

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ groep U.A. te Tilburg
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, parodontitis, slokdarmklachten
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202200637
Zittingsdatum : 2 november 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 20 mei 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 juni 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 21 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 22 juli 2022 aan verzoekster gestuurd waarna zij hierop bij e-mailbericht van 26 juli 2022 heeft gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 22 juli 2022 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht een advies als bedoeld in artikel 114 Zvw uit te brengen. Bij e-mailbericht van 26 juli 2022 heeft het Zorginstituut de commissie gevraagd om meer (medische) informatie, meer in bijzonder de röntgenfoto's van de laatste 10 jaar, het bijbehorende patiëntendossier van zowel de tandarts als de huisarts, alsmede informatie over de gestelde diagnose, indicatie en behandeling door de tandarts-parodontoloog. Een kopie van het e-mailbericht van 26 juli 2022 is op 27 juli 2021 aan partijen gestuurd. De commissie heeft verzoekster in de begeleidende brief verzocht de door het Zorginstituut gevraagde informatie over te leggen. Bij e-mailberichten van 23 augustus 2022 en 12 september 2022 heeft verzoekster de commissie de nadere informatie doen toekomen. Kopieën hiervan zijn op 13 september 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, alsmede aan het Zorginstituut.
- 2.4. Het Zorginstituut heeft bij brief van 5 oktober 2022 (zaaknummer: 2022029837) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 12 oktober 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 november 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 8 november 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 5 oktober 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 9 november 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en meerdere aanvullende ziektekostenverzekeringen (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Naar aanleiding van een regulier consult bij de tandarts is verzoekster op 9 november 2021 doorverwezen naar een parodontoloog. Op 9 en 14 november 2021 onderging zij een behandeling in verband met parodontitis in diens praktijk. De kosten hiervan beliepen € 664,43.
- 3.3. Bij brief van 13 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat voornoemde kosten niet worden vergoed.
- 3.4. Bij brief van 24 januari 2022 heeft de waarnemend huisarts verklaard dat de behandeling van parodontitis medisch noodzakelijk was vanwege slokdarmklachten, en dat deze klachten zijn verdwenen nadat de behandeling door de parodontoloog had plaatsgevonden.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 1 februari 2022 om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Hoewel de ontvangst hiervan op 2 februari 2022 werd bevestigd, bleek het stuk nadien bij de ziektekostenverzekeraar te zijn zoekgeraakt. Verzoekster heeft hierover gebeld, waarna de ziektekostenverzekeraar haar bij brief van 28 maart 2022 meedeelde dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 5 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de parodontologische behandeling, ten bedrage van € 664,43, alsnog aan haar dient te vergoeden op grond van de zorgverzekering.
- 4.2. In dat verband stelt zij, onder verwijzing naar artikel B.12.1. van de verzekeringsvoorwaarden, aan alle criteria te voldoen. Zo was de behandeling noodzakelijk om het verlies van elementen tegen te gaan. Hiermee is bereikt dat de tandheelkundige functie behouden bleef. In dit kader verklaart verzoekster dat zij in december 2021 de foto's heeft gezien, waaruit de schade aan de wortels van de elementen bleek. Daarnaast was de behandeling nodig vanwege lichamelijke klachten, met name een aangedane, "rellende" slokdarm. Verzoekster licht toe dat de bacteriën uit haar mond zich door het lichaam verspreidden. Zij werd gezien door een internist, met het oog op de slokdarmklachten, en deze schreef haar Flucomazol 400 mg voor. Uit de bijsluiter blijkt de relatie met de orale conditie, aldus verzoekster. Zij meent dan ook dat de ziektekostenverzekeraar zich arrogant opstelt door op de stoel van de internist te gaan zitten en de parodontoloog te passeren.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar eerder ingenomen standpunt herhaald en is door haar benadrukt dat de parodontologische behandelingen zijn uitgevoerd om de elementen te behouden.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, onder verwijzing naar artikel B.12.1. van de verzekeringsvoorwaarden, dat een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde ontbreekt. Verzoekster heeft reumatoïde artritis. Daarnaast kampt zij al jaren met een slechte adem, tandvleesproblemen en een "rellende" slokdarm. De behandeling door de parodontoloog was in de eerste plaats nodig om het verlies van de wortels van de elementen tegen te gaan. Bij verzoekster is geen sprake van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Zoals blijkt uit de jurisprudentie van de commissie moet het hierbij gaan om een zeer ernstige afwijking, die tot een ernstige functiestoornis leidt, zoals oligodontie of schisis.
- Daarnaast was de behandeling, naar eigen zeggen verzoekster, noodzakelijk om de lichamelijke klachten door de aangetaste slokdarm te verhelpen. Wat dit tweede punt betreft, geldt dat naar het oordeel van de adviserend tandarts geen wetenschappelijke onderbouwing is dat de slokdarmklachten worden veroorzaakt door parodontale problemen. Verwezen wordt in dit kader naar het rapport Medpro Loos et al. van maart 2009, 'Bij welke medische aandoeningen leidt parodontale hulp tot meetbare gezondheidswinst?'. Volgens de ziektekostenverzekeraar ontbreekt het gesuggereerde causale verband tussen de behandeling en het verdwijnen van de lichamelijke klachten.
- Overigens staat de tandheelkundige noodzaak van de behandeling door de parodontoloog voor de ziektekostenverzekeraar niet ter discussie.
- 5.2. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunt herhaald. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 5 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:
- "De huidige stand van de wetenschap en praktijk laat zien dat er een associatie is tussen hart en vaatziekten en parodontitis en diabetes en parodontitis. Het gezamenlijk voorkomen van de aandoeningen berust voornamelijk op gezamenlijke oorzaken en pathogene factoren. Er zijn geen directe oorzakelijke verbanden tussen parodontitis en systemische ziekten (zoals reumatoïde artritis). In het geval van verzoekster dient beoordeeld te worden of de parodontitis de oorzaak is van de slokdarm klachten en er zodoende aanspraak op bijzondere tandheelkunde is. Voor parodontitis zijn er nooit oorzakelijke verbanden met slokdarm problemen gevonden. Er is derhalve geen sprake van een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp op grond van artikel 2.7 lid 1, sub b van het Bzv.*

