

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. A. de Ruijter, H.A.J. Kroon en B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202401650

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. In een telefoongesprek op 29 november 2024 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 14 januari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 13 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 februari 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 3 maart respectievelijk 5 maart 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeente Extra Uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekering Bijdrage Gemeenten Extra Uitgebreid zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft een tandheelkundige behandeling ondergaan tijdens zijn verblijf in Turkije. De kosten hiervan heeft hij op 22 maart en nogmaals op 21 april 2023 ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.3. Bij brief van 2 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat een bedrag van € 275,00 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 4 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Turkije uitgevoerde tandheelkundige behandeling te vergoeden tot het maximale bedrag van € 10.000,- in het kader van 'mondzorg na ongeval', ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.2. Bij klachtenformulier van 8 september 2024 heeft verzoeker toegelicht dat de plaats waar hij in Turkije verbleef op 6 februari 2023 werd getroffen door een ernstige aardbeving. Verzoeker heeft toen meerdere dagen onder het puin gelegen. Hierdoor liep hij ernstige gezondheidsproblemen op, waaronder aanzienlijke schade aan zijn gebit. Na zijn bevrijding heeft verzoeker zich direct onder medische behandeling gesteld bij een lokale tandarts in Turkije. Uit de bijgevoegde medische verklaring van de Turkse tandarts blijkt dat verzoeker zich meldde met ernstige ontstekingen aan zijn gebit, waarvoor hij meerdere wortelkanaalbehandelingen moest ondergaan en kronen werden geplaatst om verdere schade te voorkomen.
- 3.3. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten na een ongeval en spoedeisende zorg in het buitenland tot een bedrag van maximaal € 10.000,- voor onvoorziene tandheelkundige zorg. De aardbeving op 6 februari 2023 betreft een ongeval als bedoeld in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering en de daaropvolgende tandheelkundige behandeling was noodzakelijk om de acute schade aan het gebit te verhelpen.
- 3.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar had de tandheelkundige behandeling in Nederland moeten plaatsvinden. Die eis is echter niet redelijk in geval van een acute noodsituatie in het buitenland. Verzoeker had geen mogelijkheid om voor behandeling terug te keren naar Nederland, vanwege de ernstige omstandigheden na de aardbeving. Verder geldt dat door de chaos en de medische noodsituatie na de aardbeving, het voor verzoeker praktisch onmogelijk was om binnen drie maanden een melding te doen of de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de behandeling om zorgadvies te vragen. Destijds lag de focus op overleven en direct noodzakelijke zorg, en niet op het nakomen van administratieve verplichtingen. Gezien de uitzonderlijke omstandigheden zou een coulante benadering passend zijn.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat voorafgaand aan de aardbeving al een behandelindicatie bestond. De behandeling op 28 januari 2023 was niet gerelateerd aan de acuut verergerde ontstekingen die zich ontwikkelden na het ongeval. Deze ontstekingen en de behandeling daarvan waren een direct gevolg van het ongeval, en dus nieuw en onvoorzien.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de kosten van de in Turkije uitgevoerde tandheelkundige behandeling niet vergoedt in het kader van 'mondzorg na ongeval', ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De maximale vergoeding van € 275,- op basis van deze verzekering, vanuit 'mondzorg bij spoed in het buitenland', werd inmiddels aan verzoeker verleend.
- 4.2. Bij e-mailbericht van 4 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat in het geval van verzoeker niet is voldaan aan de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, meer specifiek artikel D.8.6. Bij een tandheelkundige behandeling na een ongeval is het van belang dat een verzekerde dit binnen drie maanden aan de ziektekostenverzekeraar meldt en dat hij vraagt om zorgadvies. Daarnaast mag een verzekerde in het buitenland alleen naar de tandarts voor spoedzorg, en dient de tandheelkundige behandeling naar aanleiding van het ongeval in Nederland te worden uitgevoerd.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de behandeling al voorafgaand aan de aardbeving op 6 februari 2023 werd gestart. Op 28 januari 2023 zijn bij verzoeker negen wortelkanaalbehandelingen uitgevoerd. Als er al een behandelindicatie was voorafgaand aan het ongeval, komt een verzekerde niet in aanmerking voor vergoeding vanuit 'mondzorg na een ongeval'.

