



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaat, ongeval

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202001951

Zittingsdatum : 12 mei 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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

tegen

1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 16 november 2020 heeft verzoekster per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 maart 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 11 maart 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 8 april 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021009849) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 april 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 mei 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 19 mei 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 25 mei 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend**** en Aanvullend Tand*** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft op 25 december 2017 een skiongeval gehad waarbij zij op haar achterhoofd is gevallen. In eerste instantie leek verzoekster hiervan geen letsel te hebben opgelopen, maar na ongeveer een half jaar kreeg zij toch klachten (een ontsteking in haar mond). Vervolgens heeft verzoekster bij de tandarts en de endodontoloog diverse behandelingen ondergaan, waaronder vier wortelkanaalbehandelingen. Omdat de klachten niet verminderden, is door de kaakchirurg een wortelpuntbehandeling uitgevoerd. Hierbij is gebleken dat het kraakbeen ter plaatse was opgelost en dat een van de voortanden een barst vertoonde. Voor verdere behandelingen is verzoekster doorverwezen naar een implantoloog, die een implantaatbehandeling voorstelde. Hierop is namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van de kosten van het aanbrengen van een implantaat met daarop een kroon.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brieven van 28 november 2019, 3 december 2019, 4 december 2019 en 12 december 2019 meegedeeld dat de kosten voor het aanbrengen van een implantaat met daarop een kroon niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 20 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. Op 8 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

“Voor de goede orde: het gaat hier niet om de zorginhoudelijke indicatie voor de behandeling waarvoor verzoekster vergoeding wenst. Het gaat erom of deze behandeling valt onder de te verzekeren prestatie krachtens de Zvw. Verzoekster is een volwassen verzekerde. Tandheelkundige hulp voor volwassen verzekerden maakt geen deel uit van basisverzekering. Dit kan slechts anders zijn bij een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Daartoe moet sprake zijn van een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel, en de bijzondere tandheelkundige hulp moet dienen ter compensatie van deze aandoening. In concreto moet hierbij worden gedacht aan schisis of een in ernst met schisis vergelijkbare aandoening, zoals een ernstig dento-alveolair defect, waarbij naast gebitselementen een substantieel stuk bot uit de kaakwal is verdwenen. In het geval van verzoekster is daarvan geen sprake. Verzoekster voldoet niet aan de indicatiecriteria voor bijzondere tandheelkundige hulp. Verweerder heeft de aanvraag op de juiste gronden afgewezen.”

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de implantaatbehandeling te vergoeden ten, ten laste van de zorgverzekering.

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 A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel B.13 van de voorwaarden, aanspraak op tandheelkundige zorg, waaronder het aanbrengen van een implantaat, indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Dit artikel is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. Uit laatstgenoemd artikel volgt dat een indicatie tot bijzondere tandheelkunde slechts kan voorkomen in drie gevallen:

a) bij een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel;

b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad;
c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad.
In de situatie van verzoekster zijn de onder b en c vermelde indicaties niet aan de orde.

6.3. Bij de indicatie, genoemd in artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv, gaat het om een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel, zoals schisis of een in ernst met schisis vergelijkbare aandoening. Daarnaast geldt dat de betreffende aandoening moet leiden tot verlies van de tandheelkundige functie. In dit verband zou met name kunnen worden gedacht aan een dento-alveolair defect.
Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat twee naast elkaar liggende elementen moeten worden verwijderd, en dat op het aan te brengen implantaat een vervangende constructie zal worden geplaatst. De commissie oordeelt dat gesteld noch gebleken is dat het kaakbot ter plaatse zodanig is aangetast dat een dento-alveolair defect aan de orde is, zoals ook het Zorginstituut in zijn advies concludeert. Van een andere, in ernst met schisis vergelijkbare aandoening, is daarnaast niet gebleken. Een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde ontbreekt derhalve.

6.4. Op basis van artikel B.11 van de voorwaarden van de zorgverzekering is voorts een (verzekerings)indicatie voor implantaten aanwezig in geval van een ernstig geslonken tandeloze kaak waarbij het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese. Deze situatie doet zich bij verzoekster niet voor. Het betreft immers de vervanging van slechts twee elementen.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.5. Op grond van de voorwaarden van de aanvullende verzekering Aanvullend Tand*** bestaat aanspraak op 100% vergoeding van de kosten als het gaat om A-codes, C-codes, de codes T21 en T22, V-codes, X-codes en H-codes. Bij alle andere codes geldt een vergoeding van 75%. De maximale vergoeding bedraagt € 1.000,- per persoon per kalenderjaar. Over deze vergoeding zijn partijen niet verdeeld.

