



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM
CZ groep U.A. te Tilburg

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering (AV), mondzorg, implantaten, ongeval

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, 6:248 BW

Zaaknummer : 202101137

Zittingsdatum : 1 september 2021

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

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 27 mei 2021 heeft verzoeker per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,-- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 7 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 22 juli 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 4 augustus 2021 respectievelijk 5 augustus 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Op 10 september 2021 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar telefonisch en vervolgens per brief gevraagd naar de risicodragers met betrekking tot de door verzoeker afgesloten verzekeringen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 september 2021 per brief gereageerd. Deze brief luidt, voor zover hier van belang:
*"De zorgverzekeringen van alle labels (dwz CZ, OHRA en NN) zijn ondergebracht in de drie dochters (CZ Zorgverzekeringen NV, OHRA Zorgverzekeringen NV en Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V.).
O.w.m. CZ groep U.A. is de moeder en daarin zijn alle aanvullende verzekeringen van alle labels (dwz de AV's van zowel CZ, OHRA als NN) ondergebracht.
In dit geschil hebben we het dan over CZ Zorgverzekeringen NV en O.w.m. CZ groep U.A."*
Een kopie van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 17 september 2021 is op 22 september 2021 ter kennisname aan verzoeker gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tandarts Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering en de eveneens ten behoeve van verzoeker afgesloten aanvullende verzekering 50+ zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 3.2. Op 10 juni 2020 is verzoeker van een keukentrapje gevallen, waarbij element 11 is beschadigd. Op 14 juli 2020 heeft hij door een praktijk voor implantologie een offerte laten opstellen voor een implantaatbehandeling. Deze behandeling is op 7 september 2020 uitgevoerd. Op 27 oktober

van dat jaar is door de praktijk alsnog een aanvraag ingediend bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar, welke aanvraag op 10 november 2020 is afgewezen. Nadat op 12 november 2020 door de praktijk was gevraagd nog eens naar de aanvraag te kijken, volgde op 27 november 2020 de mededeling dat de afwijzing gehandhaafd bleef.

- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 1 maart 2021 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 28 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij de afwijzende beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de implantaatbehandeling, ten bedrage van totaal € 3.238,06, te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22.2. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikel 6:248 van het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker stelt dat de kosten van de implantaatbehandeling moeten worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
In dat verband verwijst hij naar de artikelen C12, D.8.2., D.8.3. en D.8.4. en verklaart hij te voldoen aan de hierin opgenomen voorwaarden. Dat de aanvraag te laat werd ingediend kan hem zijns inziens niet worden tegengeworpen, omdat uit de jurisprudentie van de commissie blijkt dat indien kan worden vastgesteld dat vóór de start van de behandeling sprake was van een situatie op basis waarvan een verzekerde aanspraak maakt op de verleende zorg, de kosten moeten worden vergoed. De verzekeraar is dan namelijk niet in zijn belangen geschaad.
Volgens verzoeker had hij vóór het ongeval een goed gebit, en was de implantaatbehandeling noodzakelijk om zijn gebit weer terug te brengen in die staat. Hierbij tekent hij aan dat element 11 was voorzien van een kroon. Het plaatje was een tijdelijke voorziening. Verzoeker had voorheen een vaste voorziening – in de vorm van een kroon op de natuurlijke wortel – en een partiële prothese die uitneembaar is, is hieraan niet gelijkwaardig. Een implantaat met daarop een kroon vormt om die reden wél een doelmatige oplossing.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat in de situatie van verzoeker geen aanspraak bestaat op een implantaatbehandeling.
Anders dan verzoeker meent, voldoet hij niet aan de toepasselijke voorwaarden. Zo heeft hij niet voorafgaand en binnen drie maanden zorgadvies aangevraagd bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar. Op grond van artikel D.8.6. was hij hiertoe wel verplicht.
Tevens is niet voldaan aan artikel C12. Aanspraak bestaat op herstel om het gebit in de toestand te brengen van vóór het ongeval. Bij verzoeker ontbraken al diverse elementen in het bovenfront, en hij had al een partiële prothese. Voor een implantaat met kroon bestond geen esthetische noodzaak.

De implantaatbehandeling was niet doelmatig; het probleem had kunnen worden opgelost met een frameprothese.

