

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202500925

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 12 juni 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 14 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 27 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 augustus 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 december 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ONVZ Vrije Keuze Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tandfit Module C (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Op 12 mei 2025 heeft verzoeker een nota voor tandheelkundige zorg ten bedrage van € 153,25 ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 19 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de declaratie niet op de juiste wijze is ingediend.
- 2.4. Verzoeker heeft vervolgens bij de ziektekostenverzekeraar een klacht ingediend. Bij e-mailbericht van 22 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd.
- 2.5. Namens verzoeker heeft SKGZ de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brief van 4 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de door hem ingediende declaratie handmatig is verwerkt en dat een bedrag van € 153,25 aan verzoeker is betaald.

3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht om een oordeel te geven over de klachten die hij heeft over de ziektekostenverzekeraar.

3.2. In zijn brief van 12 juni 2025 heeft verzoeker bevestigd dat het bedrag van € 153,25 intussen aan hem is betaald. Verder heeft hij opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte ervan uitgaat dat zijn klacht daarmee naar tevredenheid is opgelost. De ziektekostenverzekeraar miskent immers dat hij in zijn eerste e-mailbericht had opgemerkt dat het door verzoeker gebruikte formulier “ook niet is bedoeld om te declareren” en dat hij verzoeker heeft verwezen naar een andere manier van declareren.

In een chatgesprek met de ziektekostenverzekeraar is verzoeker vervolgens uitgelegd dat de declaratie werd geweigerd omdat er creditbedragen op de nota waren vermeld. De ziektekostenverzekeraar weigerde de declaratie in behandeling te nemen. Na het indienen van een klacht heeft de ziektekostenverzekeraar in een schriftelijke reactie opnieuw uitgelegd waarom hij de declaratie weigerde.

3.3. Bij heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hij het betreurt dat de afhandeling van de declaratie niet vlekkeloos is verlopen. Hij heeft hierbij gewezen op het feit dat het ongebruikelijk is dat op een schriftelijke nota zowel debet- als creditregels worden vermeld voor dezelfde behandeling. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan dit ertoe leiden dat een nota bij de eerste indiening niet correct wordt verwerkt.

Feitelijk legt de ziektekostenverzekeraar de oorzaak van het probleem nog steeds bij verzoeker en miskent hij waar de klacht over gaat. Verzoeker begrijpt dat het computersysteem van de ziektekostenverzekeraar niet kan omgaan met coulanceregels. Wat hij niet begrijpt is dat de ziektekostenverzekeraar in zijn eerste contacten met hem weigerde de nota in behandeling te nemen. Het gaat volgens verzoeker niet aan om van verzekerden te verlangen dat zij eerst een klacht indienen bij de ziektekostenverzekeraar en daarna bij SKGZ om nakoming van de verzekeringsovereenkomst te bewerkstelligen.

Het is daarom onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar ervan uitgaat dat de klacht van verzoeker naar tevredenheid is opgelost. Het bericht van de ziektekostenverzekeraar getuigt allerminst van begrip voor de klacht en beterschap in de toekomst. Het legt de verantwoordelijkheid volledig bij verzoeker als verzekerde.

3.4. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij de nota wel kon indienen, maar dat deze werd afgewezen door de ziektekostenverzekeraar. De eerste reactie van de ziektekostenverzekeraar was onbegrijpelijk. Later werd pas toegelicht dat de nota niet kon worden verwerkt vanwege de inhoud. Er moest een nieuwe nota worden opgevraagd en deze kon opnieuw worden ingediend. Bij heroverweging bleek dat het systeem van de ziektekostenverzekeraar de nota niet kon verwerken. Het bleek een technisch probleem. De ziektekostenverzekeraar heeft geen adequaat verweer gevoerd tegen de klacht. De reactie van de ziektekostenverzekeraar op de klacht is ondermaats. Hij zegt eigenlijk dat hij er niets aan kan doen en dat het niet vaak gebeurt. De ziektekostenverzekeraar zou de klachten serieus moeten nemen en het probleem niet bij een verzekerde moeten neerleggen. Dit is ook belangrijk voor andere verzekerden die minder goed in staat zijn hun recht te halen. Het betreft geen principekwestie. Het gaat erom dat een ziektekostenverzekeraar niet op deze manier met zijn verzekerden mag omgaan. In dit geval is sprake van een jarenlange verzekeringsrelatie. De ziektekostenverzekeraar heeft verkeerd gehandeld en de klachten moeten gegrond worden verklaard.