6.6. Op grond van artikel D.17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend**** bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval. De voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen zijn:
(i) de behandeling moet zijn gericht op het directe letsel als gevolg van het ongeval,
(ii) de behandeling vindt plaats binnen één jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, omdat het gebit niet volgroeid is, en
(iii) voorafgaand aan de behandeling is de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd.
De beoordeling of de voorgestelde behandeling doelmatig en rechtmatig is wordt gedaan door de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar.

6.7. Verzoekster stelt zich op het standpunt dat de aangevraagde implantaatbehandeling het gevolg is van het skiongeval in 2017. Pas na het uitvoeren van verschillende wortelkanaalbehandelingen is ontdekt dat schade was ontstaan aan de wortel. Een door verzoekster ingeschakeld medisch adviesbureau heeft hierover verklaard dat wortelfracturen zeer lastig te diagnosticeren zijn. Dit maakt dat het (vrijwel) onmogelijk was geweest om binnen een jaar vast te stellen dat sprake was van een wortelfractuur door het ongeval. Het behandeltraject zoals dat is uitgevoerd moest doorlopen worden om erachter te komen dat adequate wortelkanaalbehandelingen de symptomen niet konden verhelpen. Derhalve werd pas in een laat stadium, in ieder geval veel later dan een jaar na het ongeval, duidelijk dat sprake was van een wortelfractuur. Een dergelijke fractuur, bij een overigens gaaf element, kan volgens de adviseur niet anders dan zijn ontstaan door een forse kracht op een element, zoals deze bijvoorbeeld kan optreden als de kaken/gebitselementen op elkaar klappen bij een ongeval. Dit brengt met zich dat het element uitsluitend als gevolg van het ongeval in 2017 verloren is gegaan.

6.8. De ziektekostenverzekeraar betwist het standpunt van verzoekster en voert aan dat aan alle drie, hierboven genoemde voorwaarden niet is voldaan. Zo heeft het ongeval in december 2017 plaatsgevonden en is hiervan eerst op 21 november 2019 melding gemaakt. Daarnaast geldt dat op grond van artikel D.17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering tot één jaar na het ongeval aanspraak bestaat op vergoeding. Dit betekent in het geval van verzoekster dat alle behandelingen die ná 25 december 2018 plaatsvinden niet ten laste van dit artikel voor vergoeding in aanmerking komen. Enige uitzondering hierop is als de behandeling moet worden uitgesteld omdat het gebit nog niet volgroeid is. Dit laatste speelt bij verzoekster niet.

6.9. De commissie overweegt het volgende.
Als gezegd, bestaat op grond van artikel D.17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg die het *directe* gevolg is van een ongeval. In dat kader is in de voorwaarden opgenomen dat de behandeling moet plaatsvinden binnen één jaar na het ongeval.

Hoewel voorstelbaar is dat de wortelfractuur het gevolg is van het ongeval, en deze fractuur destijds niet kon worden gediagnosticeerd, waardoor de onderhavige behandeling niet binnen één jaar na het ongeval is aangevangen, bepaalt artikel D.17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering dat slechts in één met name genoemde situatie van deze termijn kan worden afgeweken. Deze situatie is dat uitstel van de behandeling noodzakelijk is omdat het gebit nog niet volgroeid is. Partijen zijn alleen deze specifieke uitzondering - die bij verzoekster niet aan de orde is - nadrukkelijk overeengekomen.

De commissie ziet ook overigens geen aanleiding tot afwijking. De bedoeling van partijen is duidelijk geweest alleen dekking overeen te komen voor zover de schade aan het gebit het directe gevolg is van een ongeval. Met het verstrijken der tijd wordt het oorzakelijk verband tussen de gebeurtenis en de schade moeilijker aantoonbaar en verwordt de eis van voorafgaande toestemming tot een formaliteit, waar deze juist was bedoeld om het oorzakelijk verband te kunnen bepalen. Dat een dergelijk verband niet zonder meer valt te leggen, blijkt ook uit de verklaring van de door verzoekster ingeschakelde adviseur, waarin deze stelt dat een fractuur zoals hier aan de orde *bijvoorbeeld* kan optreden als de kaken/gebitselementen op elkaar klappen bij een ongeval.

Uit het voorgaande volgt dat de ziektekostenverzekeraar een te respecteren belang heeft bij strikte toepassing van de termijn van één jaar, waarbinnen de behandeling moet zijn aangevangen (en dus ook de oorzaak van de schade aan het gebit - te weten een ongeval - is vastgesteld).

