



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, tegen VGZ
Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Mondzorg, orthodontie, aanvullende ziektekostenverzekering, wachttijd

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2021, artt. 6:236-6:238 BW

Zaaknummer : 202100444

Zittingsdatum : 22 september 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (Prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 25 april 2021 heeft verzoekster per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 20 mei 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 juni 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 29 juni 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 27 juli 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021025560) aan de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren. Dit omdat het dossier slechts een nota van een orthodontist bevat en op basis hiervan niet kan worden beoordeeld of de aanvraag voor een orthodontische behandeling terecht is afgewezen. Een kopie van het advies is op 29 juli 2021 aan partijen gestuurd. Op 17 september 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar op het desbetreffende advies gereageerd. Een kopie hiervan is aan verzoekster gezonden.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 september 2021 gehoord.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht duidelijkheid te verschaffen over de wijze waarop de aanvullende verzekering VGZ Den Haagpakket is beëindigd en de aanvullende verzekeringen UC TandZeker 250 en UC Tand Ongevallen tot stand zijn gekomen. Op 27 september 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie de gevraagde informatie verstrekt. Een kopie hiervan is eveneens op 27 september 2021 aan verzoekster gezonden, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft zij geen gebruik gemaakt.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de brieven van de ziektekostenverzekeraar van 17 september 2021 en 27 september 2021 zijn op 22 oktober 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 2 november 2021 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 4 november 2021 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld op het desbetreffende advies te reageren. Op 5 november 2021 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde is in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering UC Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering UC TandZeker 500 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen UC Tand Ongevallen en UC Zorg Zeker 1 zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 3.2. Ten behoeve van verzekerde zijn kosten gemaakt in het kader van een orthodontische behandeling. Bij brieven van 18 januari 2021 en 10 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding hiervan afgewezen.
- 3.3. Na tussenkomst van de Ombudsman Zorgverzekeringen, waarbij de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing is gevraagd, heeft deze bij brief van 19 april 2021 aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar een voorstel gedaan voor een oplossing. Hij heeft verzoekster voorgesteld (i) de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum te beëindigen, dan wel (ii) de aanvullende ziektekostenverzekering een jaar eerder - dat wil zeggen per 1 januari 2020 - te laten ingaan, zodat de wachttijd voor verzekerde in 2021 niet van toepassing is. Verzoekster heeft aanvankelijk de keuze gemaakt voor optie (ii), doch heeft het voorstel hierna geheel afgewezen.
- 3.5. Bij brief van 27 juli 2021 heeft het Zorginstituut bij wijze van voorlopig advies het volgende verklaard:

"Beoordeling

Het dossier bevat geen medisch-tandheelkundige informatie. Het dossier bevat slechts een nota van een orthodontist, waaruit opgemaakt kan worden dat bij een 8-jarige persoon uitneembare apparatuur is geplaatst. Op basis van alleen deze informatie kan het Zorginstituut niet beoordelen of de aanvraag al dan niet terecht afgewezen is.

Nader onderzoek:

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande."

- 3.6. Bij brief van 2 november 2021 heeft het Zorginstituut bij wijze van definitief advies het volgende verklaard:

"Het gaat niet om de vraag of orthodontische behandeling is geïndiceerd, maar of voldaan wordt aan de criteria voor bijzondere orthodontische hulp krachtens de zorgverzekering. Daartoe moet sprake zijn van een zeer ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Bedoeld wordt dat het moet gaan om schisis of een in ernst met schisis vergelijkbare aandoening. Uit de nagezonden informatie blijkt niet dat daarvan sprake is bij verzekerde. Verweerder heeft de aanvraag terecht afgewezen."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de orthodontische behandeling ten behoeve van verzekerde volledig, dan wel tot een bedrag van € 2.500,- respectievelijk € 1.000,- te vergoeden.