Overwegingen commissie

- 6.4. De commissie overweegt dat in artikel C.12. van de aanvullende ziektekostenverzekering de regeling voor ongevallenzorg is opgenomen. In artikel C.12.4. is vastgelegd dat van de verzekerde of de zorgverlener een melding moet zijn ontvangen. Deze melding moet zo spoedig mogelijk plaatsvinden, uiterlijk voordat de behandeling ongevallenzorg start. Artikel D.8.6. betreft mondzorg bij een ongeval. In deze bepaling is een verwijzing opgenomen naar artikel D.8.3., dat ziet op implantaten en protheses. Hieruit volgt dat de implantaatbehandeling onder de mondzorg bij een ongeval kan vallen. Voorts is in artikel D.8.6. bepaald dat, in aanvulling op of in afwijking van artikel C.12., een akkoordverklaring nodig is voorafgaand aan de behandeling en binnen drie maanden na het ongeval. Geconstateerd moet worden dat (i) met de behandeling is gestart zonder akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar, en (ii) de termijn van drie maanden was verstreken ten tijde van het indienen van de aanvraag op 27 oktober 2020.
- 6.5. Door verzoeker is, onder verwijzing naar door hem niet nader geduide jurisprudentie van de commissie, aangevoerd dat dit alles hem niet kan worden tegengeworpen. Het staat volgens hem vast dat hij overigens aan de voorwaarden voldoet en dat hij daarom aanspraak heeft op vergoeding. De ziektekostenverzekeraar wordt door het nalaten van verzoeker niet in zijn belangen geschaad. De commissie deelt de mening van verzoeker niet. Zowel de eis van een voorafgaande akkoordverklaring als de beperking tot drie maanden na het ongeval zijn tussen partijen overeengekomen. In het midden kan blijven waarom de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar beide heeft bedongen; de enkele vaststelling dat deze vergoedingsvoorwaarden tussen partijen gelden volstaat. Nu aan de desbetreffende voorwaarden niet is voldaan, is de ziektekostenverzekeraar niet tot vergoeding van de gevorderde kosten gehouden. In die zin heeft hij bij strikte handhaving van artikel D.8.6. wel degelijk een belang. Voor zover verzoeker met zijn stelling heeft willen betogen dat toepassing van de eis van een voorafgaande akkoordverklaring onderscheidenlijk de beperking tot drie maanden onder de gegeven omstandigheden leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, volgt de commissie hem daarin niet. Direct na het ongeval heeft verzoeker de SEH bezocht en al op 14 juli 2020 werd door de praktijk een offerte voor een implantaatbehandeling opgesteld. Deze behandeling vond reeds op 7 september 2020 plaats. Niet valt in te zien waarom hetzij verzoeker hetzij de praktijk onder deze omstandigheden niet tijdig een melding kon doen en om een akkoord van de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar kon vragen, gezien in ieder geval verzoeker met de ongevalsdekking bekend was en hij tevens voornemens was hierop een beroep te doen. Indien een eventuele miscommunicatie tussen verzoeker en de praktijk dan wel tussen verzoeker en de tandarts of tussen de praktijk en de tandarts de oorzaak van de vertraging was, ligt dit in de risicosfeer van verzoeker. Het zelfde geldt voor onbekendheid van de zorgverleners met de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Dit betekent dat aanvraag voor de implantaatbehandeling terecht werd afgewezen.
- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 oktober 2021,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

C.11.5. Premiewijziging

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

Op uw aanvullende verzekeringen en/of ziektekostenverzekering passen wij de premie aan als u een bepaalde leeftijd hebt of bereikt. Op uw Vergoedingen Overzicht staat bij welke leeftijd(en) dit geldt.

- De premiewijziging gaat in op de 1e dag van de volgende maand nadat u de betreffende leeftijd hebt bereikt.
- De premiewijziging gaat in op 1 januari van het volgende jaar nadat u de betreffende leeftijd hebt bereikt.

C.11.6. Overige bepalingen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

C.11.6.1. Woonland

In afwijking van de begripsomschrijving voor "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. omvat de zorg ook (het verstrekken van en adviseren over) medicijnen, die in uw woonland erkend en afgeleverd zijn.

C.12. Ongevallen zorg

C.12.1. Algemeen

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

Er is sprake van "ongevallenzorg" als:

- sprake is van zorg die als "ongevallenzorg" in uw ziektekostenverzekering en/of aanvullende verzekering als verzekerde zorg is opgenomen; en
- voor zover uw ziektekostenverzekering en/of aanvullende verzekering vergoeding bevat van (kosten voor) ongevallenzorg. 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 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.

C.12.2. Buitenland

Wij vergoeden niet de kosten van ongevallenzorg, 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 ongevallenzorg vergoeden, dan wordt alleen de vergoeding gegeven volgens de verzekering met de hoogste vergoeding voor ongevallenzorg.

C.12.4. Voorwaarden voor vergoeding

U bent verzekerd voor een bepaalde vorm van ongevallenzorg:

- als het ongeval heeft plaatsgevonden op het moment dat u bij ons verzekerd was voor die betreffende vorm van ongevallenzorg; 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 ongevallenzorg 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. Meeneemservice

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

Met uw aanvullende verzekering neemt u niet-

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 2019 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 2019, vergoeden wij deze rekening helemaal. Er blijft in totaal nog € 100,- over voor 2019.

Op 1 januari 2020 groeit de vergoeding voor de 1e keer met € 300,-. U hebt uit 2019 nog € 100,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 400,- voor 2020. U dient dat jaar geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2021 groeit de vergoeding voor de 2e keer met € 300,-. U hebt uit 2020 nog € 400,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 700,- voor 2021. U dient dat jaar ook geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2022 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 2023 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 2024 start/groeit de vergoeding weer met € 300,- zodat uw maximale vergoeding € 300,- voor 2024 wordt. De € 200,- die in 2023 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 gebitsprothesen);
- b. de wettelijke eigen bijdragen die u volgens uw zorgverzekering zelf moet betalen voor:
 - een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprothesen), niet geplaatst op implantaten;
 - een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprothesen), 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.

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.
- 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.

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.9. Kuurbehandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt 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:
 - reumatoïde artritis; of
 - artritis psoriatica; of
 - 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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.