen:

- Maximumbedrag

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij orthodontie tot een maximum bedrag vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Maximum bedrag en bepaalde leeftijd
Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij orthodontie tot een maximum bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt en tot de genoemde leeftijd of vanaf de genoemde leeftijd.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Artikel C.9.3. is niet van toepassing op de vergoeding van orthodontie uit dit artikel.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Wachttijd

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat er een wachttijd geldt? U kunt dan gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie, als u deze aanvullende verzekering minimaal 1 jaar (365 dagen) hebt. Deze wachttijd geldt per verzekerde.

Voorbeeld:

U sluit een nieuwe aanvullende verzekering af waarin orthodontie is opgenomen met een wachttijd van 1 jaar. Deze aanvullende verzekering gaat in op 15 maart 2022. U kunt dan vanaf 15 maart 2023 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie.

De wachttijd geldt niet voor kinderen tot en met 17 jaar die meeverzekerd worden of zijn op uw aanvullende verzekering met orthodontie.

Deze aanvullende verzekering moet dan tenminste 1 jaar hebben gelopen.

Voorbeeld:

U bent vanaf 1 maart 2021 verzekerd met een aanvullende verzekering waarin orthodontie is opgenomen. Per 1 januari 2022 worden uw partner van 40 jaar en uw kind van 12 jaar meeverzekerd op uw polis met dezelfde aanvullende verzekering. U bent de verzekeringnemer en uw partner en kind zijn dus medeverzekerden.

Uw kind kan vanaf 1 maart 2022 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie omdat u dan 1 jaar deze aanvullende verzekering hebt. Voor uw partner geldt wel een wachttijd van een volledig jaar. Uw partner kan vanaf 1 januari 2023 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking orthodontie, door middel van prestatiecodes die beginnen met:

- de letter "F",
- eindigen met de letter "A" en
- 3 cijfers daar tussenin.

Voorbeeld

"F121A" voor "eerste consult".

Voor de materiaal- en techniekkosten die bij deze zorg horen is een "*" toegevoegd aan de genoemde prestatiecode(s).

Zorgverlener

Een tandarts of een orthodontist verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.6. Mondzorg bij ongeval

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden mondzorg, voor zover die zorg is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4. als sprake is van "ongevallenzorg" zoals bedoeld in artikel C.12.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Behandelingen bijzondere tandheelkunde en/of kaakchirurgie vallen onder de dekking van de basisverzekering (zie artikelen B.4., B.12., B.13. en B.14.).
- Wij vergoeden niet:
 - de kosten van mondzorg die het gevolg zijn van het nuttigen van voedsel of drank;
 - orthodontie.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg door middel van prestatiecodes genoemd in artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4.
- De behandeling is afgerond binnen 2 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, omdat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van een tijdelijke behandeling.
- Er is geen recht op vergoeding van de aangevraagde behandeling, als er al een behandelindicatie aanwezig was voor het ongeval, of als er sprake is van uitgestelde zorg.

Akkoordverklaring

Zie artikel C.12. Onderstaande voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af:

- Een akkoordverklaring is nodig voorafgaand aan de behandeling en binnen 3 maanden na het ongeval.
- De aanvraag bevat een schriftelijk behandelplan en begroting van de tandarts of kaakchirurg en is opgesteld volgens de NMT Praktijkrichtlijn Tandletsel. Deze praktijkrichtlijn maakt deel uit van deze voorwaarden en staat op onze website.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.7. Tandartsvergoeding meenemen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Met uw aanvullende verzekering neemt u 100% tot maximaal € 250,- van uw ongebruikte dekking voor tandartskosten mee naar een volgend polisjaar.

Let op!