 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

 6. Beoordeling

 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over bijzondere tandheelkunde zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

 6.2. Verzoekster heeft in de loop van de procedure een aantal uiteenlopende standpunten ingenomen. In eerste instantie heeft zij aangevoerd dat de beugel noodzakelijk was vanwege de klachten van verzekerde, en dat deze noodzaak werd onderschreven door de kaakchirurg. Deze vertelde haar ook dat de kosten van de beugel ten laste van de verzekering zouden komen. Verzoekster heeft aangetekend niet zelf in staat te zijn deze kosten te dragen. Vervolgens heeft verzoekster gesteld dat zij met ingang van 2021 expliciet heeft gekozen voor de aanvullende ziektekostenverzekering en dat de wachttijd van een jaar in dit geval niet geldt, omdat sprake is van een doorlopende verzekering bij de ziektekostenverzekeraar. Verder heeft zij naar voren gebracht dat voor de orthodontische behandeling een 100% vergoeding geldt onderscheidenlijk een maximum van € 2.500,- en niet van € 1.000,-, en dat de ziektekostenverzekeraar dit tussentijds op de site heeft aangepast. Uiteindelijk heeft verzoekster betoogd dat de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering nietig dan wel vernietigbaar zijn. In dit verband heeft zij in de eerste plaats aangevoerd dat zij vanaf 2016 - toen sprake was van een andere verzekering - nog € 1.000,- te besteden had voor orthodontiekosten, waarbij zij heeft verwezen naar 'MijnVGZ'. Verder verklaart verzoekster dat de gunstiger algemene voorwaarden dienen voor te gaan op de bijzondere algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Die laatste zijn haar bovendien niet op de juiste wijze ter hand gesteld. Voorts zijn de betreffende algemene voorwaarden in strijd met het consumenten- en het verzekeringsrecht en ook om die reden onredelijk bezwarend. Tevens is er strijd met de zogenoemde 'zwarte' en 'grijze' lijst van artikel 6:236 respectievelijk 6:237 BW. Daarnaast zijn de algemene voorwaarden onredelijk bezwarend omdat verzoekster niet bekend was met de gehanteerde wachttijd. Verzoekster beroept zich verder op de contra-proferentem regel van artikel 6:238 BW. Ook is volgens haar niet voldaan aan de eis van conformiteit. Verzoekster concludeert dat de overeenkomst van meet af aan nietig was dan wel doet zij een beroep op de vernietigbaarheid. In beide gevallen is volgens haar geen geldige overeenkomst tot stand gekomen.

Ter zitting heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in 2019 ten onrechte haar aanvullende verzekering VGZ Den Haagpakket heeft beëindigd. Het liefste zou zij die verzekering terug willen, maar om onduidelijke redenen heeft zij toen een VGZ UC TandZeker 250 pakket gekregen.

 6.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar is niet voldaan aan de voorwaarden voor orthodontische zorg in bijzondere gevallen. Met name is geen sprake van een ernstige afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, vergelijkbaar met schisis. Daarnaast betreft het geen gecombineerde behandeling waarbij een kaakchirurg is betrokken; er vindt uitsluitend een behandeling met orthodontische apparatuur plaats. Hoewel het bestaan van een behandelindicatie niet wordt bestreden, is er geen verzekeringsindicatie conform de voorwaarden van de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering is aangegaan met ingang van 2021 en voor de onderhavige zorg geldt hierbij een wachttijd van een jaar. De vergoeding voor orthodontie bedraagt

maximaal € 1.000,-. Het door verzoekster aangehaalde maximum van € 2.500,- betreft de aanvullende verzekering Tand Best, en deze is niet ten behoeve van verzekerde afgesloten. De vermelding op de site ziet op deze verzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster aangeboden de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2021 te beëindigen. Tot op heden is verzoekster niet op dit aanbod ingegaan.

Voor zover verzoekster stelt dat haar aanvullende verzekering VGZ Den Haagpakket ten onrechte is beëindigd, geldt dat zij eind 2019 zelf een ander verzekeringspakket (UC TandZeker 250 en UC Tand Ongevallen) heeft aangevraagd. Een en ander is ook aan verzoekster bevestigd door middel van het toesturen van een polisblad.

Zorgverzekering

- 6.4. De commissie overweegt dat in artikel 32.1 van de zorgverzekering de aanspraak op orthodontie is opgenomen. Genoemd artikel is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. Een orthodontische behandeling komt volgens artikel 32.1 van de zorgverzekering voor verstrekking in aanmerking. Voorwaarde hierbij is dat bij betrokkene een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel aanwezig is én dat sprake is van medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige.