Bij het indienen van de nota ontving verzoeker geen foutmelding, maar een e-mailbericht van een medewerker waarin stond dat niet het juiste formulier was gebruikt. Dit e-mailbericht was onbegrijpelijk en was aanleiding om een klacht in te dienen. Telefonisch en via de chat kreeg verzoeker ook een onbegrijpelijk antwoord. De reactie op de klacht was dat een nieuwe nota moest worden opgevraagd. Het was efficiënter geweest om een medewerker de nota handmatig te

laten verwerken, in plaats van hem een e-mail te laten opstellen met daarin het bericht dat het verkeerde formulier is gebruikt.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het bedrag van € 153,25 inmiddels is vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij brief van 27 augustus 2025 heeft hij toegelicht dat verzoeker een tandartsnota heeft ingediend waarop zowel een debet- als een creditbedrag voor dezelfde prestatie was vermeld. De declaratiesystemen van de ziektekostenverzekeraar verwerken ingediende nota's in beginsel volledig geautomatiseerd. Door de aanwezigheid van zowel een debet- als een creditbedrag kon de ingediende nota niet op correcte wijze automatisch worden verwerkt. De oorzaak hiervan is dat het systeem declaraties in één keer inleest en verwerkt. Indien een dergelijke nota automatisch zou worden verwerkt, zou dit ertoe leiden dat het debet bedrag als vergoeding wordt uitgekeerd en het creditbedrag aansluitend wordt teruggevorderd. Het is technisch niet mogelijk beide bedragen gelijktijdig in te voeren. Het verwerken van declaraties vindt bovendien plaats binnen enkele dagen na ontvangst, waardoor de systematiek van afzonderlijke uitbetaling en onmiddellijke terugvordering onuitvoerbaar is. De ziektekostenverzekeraar acht het bovendien onwenselijk dat een vergoeding aan een verzekerde wordt uitbetaald, die aansluitend (gedeeltelijk) moet worden teruggevorderd. De declaratie van verzoeker is intussen handmatig beoordeeld en verwerkt. De vergoeding waarop hij recht heeft is aan hem uitgekeerd. Verzoeker is hierover al geïnformeerd.
- 4.2. Het betreft hier, als gezegd, een geautomatiseerd proces waarvoor op dit moment geen structurele oplossing beschikbaar is bij nota's die zowel debet- als creditbedragen bevatten voor dezelfde prestatie. De ziektekostenverzekeraar werkt aan een verbetering van dit proces, al komt een situatie als de onderhavige in de praktijk slechts zelden voor.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de nota is ontvangen op 12 mei 2025. Deze nota bevatte debet- en creditregels. Het systeem van de ziektekostenverzekeraar verwerkt debet- en creditregels op een nota in één keer. Automatische verwerking van de door verzoeker ingediende nota zou ertoe leiden dat eerst vergoeding zou worden uitgekeerd die vervolgens weer zou worden teruggevorderd. Het systeem van de ziektekostenverzekeraar biedt technisch gezien geen andere mogelijkheid. Op 19 mei 2025 is een klacht ingediend. Hier is op 22 mei 2025 inhoudelijk op gereageerd. In dit e-mailbericht staat dat dergelijke nota's ongebruikelijk zijn. De kwestie van het technische ongemak is pas later aan verzoeker meegedeeld. In de klachtenbehandeling is inderdaad verwezen naar wettelijke regels, maar dit is later hersteld. Toen is uitgelegd dat het systeem de nota niet toelaat. Op 22 mei 2025 is gevraagd om een nieuwe nota met daarop enkel de behandelingen die in rekening zijn gebracht. Op 26 mei 2025 heeft verzoeker zich tot SKGZ gewend en op 28 mei 2025 is gevraagd om een heroverweging. De ziektekostenverzekeraar had niet het idee dat het verzoek om een nieuwe nota onredelijk was en was dan ook verbaasd om te horen dat verzoeker zich tot de commissie had gewend. De nota is op 4 juni 2025 handmatig verwerkt en ook uitbetaald. Gedurende het gehele traject is geen sprake geweest van onwil of weigering van vergoeding. Het probleem is binnen drie weken opgelost, namelijk op 4 juni 2025. Vervolgens heeft de verzoeker zich tot de commissie gewend. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker het als vervelend heeft ervaren dat hij een bericht kreeg waarin werd verwezen naar wettelijke regels, terwijl er eigenlijk een technisch probleem ten grondslag blijkt te liggen aan de weigering om de nota in behandeling te nemen, maar het verzoek om een gecorrigeerde nota is geen onredelijk verzoek. Op zichzelf is de nota niet onduidelijk, maar het systeem van de ziektekostenverzekeraar hem niet kan verwerken. Het komt niet vaak voor dat een nota handmatig moet worden verwerkt. Als de ziektekostenverzekeraar een nota ontvangt die het systeem niet kan verwerken, vraagt hij om een aangepaste nota.