- 4.3. In zijn brief van 13 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat op grond van artikel D.8.6. van de aanvullende ziektekostenverzekering voorwaarden gelden voor vergoeding van mondzorg na een ongeval. Zo dient de zorg te worden gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit afgegeven tariefbeschikking tandheelkundige zorg, door middel van prestatiecodes zoals genoemd in de artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4. van de verzekeringsvoorwaarden. Daarnaast moet de behandeling zijn afgerond binnen twee jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, omdat het gebit nog niet volgroeid is. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar beoordeelt of sprake is van een volgroeid gebit of van een tijdelijke behandeling. Verder geldt dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de behandeling als er al een behandelindicatie aanwezig was vóór het ongeval, of als sprake is van uitgestelde zorg.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft gewezen op artikel C.12. van de verzekeringsvoorwaarden. Hij heeft hierbij opgemerkt dat bij 'mondzorg na een ongeval' voorwaarden gelden die artikel C.12. van de verzekeringsvoorwaarden nader inkleuren. Bij 'mondzorg na een ongeval' geldt de eis dat een akkoordverklaring nodig is voorafgaand aan de behandeling en binnen drie maanden na het ongeval. Bij de aanvraag daartoe dienen een schriftelijk behandelplan en een begroting van de tandarts of kaakchirurg te worden aangeleverd, opgesteld volgens de NMT Praktijkrichtlijn Tandletsel. Deze praktijkrichtlijn maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is te vinden op de website van de ziektekostenverzekeraar.
- Door of namens verzoeker is geen formele aanvraag ingediend in het kader van 'mondzorg na een ongeval'. Hierdoor heeft geen medisch inhoudelijke beoordeling van de ontvangen stukken kunnen plaatsvinden. Op basis van de thans beschikbare stukken is het ook niet mogelijk alsnog tot een inhoudelijke beoordeling te komen. Zo ontbreken een behandelplan en een begroting. Verder valt op basis van het dossier niet vast te stellen dat verzoeker betrokken is geweest bij de aardbeving, dat er schade aan zijn gebit was en dat deze schade een direct gevolg was van het ongeval. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat verzoeker erop is geweest dat een aanvraag moet worden ingediend. Het is niet duidelijk waarom dit tot op heden niet is gebeurd. Uit de contactregistraties van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat verzoeker op 15 juni 2023 en 2 oktober 2023 is geïnformeerd over de procedure voor het aanvragen van vergoeding in het kader van 'mondzorg na een ongeval' zoals bedoeld in artikel D.8.6. De hiervoor benodigde contactgegevens en het aanvraagformulier zijn toen aan hem verstrekt.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts verklaard dat hij op 23 maart 2023 een declaratie van verzoeker heeft ontvangen (kenmerk: S3D01811). Uit deze declaratie blijkt dat verzoeker zich op 21 januari 2023, ofwel voorafgaand aan de aardbeving, al had gemeld bij de tandartspraktijk. Er zijn toen röntgenfoto's gemaakt waarop diverse ontstekingen zichtbaar waren. Vervolgens zijn er op 28 januari 2023 wortelkanaalbehandelingen uitgevoerd. Dit heeft plaatsgevonden vóór het ongeval. Hierdoor bestaat er geen rechtstreeks verband tussen de benodigde zorg en het ongeval. Voor deze zorg kan geen aanspraak worden gemaakt op vergoeding in het kader van 'mondzorg na een ongeval'.
- Op 21 april 2023 is de betreffende declaratie (kenmerk: S3D01811) opnieuw ingediend, nu met aanvullende informatie. Conform artikel D.14. van de verzekeringsvoorwaarden is hierop een bedrag van € 275,- aan verzoeker uitgekeerd. Uit de nota blijkt dat op 7 maart 2023 porseleinen kronen zijn geplaatst, een wortelkanaalbehandeling is uitgevoerd bij de elementen 14 en 16, en stiften en vullingen zijn geplaatst bij de elementen 22, 23, 25 en 27. Een medische onderbouw, waaruit blijkt dat deze behandelingen noodzakelijk waren als gevolg van het ongeval, ontbreekt. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de bewijslast voor de noodzaak van de zorg als gevolg van het ongeval, op grond van artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, bij verzoeker of diens zorgverlener ligt. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit

verband gesteld dat uit de verklaring van de behandelend tandarts enkel blijkt dat verzoeker zich op 15 februari 2023 heeft gemeld met pijnklachten. Hierbij wordt niet onderbouwd dat deze klachten het directe gevolg waren van het ongeval. Daarnaast ontbreekt een ongevalverslag en behandelplan, en is de vereiste voorafgaande goedkeuring niet aangevraagd. De uitgevoerde zorg komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking op grond van artikel D.8.6. van de verzekeringsvoorwaarden.

- 4.6. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat op basis van de informatie in het dossier niet aannemelijk is gemaakt dat verzoeker gebitsschade heeft opgelopen als direct gevolg van het ongeval op 6 februari 2023. In het dossier ontbreekt objectieve informatie die dit bevestigt. Dit komt mede doordat er nooit een formele aanvraag is ingediend voor vergoeding in het kader van 'mondzorg na een ongeval'. Hierdoor komt de ziektekostenverzekeraar niet toe aan een medisch inhoudelijke beoordeling. Daarnaast blijkt uit de medische gegevens dat de pijnklachten reeds vóór het ongeval aanwezig waren. Hierdoor kan geen causaal verband worden vastgesteld. Er kan niet worden uitgesloten dat andere oorzaken hebben geleid tot de benodigde mondzorg.

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 A.22 van de voorwaarden 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 verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Uit het 'Vergoedingen Overzicht' behorende bij de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat onder meer aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van 'mondzorg bij spoed in het buitenland' tot een bedrag van € 275,- per jaar. Daarnaast bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van 'mondzorg na een ongeval' tot een bedrag van € 10.000,- per ongeval.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker een bedrag van € 275,- vergoed in het kader van 'mondzorg bij spoed in het buitenland'. Partijen zijn hierover niet verdeeld. Volgens verzoeker bestaat daarnaast in zijn situatie aanspraak op vergoeding van de resterende kosten op grond van 'mondzorg na een ongeval' en wel tot maximaal € 10.000,-. De commissie overweegt als volgt.
- 6.4. 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"*.
Uit artikel C.12. van verzekeringsvoorwaarden blijkt wanneer sprake is van 'ongevallenzorg'. Om te kunnen spreken van 'ongevallenzorg' moet het onder meer gaan om zorg die niet spoedeisend is. In artikel D.8.6. van de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen wanneer aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de kosten van 'mondzorg na een ongeval'. In de bepaling wordt verwezen naar de artikelen D.8.2, D.8.3, D.8.4 en C.12. Uit voornoemd artikel D.8.6. blijkt dat voor 'mondzorg na een ongeval' een akkoordverklaring nodig is voorafgaand aan de behandeling en binnen drie maanden na het ongeval. Verder dient de aanvraag een schriftelijk behandelplan en begroting van de tandarts of kaakchirurg te bevatten die zijn opgesteld volgens de NMT Praktijkrichtlijn Tandletsel.