In de situatie van verzekerde bestaat geen ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Daarnaast is niet gebleken van medediagnostiek of medebehandeling door een ander dan de tandarts. Dit leidt tot de conclusie dat geen aanspraak bestaat op de orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.5. Met ingang van 1 januari 2021 is ten behoeve van verzekerde de aanvullende ziektekostenverzekering - UC TandZeker 500 - afgesloten. Deze kent, op grond van artikel 45, voor orthodontische zorg (beugel) dekking op basis van 80% van de kosten met een maximum van € 1.000,- gedurende de gehele looptijd van de verzekering. Onder het kopje 'Let op' is vermeld dat voor orthodontie een wachttijd geldt van twaalf maanden, te rekenen vanaf de ingangsdatum van de verzekering. Ook in artikel 6.2.1 is deze wachttijd voor onder andere orthodontie benoemd. De commissie stelt vast dat de aanvullende ziektekostenverzekering ten behoeve van verzekerde is ingegaan op 1 januari 2021. Ten tijde dat de in het geding zijnde kosten werden gemaakt, was voornoemde wachttijd nog niet verstreken. Hieruit volgt dat geen aanspraak bestaat op vergoeding. Dat op 'MijnVGZ' een bedrag is vermeld, kan niet leiden tot een andere uitkomst. De aanvullende ziektekostenverzekering kent bepaalde vergoedingen per jaar of gedurende de gehele looptijd van de verzekering. De vermelding in 'MijnVGZ' geeft niet meer dan het verloop van die vergoedingen weer. In dit geval is de maximale dekking € 1.000,- gedurende de gehele looptijd van de verzekering en hiervan resteert blijkbaar nog € 959,84.

- 6.6. In een ongedateerde brief aan de commissie, waarin verzoekster haar verzoek onderbouwt, concludeert zij - waar het gaat om de aanvullende ziektekostenverzekering - in onderdeel 12 dat sprake is van een nietige overeenkomst dan wel een overeenkomst die vernietigbaar is. Volgens haar is in beide gevallen geen verzekeringsovereenkomst tot stand gekomen. Ter zitting heeft verzoekster hieraan toegevoegd dat de ziektekostenverzekeraar eind 2019 "ten onrechte de aanvullende verzekering VGZ Den Haagpakket heeft beëindigd en haar het UC TandZeker 250 heeft gegeven". Met betrekking tot deze laatste stelling geldt dat de ziektekostenverzekeraar na afloop van de hoorzitting stukken heeft overgelegd waaruit blijkt dat verzoekster eind 2019 zelf de aanvullende verzekeringen UC TandZeker 250 en UC Tand Ongevallen heeft aangevraagd, mede ten behoeve van verzekerde. Na acceptatie is haar op 30 november 2019 een gewijzigd polisblad gestuurd. Op dit polisblad staat het door verzoekster genoemde VGZ Den Haagpakket niet meer vermeld. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster dit polisblad niet heeft ontvangen. Ook heeft zij naar aanleiding van de ontvangst geen contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De commissie gaat daarom ervan uit dat verzoekster, tezamen met verzekerde, met ingang van 2020 verzekerd wilde zijn op basis van de aanvullende verzekeringen UC TandZeker 250 en UC Tand Ongevallen.

 6.7. De aanvullende verzekering UC TandZeker 250 is met ingang van 2021 vervangen door de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierover zijn partijen niet verdeeld.
De commissie begrijpt dat verzoekster meent dat met het beëindigen van laatstgenoemde verzekering op verzekerde wederom andere, gunstiger voorwaarden van toepassing worden. Dit is echter niet het geval. Eerder genoemde aanvullende verzekering VGZ Den Haagpakket werd per 31 december 2019 beëindigd en de verzekering UC TandZeker 250 per 31 december 2020. Aan deze beide verzekeringen kunnen sindsdien geen rechten meer worden ontleend.