- De meegenomen vergoeding die niet is gebruikt, vervalt het jaar daarop.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Om gebruik te kunnen maken van de meegenomen vergoeding moet u dit polisjaar en volgend polisjaar een aanvullende verzekering hebben waarin vergoeding voor tandartskosten is opgenomen;

- De vergoeding uit uw huidige aanvullende verzekering wordt als eerste gebruikt. Daarna wordt de meegenomen ongebruikte vergoeding uit het voorgaande jaar gebruikt;
- Als u aansluitend overstapt naar een andere aanvullende verzekering met vergoeding voor tandartskosten dan behoudt u nog 1 jaar de meegenomen vergoeding van het jaar daarvoor;
- Als u aansluitend overstapt naar een andere aanvullende verzekering zonder vergoeding voor tandartskosten dan neemt u geen ongebruikte vergoeding mee naar een volgend polisjaar;
- Wijzigingen in de vergoeding voor tandartskosten die door ons zijn doorgevoerd op uw aanvullende verzekering hebben geen invloed op uw meegenomen vergoeding.

Voorbeeld 1:

U behoudt dezelfde aanvullende verzekering en u hebt tandartskosten gehad:

- U bent in 2021 verzekerd voor tandartskosten tot maximaal € 500,- per jaar. U hebt in 2021 € 150,- vergoed gekregen aan tandartskosten. U hebt dus € 350,- niet gebruikt. U neemt dan maximaal € 250,- mee naar 2022. Hierdoor bent u in 2022 verzekerd voor € 750,-
- In 2022 declareert u € 600,- aan tandartskosten. Eerst wordt de € 500,- uit uw huidige aanvullende verzekering vergoed. Daarna wordt € 100,- uit uw meegenomen vergoeding uit 2021 vergoed.
- De overige € 150,- van uw meegenomen vergoeding vervalt per 2023. Als u dezelfde aanvullende verzekering behoudt, bent u per 2023 dus verzekerd voor tandartskosten tot € 500,-.

Voorbeeld 2:

U behoudt dezelfde aanvullende verzekering en u hebt geen tandartskosten gehad:

- U bent in 2021 verzekerd voor tandartskosten tot maximaal € 500,- per jaar. U hebt in 2021 geen tandartskosten. U neemt dan maximaal € 250,- mee naar 2022. Hierdoor bent u in 2022 verzekerd voor € 750,-.
- Ook in 2022 hebt u geen tandartskosten gemaakt. Omdat de meegenomen vergoeding uit 2021 per 2022 vervalt, neemt u alleen de maximale vergoeding van € 250,- uit 2022 mee naar 2023. Als u dezelfde aanvullende verzekering behoudt, bent u per 2023 dus verzekerd voor tandartskosten tot € 750,-.

Voorbeeld 3:

U stapt over naar een andere aanvullende verzekering met vergoeding voor tandartskosten:

- U bent vanaf 2021 verzekerd voor tandartskos-

ten tot maximaal € 500,- per jaar. U hebt in 2021 € 300,- vergoed gekregen. U neemt dus in deze aanvullende verzekering € 200,- mee naar 2022.

- Maar, per 01-01-2022 beëindigt u deze aanvullende verzekering en sluit een andere aanvullende verzekering af waarin ook vergoeding voor tandartskosten is opgenomen.
- In uw nieuwe aanvullende verzekering is € 1.150,- per jaar opgenomen voor tandartskosten. Omdat u nog € 200,- over hebt uit 2021, bent u in 2022 verzekerd voor tandartskosten tot € 1.350,-.

Voorbeeld 4:

U stapt over naar een andere aanvullende verzekering zonder vergoeding voor tandartskosten:

- U bent vanaf 2021 verzekerd voor tandartskosten tot maximaal € 500,- per jaar. U hebt in 2021 € 300,- vergoed gekregen. U neemt dus in deze aanvullende verzekering € 200,- mee naar 2022.
- Maar, per 01-01-2022 beëindigt u deze aanvullende verzekering en sluit u een andere aanvullende verzekering af waarin per 2022 geen vergoeding voor tandartskosten meer is opgenomen.
- U behoudt de € 200,- meegenomen vergoeding uit 2021 niet omdat u kiest voor een aanvullende verzekering zonder vergoeding voor tandartskosten. U voldoet niet aan de voorwaarden om de ongebruikte dekking voor tandartskosten mee te nemen.