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat verzoekster geen indicatie heeft voor de vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp. De parodontale behandeling komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp ten laste van de basisverzekering."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg, en meer specifiek bijzondere tandheelkunde, 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

- 8.2. Op grond van artikel B.12.1. van de zorgverzekering, welke bepaling is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv, bestaat een indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg in drie gevallen:
 - (a) als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft. Uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv volgt dat hierbij moet worden gedacht aan oligodontie, schisis en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.
 - (b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft én de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening. Hierbij kan worden gedacht aan een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke handicap, waardoor extra ondersteuning of zorg nodig is naast de reguliere tandheelkundige zorg. Dit is bijvoorbeeld aan de orde als iemand een ziekelijke angst heeft voor de tandarts of als iemand last heeft van epileptische aanvallen. Alleen de meerkosten van de tandheelkundige behandeling worden in deze situaties vergoed. Ook kan worden gedacht aan een niet-tandheelkundige aandoening, waarbij deze aandoening - of de behandeling hiervan - het gebit aantoonbaar heeft verslechterd en de tandheelkundige functie als gevolg hiervan niet kan worden behouden.
 - (c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening. Hierbij kan worden gedacht aan het ontstekingsvrij maken van de mond voorafgaand aan een behandeling, zoals een operatieve ingreep of een oncologische behandeling, omdat deze ingreep of behandeling anders minder kans van slagen heeft of de kans op ernstige complicaties anders onnodig groot is.
- 8.3. Gesteld noch gebleken is dat de onder (c) genoemde situatie bij verzoekster aan de orde is, zodat deze geen verdere bespreking behoeft.
 Door verzoekster is aangevoerd dat de behandeling door de parodontoloog noodzakelijk was om het verlies van de wortels van de elementen tegen te gaan. Hoewel de commissie de logica hiervan inziet en zij nota heeft genomen van de opmerking van verzoekster dat die in december 2021 - overigens niet in de onderhavige procedure overgelegde - röntgenfoto's heeft gezien waarop dit zichtbaar zou zijn, stelt zij vast dat van een dreigend verlies van elementen niet blijkt uit de aanvraag. Daarin wordt namelijk expliciet verwezen naar het bestaan van een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening, de situatie genoemd onder (b). Voor de commissie is de aanvraag leidend. Daarom zal op het gestelde onder (a) niet verder worden ingegaan.

- 8.4. Waar het de situatie onder (b) betreft heeft verzoekster aangevoerd dat zij bekend is met reumatoïde artritis. Daarnaast heeft zij last van een slechte adem, tandvleesproblemen en een "rellende" slokdarm. De uitgevoerde parodontale behandeling was volgens haar nodig om deze lichamelijke klachten op te lossen. De ziektekostenverzekeraar heeft voornoemde stelling van verzoekster gemotiveerd bestreden en aangevoerd dat geen causaal verband bestaat tussen de parodontale situatie bij verzoekster en de slokdarmklachten.
- Het Zorginstituut concludeert in het voorlopig advies van 5 oktober 2022 dat verzoekster geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp. Dit omdat er geen directe oorzakelijke verbanden bestaan tussen parodontitis en systemische ziekten zoals reumatoïde artritis. Ook voor parodontitis zijn er nooit oorzakelijke verbanden met slokdarm problemen gevonden. Gelet op deze conclusie adviseert het Zorginstituut de commissie tot afwijzing van het verzoek. De commissie ziet in hetgeen door verzoekster in de procedure naar voren is gebracht geen aanleiding van deze conclusie af te wijken en neemt het advies over. Dit betekent dat bij verzoekster geen (verzekerings)indicatie bestaat voor bijzondere tandheelkundige zorg, en dat de door haar gemaakte kosten van de behandeling door de parodontoloog niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen.

Slotsom

- 8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 november 2022,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

noodzaak bestaat;

- U hebt voor dezelfde indicatie zonder dat sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie, niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek in combinatie met het zorgprogramma Gecombineerde Leefstijl Interventie (zie artikel B.3.4.).
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij ketenzorg gaat de declaratie via de hoofdaannemer in de vorm van één integraal tarief. In dat geval geldt de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg.

Als het om ketenzorg gaat, wordt de zorg geleverd door een diëtist die:

- is aangesloten bij, of gecontracteerd door een hoofdaannemer;
- is aangesloten bij een gecontracteerde hoofdaannemer als sprake is van astma.

Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

B.12. Mondzorg voor alle leeftijden

B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat mondzorg in bijzondere gevallen. Deze is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei-

stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt; en/of

- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en/of
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*) worden niet vergoed als mondzorg. Het betreft een hulpmiddel tegen snurken.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.2. implantaat

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden; en
- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt. Zie hiervoor artikel B.14.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.