 6.8. Desalniettemin heeft verzoekster volhard in haar eis dat zij de aanvullende ziektekostenverzekering (UC TandZeker 500) met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum - 1 januari 2021 - beëindigd wenst te zien, met restitutie door de ziektekostenverzekeraar van de ter zake betaalde premie. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting (nogmaals) te kennen gegeven bereid te zijn hieraan zijn medewerking te verlenen en tot restitutie te zullen overgaan (onder verrekening van eventuele zorgkosten die ten laste van deze verzekering zijn vergoed). Nu dit overeenkomt met de kennelijke wens van verzoekster, kan verder onbesproken blijven of de grondslag nietigheid dan wel vernietigbaarheid is. In beide gevallen is de consequentie immers dat hetgeen over en weer is gepresteerd ongedaan gemaakt moet worden. Alles dat door verzoekster is aangevoerd met betrekking tot de grijze en de zwarte lijst, de contra-proferentemregel en de conformiteit behoeft thans geen bespreking meer, aangezien de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum wordt beëindigd zodat aan de inhoud van die overeenkomst niet meer wordt toegekomen.

 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

 7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 17 november 2021,

 A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

VERVOER

Artikel 41. Vervoer bij orgaantransplantatie

Dit krijgt u vergoed

Taxivervoer of kosten van eigen vervoer tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u in behandeling bent voor een orgaantransplantatie. U krijgt deze vergoeding alleen als de kostenvergoeding voor dit vervoer niet onder de zorgverzekering valt. Het betreft de volgende zorg: pre-transplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. Voor de berekening van de afstand gaan we uit van de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
• taxivervoer: volledig; • vervoer per eigen auto: € 0,32 per kilometer	• taxivervoer: volledig; • vervoer per eigen auto: € 0,32 per kilometer	• taxivervoer: volledig; • vervoer per eigen auto: € 0,32 per kilometer

Hier kunt u terecht

Bij een door ons gecontracteerde vervoerder. Gaat u naar een vervoerder waarmee wij geen contract hebben? Dan krijgt u geen vergoeding. Een overzicht van de door ons gecontracteerde vervoerders vindt u op onze website.

Dit moet u zelf regelen

1. U heeft een voorschrift van een huisarts of medisch specialist nodig en
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruikmaken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website.

Let op

Het vervoer van de donor vergoeden we niet.

MONDZORG

Artikel 42. Eigen bijdrage kunstgebit

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrag voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:

- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknopen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

UC ZorgZeker 1	UC ZorgZeker 2	UC ZorgZeker 3
geen vergoeding	volledig	volledig

III. UC TandZeker 250, UC TandZeker 500

Artikel 43. Tandheelkundige zorg

U krijgt 1 budget dat u kunt inzetten voor de volgende tandheelkundige zorg:

- Periodieke controle en probleemgericht consult Artikel 43.1
- Algemene tandheelkundige zorg Artikel 43.2
- Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen Artikel 43.3

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

UC TandZeker 250	UC TandZeker 500
maximaal € 250 per kalenderjaar	maximaal € 500 per kalenderjaar

43.1. Periodieke controle en probleemgericht consult

Dit krijgt u vergoed

- De periodieke controle (C11)
- Het probleemgericht consult (C13)

UC TandZeker 250	UC TandZeker 500
100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is.	100% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

43.2. Algemene tandheelkundige zorg

Dit krijgt u vergoed

De kosten van tandheelkundige zorg. Hieronder vallen de volgende (be)handelingen:

- consulten en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

UC TandZeker 250	UC UC TandZeker 500
80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is.	80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed

- C84 (voorbereiding narcose)
- A20 (algehele narcose of sedatie)
- E97 en E98 (uitwendig bleken)

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Voor eenvoudige extractie en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

43.3. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvlesbehandelingen**Dit krijgt u vergoed**

- tandvlesbehandelingen (T-codes);
- kronen en bruggen (R-codes);
- implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes);
- gedeeltelijke protheses (P-codes).

UC TandZeker 250	UC TandZeker 500
80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is	80% vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts in het buitenland gaat.

Let op

Wachttijd kronen, bruggen, implantaten en gedeeltelijke protheses

Voor kronen, bruggen, implantaten en gedeeltelijke protheses geldt in de UC TandZeker 500 een wachttijd van 12 maanden.

Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor kronen, bruggen, implantaten en gedeeltelijke protheses. De wachttijd gaat in op de ingangsdatum van de aanvullende verzekering. Kijk voor meer informatie over de wachttijd op onze website.