- 6.5. Verzoeker heeft geen aanvraag gedaan voor een akkoordverklaring, voorafgaand aan de behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft onweersproken gesteld dat verzoeker daarna enkele malen contact met hem heeft gezocht en hem bij die gelegenheden de te volgen procedure is uitgelegd. Kennelijk ontbreekt een aanvraag tot op heden en is de termijn van drie maanden na het ongeval inmiddels ruimschoots verstreken. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de in Turkije uitgevoerde tandheelkundige behandeling in het kader van 'mondzorg na ongeval', ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.6. De stelling van verzoeker dat het een medische noodsituatie betrof, wat daar verder van zij, maakt dit niet anders. Zoals de ziektekostenverzekeraar - wederom onweersproken - heeft gesteld, waren de ontstekingen al op de röntgenfoto's van vóór het ongeval zichtbaar. Hiervoor was dus al een behandelindicatie aanwezig. Daarmee is niet uitgesloten dat door het ongeval op 6 februari 2023 een andere, nieuwe behandel noodzaak is ontstaan. De commissie stelt vast dat de bepaling inzake 'mondzorg bij spoed in het buitenland' voorziet in de vergoeding van de daarmee gemoeide kosten. De ziektekostenverzekeraar heeft dienovereenkomstig de maximale vergoeding van € 275,- aan verzoeker verleend. Zoals uit artikel D.8.6. in samenhang met artikel C.12. van de verzekeringsvoorwaarden valt op te maken, gaat het bij 'mondzorg na een ongeval' juist om tandheelkundige zorg die niet spoedeisend is en - dus - in Nederland kan plaatsvinden, met inachtneming van de Nederlandse richtlijnen en verrichtingentarieven. In feite kan de aanvraag daartoe met het verzoek om zorgadvies worden gedaan tot uiterlijk drie maanden na het ongeval. De stelling dat het een medische noodsituatie betrof valt dan ook niet te rijmen met het beroep dat verzoeker doet op de ongevalsdekking voor niet-spoedeisende tandheelkundige zorg na een ongeval.
- 6.7. De commissie concludeert dat voor een deel van de in Turkije uitgevoerde tandheelkundige behandeling vaststaat dat reeds een behandelindicatie bestond. Hiervoor kent de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking. Voor de spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland werd door de ziektekostenverzekeraar de maximale vergoeding van € 275,- verleend. Voor de niet-spoedeisende zorg geldt dat de vereiste akkoordverklaring ontbreekt. Daarbij komt dat niet valt in te zien waarom deze niet kon worden aangevraagd, nu verzoeker hiervoor na het ongeval feitelijk drie maanden de tijd had.

Slotsom

- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. **Bindend advies**
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 maart 2025,

B.L.A. van Drunen

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen**1. Verzekeringsvoorwaarden**

Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) is ingeschreven in het betreffende profielregister bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) die als klinisch psycholoog geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

Kraamhotel

Een instelling waar men gedurende de kraamperiode kan verblijven en kraamzorg kan ontvangen. In een kraamhotel vinden geen bevallingen plaats.

Kraamverzorgende

Degene die als kraamverzorgende is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ).

Kraamzorg

Zorg tijdens de kraamperiode die wordt geleverd door een kraamverzorgende met kwalificatie (kraam)verzorgende niveau 3 of gelijkwaardig en die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium dat een tariefbeschikking heeft, waardoor het onderzoek tot een bepaalde maximumprijs gedeclareerd mag worden.

Logopedist

Degene die als logopedist de status “kwaliteitsgeregistreerd” heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Maand

Kalendermaand.

Medicijn/medicatie

Geneesmiddel(en).

(Medisch) adviseur

De arts, apotheker, tandarts, fysiotherapeut of andere deskundige die ons adviseert over medische, farmacotherapeutische, tandheelkundige, fysiotherapeutische zorg of zorg die diens zorginhoudelijk vakgebied betreft.

Medisch specialist

Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg

verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.

Medische indicatie

Een medische indicatie is een aandoening of ziekte. Een arts heeft vastgesteld dat (of het vermoeden van) u een medische indicatie heeft om toegang te krijgen tot bepaalde zorg.

Mondhygiënist

De vrijgevestigde mondhygiënist die voor eigen rekening en verantwoordelijkheid de praktijk uitoefent.

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Degene die als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status “kwaliteitsgeregistreerd” heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Ongeval

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 heeft voorzien en redelijkerwijs ook niet kon voorzien.