De redactie van het artikel, zoals tussen partijen overeengekomen, en het belang van de ziektekostenverzekeraar bij een strikte toepassing van de termijn in die gevallen welke niet onder de uitzondering (van het niet volgroeide gebit) vallen, maken dat het beroep op artikel 6:248 BW niet slaagt.

Een en ander leidt tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juni 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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, vijftwintig 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.

B.10 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) al dan niet op implantaten

U heeft recht op het laten maken en plaatsen van de volgende prothesen:

- a een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- b een uitneembare volledige immediaatprothese (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- c een uitneembare volledige noodprothese (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- d een uitneembare volledige vervangingsprothese (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- e een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- f een volledige prothese (klikgebit) op implantaten voor boven- en/of onderkaak en bevestigingsmaterialen, zoals drukknoppen en staven (wettelijke eigen bijdrage van 8% voor de bovenkaak en van 10% voor de onderkaak).

De eigen bijdrage voor een combinatie van een prothese op implantaten op de ene kaak en een niet implantaat-gedragen prothese op de andere kaak (code J50) is 17%.

Laat u een volledige prothese (a t/m f) repareren of rebasen? Dan geldt een wettelijke eigen bijdrage van 10%.

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op uitneembare volledige prothesen

- 1 Een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de behandeling uitvoeren.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of tandprotheticus u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.
- 3 Als de prothesen genoemd onder a, b, d en e binnen 5 jaar of een noodprothese (c) binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- 4 Laat u een volledige boven- of een volledige onderprothese maken en plaatsen? En zijn de techniek- en materiaalkosten hoger dan ons maximumbedrag? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- 5 Laat u een nieuwe volledige prothese (klikgebit) op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor boven- en/of onderkaak maken? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Dit is niet nodig voor de reparatie en rebasing van een uitneembare volledige prothese op implantaten die ouder is dan 5 jaar.
- 6 U heeft recht op reparaties aan een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak, uitneembare volledige immediaatprothese of uitneembare volledige vervangingsprothese door een tandtechnicus, als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in de prothese waarbij de delen van de prothese eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan de prothese.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen de volledige overkappingsprothese en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels).

B.11 Implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? En is er sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak? Dan heeft u recht op de tandheelkundige implantaten die nodig zijn ter bevestiging van een uitneembare volledige prothese (klikgebit).

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op implantaten

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg voor de behandeling? Dan moet uw tandarts of tandarts-implantoloog u hebben doorverwezen. De tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar een tandarts of tandarts-implantoloog.
- 3 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op! U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel B.13.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.12 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Heeft u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap? En kunt u zonder tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie houden of verwerven, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking? Dan heeft u recht op tandheelkundige zorg.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 3 U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.



- 4 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de zorg. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- 5 Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatoloog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.13 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op een tandheelkundige behandeling:

- a als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening;
- b als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening;
- c als u een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een angststandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist, tandprotheticus of huisarts u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.
- 3 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- 4 Narcose- of lachgasbehandelingen worden alleen vergoed als laatste middel in een angstreductietraject. De narcose- of lachgasbehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcose- en/of lachgasbehandelingen.
- 5 Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatoloog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Let op! U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel B.11.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Ogen en oren

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.14 Audiologisch centrum

14.1 Gehoorproblemen

Heeft u gehoorproblemen? Dan heeft u recht op zorg in een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- a onderzoek doet naar uw gehoorfunctie;
- b u adviseert over aan te schaffen gehoorapparatuur;
- c u voorlichting geeft over het gebruik van de apparatuur;
- d psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is.

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd audiologisch centrum

Let op! Wilt u zorg van een audiologisch centrum met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een audiologisch centrum dat wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel A.4.



D.16 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays, implantaten en autotransplantaten

Aan verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij alleen de kosten van kronen, bruggen, inlays, implantaten en autotransplantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
- 2 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- 3 Autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand) moet worden uitgevoerd door een multidisciplinair team autotransplantaten dat voldoet aan onze eisen qua deskundigheid. Kijk op onze website welke zorgverleners onderdeel uitmaken van dit team.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	100%
3 sterren	100%
4 sterren	100%

Let op! De kosten van orthodontie worden vergoed vanuit artikel D.14 van deze polisvoorwaarden.

D.17 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval

Wij vergoeden tandheelkundige zorg door een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- 2 Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts.
- 3 Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
- 4 Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.
- 5 Autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand) moet worden uitgevoerd door een multidisciplinair team autotransplantaten dat voldoet aan onze eisen qua deskundigheid. Kijk op onze website welke zorgverleners onderdeel uitmaken van dit team.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- a ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
- b grove schuld of opzet van de verzekerde;
- c het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
- d deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Aanvullend

Basis Plus Module	maximaal € 10.000,- per ongeval
1 ster	maximaal € 10.000,- per ongeval
2 sterren	maximaal € 10.000,- per ongeval
3 sterren	maximaal € 10.000,- per ongeval
4 sterren	maximaal € 10.000,- per ongeval

Ogen en oren

D.18 Brillen en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte en contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) samen per periode van 3 kalenderjaren. Het gaat hier om een periode van 3 kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december. De periode begint op 1 januari in het jaar van de eerste aanschaf.

