

ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, consult niet zijnde periodieke controle, uitgebreid
consult parodontale nazorg

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, art. 3:37 BW, art.
150 Rv

Zaaknummer : 202102187

Zittingsdatum : 5 oktober 2022

1. Partijen

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

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 e-mailbericht en klachtenformulier van 9 juni 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 juli 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 28 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 augustus 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 30 augustus 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022030973) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 1 september 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. 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 5 oktober 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. Verzoekster heeft bij e-mailbericht 23 oktober 2022 op de aantekeningen gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld (i) een kopie van de uitkeringsspecificatie van de verrekening van de declaraties met het eigen risico over te leggen, en (ii) duidelijkheid te verschaffen of de gevraagde verklaring specifiek moet komen van een tandarts of dat deze ook mag worden gegeven door een mondhygiënist. Bij brief van 7 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie hiervan is op 11 oktober 2022 aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 23 oktober 2022 heeft verzoekster gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting alsmede kopieën van de reacties van 7 en 23 oktober 2022 zijn op 3 november 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 augustus 2022 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht de volgende vraag te beantwoorden:

"Kunt u toelichten wat, gelet op de overgelegde informatie uit 2015 en de onderliggende problematiek (situatie zal niet verbeteren) de toegevoegde waarde is van een onderbouwde aanvraag?"

Bij brief van 15 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 november 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 6 december 2022 heeft verzoekster gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Van de ziektekostenverzekeraar is geen nadere reactie ontvangen.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering 50+ (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is geboren met een afwijking aan de onderkaak. Boven- en onderkaak waren met elkaar vergroeid. Op 4-jarige leeftijd zijn de beide delen los gemaakt en is een kogelscharnier aangebracht. In 1974 volgde een ingrijpende operatie, waarbij een onderkaak is gereconstrueerd uit een rib van verzoekster. Een volgende operatie vond plaats in 1978. Vanuit het UMCU werd verzoekster in 2015 geadviseerd iedere drie maanden een uitgebreide gebitsreiniging te laten plaatsvinden. Vanaf 2019 ontvangt verzoekster akkoordverklaringen van de ziektekostenverzekeraar voor een consult niet zijnde periodieke controle (1 x C003) en voor een uitgebreid consult parodontale nazorg (3 x T043).
- 3.3. Bij brief van 11 mei 2020 werd aan verzoekster meegedeeld dat zij een akkoordverklaring kreeg voor 3 x T043. De vergoeding zou worden verrekend met een eventueel nog openstaand eigen risico. Naar aanleiding van de ingediende nota's deelde de ziektekostenverzekeraar verzoekster bij brief van 26 november 2021 mee dat geen vergoeding werd verleend. Verzoekster heeft zich op 30 november 2021 hierover beklagd. Bij brief van 2 december 2021 reageerde de ziektekostenverzekeraar hierop met de mededeling dat de tandarts geen voorloopcode had vermeld en dat de drie met code T043 gedeclareerde behandelingen alsnog zouden worden vergoed. Verzoekster had zich inmiddels gewend tot de SKGZ. In reactie op vragen vanuit de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaarde de ziektekostenverzekeraar dat zijn adviserend tandarts een herbeoordeling van de indicatie voor bijzondere tandheelkunde gewenst achtte. Verzoekster zou hiertoe een gemotiveerde aanvraag van de tandarts moeten insturen. De toestemming voor de zorg met de codes C003 en T043 zou in afwachting hiervan niet meer automatisch worden verlengd.
- 3.4. Bij brief van 3 maart 2022 deelde de ziektekostenverzekeraar verzoekster mee dat zij een akkoordverklaring kreeg voor 1 x C003 en 3 x T043. De rekening ter zake, van 17 maart 2022, werd door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, die deze bij brief van 24 maart 2022 afwees.
- 3.5. Bij brief van 30 augustus 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 15 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de zorg met de codes C003 en T043 zonder meer te vergoeden.
- 4.2. In dat verband stelt zij dat bij haar sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, en dat zij om die reden valt onder de regeling voor bijzondere tandheelkunde. Ter onderbouwing van haar stelling verwijst zij naar haar behandelhistorie. Zoals blijkt uit een brief van 25 juli 2014 van het UMCU gaat het om een complexe casus. Verzoekster licht toe dat de behandelingen door de tandarts en de mondhygiëniste inspannend zijn en veel geduld vragen door de beperkte ruimte in de mond. Uit de stukken komt verder naar voren dat de tandarts en het UMCU zich zorgen maken over de stabiliteit van de dentitie (het gebit). Het advies driemaal per jaar een uitgebreide gebitsreiniging te laten uitvoeren was ook afkomstig van het UMCU. Verzoekster heeft zich hieraan gehouden. Ter beperking van de reistijd en de reiskosten is gekozen voor een zorgaanbieder in de woonplaats.
Zoals uit de diverse verklaringen van zorgaanbieders blijkt, verzorgt verzoekster haar gebit goed.
- 4.3. Verzoekster tekent aan dat er in 2019 telefonisch contact is geweest met de ziektekostenverzekeraar en dat bij die gelegenheid, nadat door de medewerkster intern navraag was gedaan, werd bevestigd dat een indicatie voor bijzondere tandheelkunde aanwezig is. Inmiddels geeft de ziektekostenverzekeraar echter verschillende signalen af en loopt alles door elkaar. Ook de toezegging dat de vergoeding zou worden afgeschreven van "de eigen bijdrage" werd niet nagekomen.
Verzoekster meent dat de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar zich er makkelijk van afmaakt. Deze tandarts weet niet wat zij in de afgelopen jaren heeft meegemaakt en kan zich niet inleven.
Volgens verzoekster werd haar eerder het advies gegeven maar een andere zorgverzekeraar te zoeken. Ook werd zij bij een bezoek aan een plaatselijk kantoor afgesnauwd en werd haar echtgenoot weggezet als een zeur.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat de voorgeschiedenis duidelijk laat zien dat bij haar sprake is van een geboortefwijking. Als de voorwaarden van de zorgverzekering worden bekeken, staat daarin duidelijk vermeld dat in geval van een geboortefwijking aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg. Ook na verschillende telefonische contacten, waarin verzoekster werd meegedeeld dat zou worden betaald, is echter geen vergoeding ontvangen. Ook niet voor de vier parodontale behandelingen. Verder voert verzoekster aan dat het belangrijk is dat zij minstens elke vier maanden een mondhygiënist bezoekt om haar gebit professioneel te laten reinigen, met name op de moeilijk bereikbare plaatsen in haar mond, en ervoor te zorgen dat de parodontitis niet toeneemt. Dit laatste wordt ook bevestigd door de mondhygiënist.
- 4.5. 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 heeft verklaard dat de nota van 17 maart 2022 terecht is afgewezen. Naar aanleiding van de gang van zaken rond de nota's uit 2021 heeft de adviserend tandarts gemeend dat een automatische verlenging niet vanzelfsprekend is, en dat het moment is bereikt voor een herbeoordeling van de situatie. Hierbij is de vraag of nog sprake is van een parodontale problematiek, ter behandeling waarvan de code T043 mag worden opgevoerd, dan wel dat