In eerste instantie heeft verzoeker gebruik gemaakt van een verkeerd formulier en hier wordt in het e-mailbericht van 19 mei 2025 over gesproken. Het woord 'ook' in dat e-mailbericht lijkt erop te duiden dat er al eerder iets bij de ziektekostenverzekeraar is binnengekomen, maar dit is niet terug te vinden. De ziektekostenverzekeraar ziet op dit moment niet de noodzaak om zijn werkwijze aan te passen, maar zij zal de situatie van verzoeker wel intern bespreken.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 79 van de voorwaarden van Algemene regels en Vergoedingen van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarde is opgenomen in de bijlage van het bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar, namelijk € 1.250,--, waarvan maximaal € 250,-- voor preventieve mondzorg (M-codes). Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op de pagina's 179 tot en met 181 van de Algemene regels en Vergoedingen van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.3. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij de commissie verzoekt om te bepalen dat zijn klachten gegrond zijn. De commissie begrijpt de klachten van verzoeker zo dat hij klaagt over de werkwijze die de ziektekostenverzekeraar heeft gehanteerd bij de afwikkeling van de op 12 mei 2025 ingediende declaratie. Deze werkwijze is niet zorgvuldig en transparant, aldus verzoeker. De commissie kan verzoeker hierin, gelet op de feitelijke gang van zaken, volgen en overweegt als volgt.
- 6.4. Verzoeker heeft op 12 mei 2025 een bedrag van € 153,25 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd door middel van een formulier. Bij e-mailbericht van 19 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij niet op de juiste manier heeft gedeclareerd en dat de gespecificeerde nota kan worden geüpload op de voorgeschreven wijze. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het door verzoeker gebruikte formulier ook niet is bedoeld om te declareren. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij e-mailbericht van 22 mei 2025, onder verwijzing naar niet nader gespecificeerde wettelijke regels, geïnformeerd dat de nota niet kon worden verwerkt omdat er debet- en creditbedragen voor dezelfde prestatie op staan en heeft geadviseerd een correcte nota in te sturen. Bij heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker voor het eerst geïnformeerd over de werkelijke reden van het niet in behandeling nemen van de nota, namelijk dat zijn automatische systeem de nota niet kon verwerken. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar de nota handmatig verwerkt en een bedrag van € 153,25 aan verzoeker betaald. Hierover heeft hij verzoeker bij brief van 4 juni 2025 geïnformeerd.
- 6.5. De commissie constateert dat de aanvankelijke mededeling van de ziektekostenverzekeraar dat de nota niet kon worden verwerkt achteraf onjuist is gebleken, aangezien hij de betreffende nota nadien handmatig heeft afgewikkeld en tot uitkering is overgegaan. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting niet kunnen toelichten waarom door hem bij het eerste e-mailbericht van 19 mei 2025 is opgemerkt dat het door verzoeker gebruikte formulier ook niet is

bedoeld om te declareren en waarom in bij e-mailbericht van 22 mei 2025 is verwezen naar niet nader gespecificeerde wettelijke regels.

Gelet op de systematiek van verrichtingencodes met bijbehorende maximumtarieven voor tandheelkundige zorg en de door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 27 augustus 2025 en ter zitting gegeven toelichting op de verwerking, is het voor de commissie duidelijk dat het geautomatiseerd verwerken van nota's met hierop debet- en creditbedragen voor dezelfde prestatie een probleem kan opleveren. Voor een verzekerde is een snelle afwikkeling van ingediende declaraties van belang, maar het is niet gewenst dat de – geautomatiseerde – verwerking leidt tot uitkeringen, gevolgd door (gedeeltelijke) terugvorderingen. Dit alles neemt niet weg dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker in eerste instantie verkeerd heeft geïnformeerd over de reden waarom de nota niet in behandeling kon worden genomen en dat de werkwijze van de ziektekostenverzekeraar ertoe heeft geleid dat verzoeker er veel voor heeft moeten doen om de vergoeding te ontvangen waarop hij op grond van de verzekeringsovereenkomst aanspraak heeft. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de klachten van verzoeker over de werkwijze die de ziektekostenverzekeraar heeft gehanteerd bij de afwikkeling van de op 12 mei 2025 ingediende nota gegrond zijn. Naar aanleiding van het verzoek om heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar de ingediende nota handmatig verwerkt en de declaratie betaald, zodat er voor verzoeker geen financieel belang meer is bij een procedure bij de commissie. Onder deze omstandigheden ziet de commissie geen aanleiding consequenties te verbinden aan het, in eerste instantie, door de ziektekostenverzekeraar verstrekken van foutieve informatie en de door hem gehanteerde werkwijze. Verder is het uitsluitend aan de ziektekostenverzekeraar te bepalen welke investeringen hij wil doen om dit probleem op te lossen door aanpassing van zijn geautomatiseerde systeem. Dit valt buiten de bevoegdheid van de commissie. De commissie merkt in dit verband wel op dat zij verwacht dat onderhavige procedure zal leiden tot een moment van reflectie bij de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de vraag hoe moet worden omgegaan met de verwerking van dergelijke nota's.