Voorbeeld 5:

Wij passen uw aanvullende verzekering aan:

- U bent vanaf 2021 verzekerd voor tandartskosten tot maximaal € 500,- per jaar. U hebt in 2021 € 300,- vergoed gekregen. U neemt dus in deze aanvullende verzekering € 200,- mee naar 2022.
- Per 01-01-2022 schrappen wij de dekking voor tandartskosten in uw aanvullende verzekering. Dit heeft geen invloed op de vergoeding die u uit 2021 meeneemt. U kunt in 2022 dus nog gebruik maken van de meegenomen € 200,- uit 2021.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2022

aanvullende verzekering CZ Basis (modelnummer: 8000103) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering CZ Basis.

Dit is een aanvullende gemengde verzekering, zie artikel C.2.2 van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen.

Voor zorg in natura is er verschil in de vergoeding voor zorg door een gecontracteerde zorgverlener en een niet-gecontracteerde zorgverlener. Dit ziet u in dit overzicht bij de betreffende zorg. Alle andere zorg is zorg op restitutiebasis.

Dit Vergoedingen Overzicht bestaat uit een aantal kolommen:

- In de middelste kolom "Hoeveel krijgt u vergoed" staan bedragen, aantallen, uren en/of termijnen. Dit zijn altijd de maximale bedragen, aantallen, uren en/of termijnen.

De vergoedingspercentages (in %) berekenen wij over de wettelijke tarieven, afgesproken tarieven of marktconforme tarieven. Zie ook hiervoor artikel A.20.

- In de laatste kolom "Voorwaarden" staat een nummer. Dit nummer verwijst naar een artikel in de Verzekeringsvoorwaarden. In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de betreffende zorg vergoed te krijgen.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Beweegprogramma		D.22.
Beweegprogramma	€ 350,- per 3 jaar bij bepaalde aandoeningen	D.22.2.
Buitenland spoedzorg		D.14.
Buitenland spoedzorg	100% van het gedeclareerde tarief buiten Nederland of uw woonland	D.14.a.
- Mondzorg bij spoed in het buitenland	€ 275,- per jaar	D.14.b.
- Repatriëring	100% (bij ziekte)	D.14.c.
Diëtetiek		D.18.
Diëtetiek	€ 120,- per jaar	D.18.
Ergotherapie		D.17.
Ergotherapie	2 uur per jaar tot 18 jaar	D.17.1.
Begeleiding mantelzorger bij ergotherapie	2 uur per jaar	D.17.2.
Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/ Mensendieck		D.16.
Fysiotherapie en/of oefentherapie	9 behandelingen per jaar (bij voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener 100% van het afgesproken tarief; bij niet-gecontracteerde zorgverlener 50% van de nota tot max. 50% van het gemiddelde tarief dat wij met gecontracteerde zorgverleners hebben afgesproken)	D.16.1.
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)		D.6.
Inloophuizen	€ 150,- per jaar voor (ex-) kankerpatiënten	D.6.3.
Hulpmiddelen		D.4.
Aangepaste linnen	€ 90,- (na borstamputatie) eenmaal per verzekerde	D.4.22.
ADL-hulpmiddelen	€ 70,- per jaar	D.4.11.
Alarmering bij epilepsie	100%	D.4.20.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2022