Voorbeelden van een genoemde gebeurtenis of bedoelde omstandigheden:

- wondinfectie of bloedvergiftiging;
- verstuing, ontwrichting of scheuring van band- en spierweefsel;
- het (onvrijwillig) binnenkrijgen van of vergiftiging met gassen, dampen, vloeibare of vaste stoffen of voorwerpen, behalve wanneer sprake is van gebruik van alcohol, medicijnen of drugs;
- besmetting door ziekteverwekkers of vergiftiging als u onvrijwillig in een (vloeistof) valt, of als u er zelf ingaat om een mens, dier of voorwerp te redden;
- verdrinking, verstikking, bevriezing, onderkoeling, zonnesteek of verbranding (anders dan door zonnebaden), blikseminslag of andere elektrische ontlading, of in aanraking komen met bijtende stoffen;
- natuurgeweld zoals aardbeving, overstroming, tsunami/vloedgolf, orkaan of vulkanische uitbarsting;
- verhoging, uitdroging en uitputting;
- complicaties of verergering van letsel na een noodzakelijke medische behandeling na een ongeval;
- besmetting met HIV door een bloedtransfusie of een injectie met een besmette naald tijdens

behandeling in een ziekenhuis.

We stellen een acute ernstige ziekte gelijk met een ongeval. Er is sprake van een acute ernstige ziekte als:

- zorg op medische gronden direct nodig en niet uitstelbaar is of als een ziekte of aandoening levensbedreigend is; en
- deze benodigde zorg onder de basisverzekering valt; en
- naar objectieve medische maatstaven binnen een halfjaar geen herstel te verwachten is.

Opname

Een periode van verpleging en behandeling met overnachting in een instelling voor medisch specialistische zorg op een voor verpleging ingerichte afdeling. De opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geneeskundige zorg.

We bedoelen niet verblijf in een polikliniek, niet een dagopname of spoedeisende hulp en ook niet in een instelling voor revalidatie.

Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:

- wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
- wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen (maximaal 1.095);
- wordt uw opname onderbroken voor weekenden en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.

Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Particuliere ziektekostenverzekering

Dit is een verzekering die geen zorgverzekering is in de zin van de Zorgverzekeringswet dus ook geen verzekering in de zin van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG), artikel 1 lid f. Het is een niet-wettelijke basisverzekering. Een particuliere ziektekostenverzekering kan alleen afgesloten worden en is alleen van kracht als er geen verzekeringsplicht volgens de Zorgverzekeringswet bestaat. Deze verzekering biedt een zelfstandige dekking zonder dat sprake is van een aanvulling op een andere verzekering.

Pedicure

- Degene die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als pedicure met een aantekening "voetverzorging bij diabetici (DV)" mag verzekeren met diabetes mellitus behandelen.
- Degene die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als pedicure met een aantekening "voetverzorging bij reumapatiënten (RV)" mag verzekeren met reumatoïde artritis behandelen.
- Degene die in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverlener geregistreerd staat als medisch voetzorgverlener mag verzekeren met reumatoïde artritis behandelen.
- Degene die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als medisch pedicure. De medisch pedicure is een gespecialiseerde pedicure voor diverse complexe voetproblemen. Deze pedicure mag verzekeren met diabetes mellitus of reumatoïde artritis behandelen.
- Degene die in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als paramedisch chiropodist. De paramedisch chiropodist is een gespecialiseerde pedicure voor diverse complexe voetproblemen. Deze pedicure mag verzekeren met diabetes mellitus of reumatoïde artritis behandelen.

In de artikelen waar zorg wordt beschreven staat ook welke van de hiervoor genoemde pedicures deze zorg moet verlenen.

Physician Assistant

Degene die is opgenomen in het kwaliteitsregister van de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA).