- 6.6. Aangezien de klachten van verzoeker voor een deel gegrond zijn verklaard, ziet de commissie aanleiding om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het klachtgeld van € 37,-- aan verzoeker te betalen.

Slotsom

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:

- i) de klachten van verzoeker over de werkwijze die de ziektekostenverzekeraar heeft gehanteerd bij de afwikkeling van de op 12 mei 2025 ingediende nota gegrond zijn;
- ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is het klachtgeld van € 37,-- aan verzoeker te bepalen.

Zeist, 22 januari 2026,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

• Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Voor een goed gebit in een gezonde mond.

• Vergoeding per verzekering bij Vrije Keuze

Basisverzekering	Beperkt, volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 1.600 algemene tandheelkundige zorg Max. per kalenderjaar
Tandfit A	€ 200, waarvan max. € 75 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandfit B	€ 500, waarvan max. € 150 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandfit C	€ 1.250, waarvan max. € 250 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandfit Preventief	• controle en preventie volledig • andere tandheelkundige zorg: € 2.000, waarvan max. € 300 voor vullingen en tandvlesbehandelingen samen Vergoedingen: max. per kalenderjaar Geen vergoeding voor: kronen, bruggen, wortelkanaalbehandelingen, implantaten en prothesen

• Dit krijgt u vergoed

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoedt de basisverzekering alleen de kaakchirurg, het kunstgebit, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde. Waar u recht op heeft staat in die vergoedingen. De meeste 'gewone' zorg van de tandarts, mondhygiënist en orthodontist vergoedt de basisverzekering niet.

De aanvullende verzekeringen Superfit en Tandfit A, B, C en Preventief vergoeden algemene tandheelkundige zorg wel als u 18 jaar of ouder bent. De vergoedingen staan hieronder, per verzekering. De codes tussen haakjes staan op de rekening van de tandarts. Voor orthodontie geldt een andere vergoeding.

Superfit

Superfit vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.600 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet.

Mond en gebit

Tandfit A

Tandfit A vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 200 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 75 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit B

Tandfit B vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 500 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 150 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit C

Tandfit C vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.250 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 250 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit Preventief

Tandfit Preventief vergoedt deze preventieve behandelingen:

- consult ten behoeve van een intake (C001)
- consult periodieke controle (C002)
- consult, niet zijnde periodieke controle (C003)
- aanvullende anamnese (C010)
- mondzorg aan huis (C020)
- preventieve voorlichting (M01)
- evaluatie van preventie (M02)
- gebitsreiniging (M03)
- fluoridebehandeling (M40)
- onderzoek bacteriën en enzymen (M32)
- röntgenfoto (X10) of beoordelen daarvan (X11), maar niet voor orthodontie
- sealing (aanbrengen van een bescherm laag) (V30, V35)

Tandfit Preventief vergoedt ook de meeste andere codes voor tandheelkundige zorg, tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar. Van dat bedrag kunt u maximaal € 300 besteden aan vullingen (V-codes) en tandvlesbehandelingen (parodontologie, T-codes) samen.

Tandfit Preventief vergoedt niet (zorg die te maken heeft met):

- kronen, bruggen en inlays²
- kunstgebit
- implantaten
- wortelkanaalbehandeling
- orthodontie

Hier kunt u terecht

Voor Superfit, Tandfit A, B, C en Preventief geldt:

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Mond en gebit

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose en voorbereiding daarvan (A20³, A30)
- uitwendig bleken (E97)
- facings (V15, R78, R79)
- behandelen van witte vlekken (M80, M81)
- MRA⁴ (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)
- gebits- en mondbeschermer (M61)
- zorg onder het experiment cosmetische mondzorg (K-codes)

Ongeval?

Heeft u een ongeval gehad en is uw gebit beschadigd? Er is een aparte vergoeding voor Tandheelkundige zorg na een ongeval.

• Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor deze tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor deze tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar geldt geen eigen risico.

• Dit moet u zelf doen

U heeft geen voorschrift of verwijzing nodig

U kunt direct naar een zorgverlener voor deze zorg.

Geen toestemming

U hoeft voor deze zorg geen toestemming te vragen.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als een behandeling alleen cosmetisch is, of als u een zorgafpraak niet nakomt ('no show').

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de mondzorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. M-codes: M01 preventieve voorlichting, M02 evaluatie van preventie, M03 gebitsreiniging, M30 behandelen gevoelige tandhalzen, M32 onderzoek bacteriën/enzymen, M40 fluoridebehandeling
2. Inlays: Op maat gemaakte vullingen
3. A20: De codes tussen haakjes staan op de rekening van uw tandarts
4. MRA: Dit valt onder de vergoeding hulpmiddelen: MRA