Artikel 44. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar**Dit krijgt u vergoed**

De kosten van orthodontische zorg.

UC TandZeker 250	UC TandZeker 500
geen vergoeding	80% tot maximaal € 1.000 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts of orthodontist in het buitenland gaat.

Let op

Wachttijd orthodontie

Voor orthodontie geldt in de UC TandZeker 500 een wachttijd van 12 maanden. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor orthodontie. De wachttijd gaat in op de ingangsdatum van de aanvullende verzekering. Kijk voor meer informatie over de wachttijd op onze website.

Artikel 45. Eigen bijdrage kunstgebit

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:

- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknopen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

UC TandZeker 250	UC TandZeker 500
volledig	volledig

IV. UC Tand Ongevallen

Artikel 46. Tandheelkundige kosten door een ongeval

Dit krijgt u vergoed

De kosten van onvoorziene tandheelkundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed. Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering UC Tand Ongevallen. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval plaatsvindt. Tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

UC Tand Ongevallen

maximaal € 10.000 per ongeval

Wat krijgt u niet vergoed

De kosten:

- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- die niet onvoorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- van een behandeling in het buitenland;
- van orthodontische zorg.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Dit moet u zelf regelen

U heeft van tevoren onze toestemming nodig. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is. Bij deze aanvraag moeten minimaal de volgende gegevens zitten; een verslag van de spoedeisende hulp of (tand)arts waar u voor noodhulp bent geweest, röntgenfoto's van de schade aan uw gebit, kleurenfoto's van de tandheelkundige situatie vlak na het ongeval en een behandelplan met kostenbegroting. Als de adviserend tandarts het noodzakelijk acht, kan hij aanvullende informatie opvragen bij uw zorgverlener. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7 van deze voorwaarden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- (...)

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
 - (...)

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
(...)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
 - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
 - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese;
3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.
6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

1. De eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.
2. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, vijftientwintig procent van de kosten van die voorziening.

3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:
 - a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
 - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.

Artikel 31. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

Als u jonger bent dan 18 jaar, dan heeft u recht op zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. Controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); 1 keer per jaar. Als dit nodig is, dan heeft u meer keren per jaar recht op dit onderzoek
2. Incidenteel consult
3. Tandsteen verwijderen
4. Fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit: 2 keer per jaar. Als dit nodig is, dan heeft u meer keren per jaar recht op deze behandeling
5. Sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen)
6. Behandeling van het tandvlees (parodontale hulp)
7. Verdoving (anesthesie)
8. Wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp)
9. Vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen)
10. Behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp)
11. Volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen)
12. Chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten
13. Röntgenonderzoek. U heeft geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

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

Artikel 32. Bijzondere tandheelkunde

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

32.1. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Dit krijgt u vergoed

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

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

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

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

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

De zorg mag worden verleend in een:

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

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

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

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

- Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.
- U vindt deze centra op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

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

32.2. Tandheelkundige implantaten

Dit krijgt u vergoed

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

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

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak

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

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

De zorg mag worden verleend in een:

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

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

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde

2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:

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

U vindt deze centra op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

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

Artikel 33. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een kaakchirurg.

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, orthodontist, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 34. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u recht op een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten. Tot een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (de mesostructuur). U heeft ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- 10% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de onderkaak
- 8% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de bovenkaak
- 25% van de kosten voor een normale gebitsprothese
- 10% van de kosten voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

Uw eigen bijdrage is 17% van de kosten voor het tegelijk maken van een normale gebitsprothese op de ene kaak en een implantaatgedragen prothese op de andere kaak (code J50).

Eigen bijdrage gebitsprothese

U heeft recht op een gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt hiervoor een eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor de kosten van het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (mesostructuur). Een mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem). De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering heeft. Naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft, zie artikel 32.2.

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, tandarts-implantoloog of tandprotheticus.

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:
 - a. Als de totale kosten (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:
 - € 600 voor een boven- of onderkaak
 - € 1.200 voor een boven- en onderkaak samen
 - b. Als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen;
2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:
 - a. Een gebitsprothese op implantaten
 - b. Het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten
 - c. Een steg of drukknoop (mesostructuur)

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.