Toelichting: Tot het gebied van deskundigheid van de physician assistant wordt gerekend het verrichten van handelingen op het deelgebied van de geneeskunst waarbinnen de physician assistant is opgeleid. Deze handelingen omvatten het onderzoeken, behandelen en begeleiden van patiënten met veel voorkomende aandoeningen binnen dat deelgebied van de geneeskunst. Voor een nadere toelichting ten aanzien van het deskundigheidsgebied en de bevoegdheid van de physician assistant verwijzen wij naar het 'Besluit deskundigheidsgebied en opleidingseisen physician assistants'. Voor een nadere toelichting ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de physician assistant verwijzen wij naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP.

- 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.11.6.3. Meer verzekeringen met dezelfde vergoedingen

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

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 heeft 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 de 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 (proces-verbaal) beschikt waaruit de datum en de toedracht van het ongeval blijken, stuurt u die naar ons.

C.13. Vervallen

Een zorgverlener met wie wij afspraken hebben gemaakt over deze mindfulness training. U kunt deze zorgverlener(s) vinden op onze website.

Tarieven

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

D.7. Alternatieve geneeswijzen

D.7.1. Alternatieve en/of psychosociale behandelingen

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de volgende vormen van behandelingen:

- acupunctuur;
- chiropractie;
- homeopathie;
- osteopathie;
- natuurgeneeswijzen. Hieronder vallen:
 - antroposofisch consult;
 - auriculotherapie;
 - haptonomie/haptotherapie;
 - kinesiologie;
 - musculoskeletale geneeskunde;
 - orthomanuele geneeskunde;
 - reflexzonetherapie/voetreflextherapie;
 - shiatsu;
 - manuele therapie.

Andere vormen van natuurgeneeskunde worden niet vergoed.

- Psychosociale zorg.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van:
 - verzekerde zorg (behandelingen en consulten) op grond van uw zorgverzekering, de Jeugdwet, Wlz, Wmo of een ander artikel uit uw aanvullende verzekering(en). Het maakt daarbij niet uit of u voor dat andere artikel verzekerd bent of dat u de behandeling volgens dat andere artikel niet (volledig) vergoed krijgt. U kunt niet kiezen onder welk artikel zorg vergoed wordt. U krijgt zorg ook niet 2x vergoed.

Pas als is vastgesteld dat de zorg niet onder uw zorgverzekering, de Jeugdwet, Wlz, Wmo of een ander artikel uit uw aanvullende verzekering(en) valt, bepalen wij of die zorg

als alternatieve zorg of psychosociale zorg voor vergoeding in aanmerking komt;

- experimentele behandelingen en behandelingen die nog in onderzoeksfase verkeren;
- laboratoriumonderzoeken die zijn aangevraagd door een therapeut of arts die alternatieve of psychosociale zorg verleent;
- Eigen risico is niet van toepassing.

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 heeft 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

- van het nuttigen van voedsel of drank;
 - o 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. Vervallen

D.9. Kuurbehandeling

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden bij een kuurreis via een organisatie of bij een door u zelf georganiseerde kuurreis:

- uw vervoer naar een kuuroord;
- behandeling in een kuuroord;
- verblijf in een kuuroord. Dit omvat overnachtingskosten, ontbijt, lunch en diner.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Onder kosten van verblijf in een kuuroord vallen uitsluitend de kosten van het aangeboden arrangement/programma gedeclareerd door middel van een arrangementstarief. Kosten van extra consumpties, kranten, tijdschriften, cosmetica en andere buiten het arrangement vallende artikelen en diensten worden niet vergoed.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat hierbij om een persoonlijk op u afgestemde en schriftelijk vastgelegde behandeling die ten minste één week duurt.
- U lijdt aan een ernstige vorm van:
 - o reumatoïde artritis; of
 - o artritis psoriatica; of
 - o de ziekte van Bechterew.

Zorgverlener

- Een door ons erkend kuuroord binnen Nederland dat gespecialiseerd is in de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat, met name reumatische aandoeningen. Op onze website kunt u vinden welke kuuroorden wij erkennen; andere kuuroorden vergoeden wij niet.
- Bij de behandeling dient een arts betrokken te zijn.

Behandelvoorstel

Een reumatoloog heeft vastgesteld dat de kuurbehandeling noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig.

Tarieven

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