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Plaswekker	100% bij koop of 4 maanden bij huur; eenmaal per verzekerde	D.4.6.
Pruik of andere hoofdbedekking	€ 75,- per jaar	D.4.4.a./b.
Redressiehelm	100%	D.4.21.
Steunpessarium	100%	D.4.14.
Teststrips	€ 40,- per jaar voor diabetespatiënten	D.4.15.
Thuisbewakingsmonitor	12 maanden (met eventueel verlenging van 12 maanden) eenmaal per verzekerde	D.4.10.
Thuisverzorgingsartikelen	50%	D.4.12.
Mantelzorg		D.24.
Mantelzorgcursus	€ 150,- eenmaal per verzekerde	D.24.1.
Mantelzorgvervanging	14 dagen per jaar voor de mantelzorger	D.24.2.a.
Mantelzorgmakelaar	7 uur eenmaal per mantelzorger	D.24.3.
Medicijnen		D.3.
Anticonceptie	€ 200,- per jaar vanaf 21 jaar	D.3.5.b.
Mondzorg		D.8.
Mondzorg bij ongeval	€ 10.000,- per ongeval	D.8.6.
Preventie		D.2.
Consult overgang, PMS of (borst)kanker	€ 200,- per jaar	D.2.5.a./b.
Gezondheidscursus	€ 50,- per jaar	D.2.8.
Preventief onderzoek	€ 50,- per jaar voor onderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatandoeningen	D.2.2.a.
Sportmedisch advies	€ 100,- per jaar	D.2.6.
Valpreventie	€ 50,- eenmaal per verzekerde	D.2.10.
Voedingsadvies	€ 50,- per jaar	D.2.7.
Zelfmanagementcursus	€ 100,- eenmaal per verzekerde	D.2.11.
Verblijf		D.13.
Logeerkosten	€ 500,- per jaar	D.13.2.a./b.
Therapeutisch kamp	€ 200,- per jaar tot 18 jaar	D.13.1.
Zorg voor de bevalling		D.19.
Bevallingscursus	€ 100,- per jaar	D.19.2.
Zorg tijdens de bevalling		D.20.
Bevalling eigen bijdrage	100% van het bedrag dat uitkomt boven de max. vergoeding van de basisverzekering voor een poliklinische bevalling	D.20.1.
Zorg na de bevalling		D.21.
Couveuse nazorg	12 uur	D.21.5.
Kraamzorg extra	4 dagen bij medische noodzaak	D.21.4.
Kraamzorg na ziekenhuisopname	6 uur	D.21.6.
Lactatiekundige zorg	€ 200,- per jaar	D.21.1.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2022

aanvullende verzekering CZ Uitgebreide Tandarts (modelnummer: 8000107) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering CZ Uitgebreide Tandarts.

Dit Vergoedingen Overzicht bestaat uit een aantal kolommen:

- In de middelste kolom "Hoeveel krijgt u vergoed" staan bedragen, aantallen, uren en/of termijnen.

Dit zijn altijd de maximale bedragen, aantallen, uren en/of termijnen.

De vergoedingspercentages (in %) berekenen wij over de wettelijke tarieven, afgesproken tarieven of marktconforme tarieven. Zie ook hiervoor artikel A.20.

- In de laatste kolom "Voorwaarden" staat een nummer. Dit nummer verwijst naar een artikel in de Verzekeringsvoorwaarden. In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de betreffende zorg vergoed te krijgen.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Mondzorg		D.8.
Mondzorg	€ 1.150,- per jaar voor alle mondzorg samen. Hiervoor vergoeden we 100% voor controle (C002); 75% voor overige mondzorg	D.8.1. t/m D.8.4. D.8.4. D.8.1. t/m D.8.4.
Mondzorg bij ongeval	€ 10.000,- per ongeval	D.8.6.
Orthodontie	€ 2.045,- tot 18 jaar (80% per behandeling), zolang u bij ons deze aanvullende verzekering hebt; er geldt een wachttijd van 1 jaar € 345,- vanaf 18 jaar (80% per behandeling), zolang u bij ons deze aanvullende verzekering hebt; er geldt een wachttijd van 1 jaar	D.8.1. en D.8.5. D.8.1. en D.8.5.