Voorwaarde voor vergoeding

Een opticien of optiekbedrijf moet de brillen en/of contactlenzen aan u leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a (zonne)brillen en contactlenzen zonder sterkte;
- b prismab Brillen;
- c de wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen en/of lenzen die worden vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel B.4);
- d losse monturen en/of accessoires;
- e gekleurde contactlenzen.



G: Vergoedingen Aanvullend Tand 1, 2, 3, en 4 sterren

Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een Aanvullend Tand 1, 2, 3, of 4 sterren afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus.

Wat krijgt u vergoed?

Wij vergoeden 100% van de kosten van verdovingen (A-codes), consulten en controles (C-codes), tandvleesbehandelingen (codes T21 en T22), vullingen (V-codes), foto's (X-codes) en extracties (H-codes).

Vergoeding kosten overige behandelingen

Heeft u een Aanvullend Tand met 1, 2 of 3 sterren? Dan vergoeden wij de kosten van overige behandelingen voor maximaal 75%. Als u een Aanvullend Tand met 4 sterren heeft, is dit 100% met uitzondering van mondhygiëne (M-codes). Deze kosten vergoeden wij voor 75%.

Wat mag een mondhygiënist declareren?

U heeft recht op controles, röntgenfoto's, verdovingen, mondhygiëne, behandeling van tandvleesaandoeningen en kleine vullingen voor zover deze behoren tot het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist.

Wat mag een tandprotheticus declareren?

U heeft recht op het laten maken, repareren en opvullen van gedeeltelijke kunstgebitten (plaatjes of frames) voor zover deze behoren tot het deskundigheidsgebied van de tandprotheticus.

Wat mag een kaakchirurg declareren?

U heeft recht op parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken) door een kaakchirurg, als deze kosten niet worden vergoed vanuit uw basisverzekering (zie artikel B.9, B.11, B.12 en B.13).

Wat mag een tandtechnicus declareren?

U heeft recht op kleine reparaties aan een gedeeltelijk kunstgebit (plaatje of frame) door een tandtechnicus als er geen handelingen in de mond nodig zijn voor en zover deze behoren tot het deskundigheidsgebied van de tandtechnicus. Dit betreft het opnieuw vastzetten of vervangen van een tand of kies en het herstellen van een scheur in het gedeeltelijk kunstgebit. Zit er een breuk in uw gedeeltelijk kunstgebit? Dan moet de reparatie uitgevoerd worden door een tandarts en niet door een tandtechnicus. Bij een scheur is uw gedeeltelijk kunstgebit kapot, maar nog één geheel. Bij een breuk is uw gedeeltelijke kunstgebit in 2 of meer delen uiteengevallen.

Let op! Wij vergoeden alleen de kosten als de maximale vergoeding van de door u gekozen aanvullende tandheelkundige verzekering nog niet is bereikt.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen (C70, C75 en C76);
- b een afspraak die u niet bent nagekomen (C90);
- c een niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05);
- d een fluoridebehandeling (M40);
- e uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97, E98 en E00);
- f mandibulair repositieapparaat (MRA: een beugel tegen snurken) en de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- g orthodontie;
- h abonnementen;
- i volledige narcose en lachgas;
- j gecompliceerde extractie door de kaakchirurg, deze wordt uit de basisverzekering vergoed;
- k gedeeltelijk voltooid werk;
- l autotransplantaten (I39);
- m een therapeutische injectie met botox (G44).

Maximale vergoedingen

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket. Hieronder leest u de vergoedingen voor de verschillende pakketten.

Aanvullend Tand 1 ster

- Wij vergoeden A-codes, C-codes, de codes T21 en T22, V-codes, X-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar.

Aanvullend Tand 2 sterren

- Wij vergoeden A-codes, C-codes, de codes T21 en T22, V-codes, X-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar.

Aanvullend Tand 3 sterren

- Wij vergoeden A-codes, C-codes, de codes T21 en T22, V-codes, X-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar.

Aanvullend Tand 4 sterren

- Wij vergoeden M-codes voor 75%.
- Overige codes vergoeden wij voor 100%.
- De totale vergoeding is maximaal € 1.250,- per persoon per kalenderjaar.