verzoekster over kan naar een regulier zorgtraject of reguliere gebitsreiniging waarvoor met M-codes wordt gedeclareerd. De kosten van reguliere tandheelkundige zorg zijn in beginsel voor rekening van de verzekerde. De adviserend tandarts wil daarom graag van de tandarts een goed onderbouwde aanvraag met betrekking tot de huidige problematiek ontvangen. Deze werd tot op heden niet aangeleverd. Bij brief van 3 maart 2022 werd dan ook per abuis een akkoordverklaring voor 1 x C003 en 3 x T043 afgegeven (voor de periode van 4 februari 2022 tot en met 3 februari 2023).

Voor de gang van zaken op het plaatselijke kantoor en de bejegening van verzoekster en haar echtgenoot biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan.

- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat bij elke nieuwe aanvraag moet worden bekeken of nog steeds aanspraak bestaat. Dit geldt ook als een verzekerde in het verleden altijd een machtiging heeft gekregen. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat een deel van de afgehandelde declaraties inderdaad niet aan verzoekster is uitbetaald. In plaats daarvan zijn de kosten verrekend met het nog openstaande verplicht eigen risico van verzoekster. Het betreft hier onder meer een nota van de mondhygiënist van maart 2022. Een en ander is bij uitkeringsbericht van 10 mei 2022 aan verzoekster meegedeeld. Tot slot geldt dat het niet voldoende is dat een mondhygiënist een verklaring omtrent de huidige problematiek afgeeft. Een dergelijke verklaring moet afkomstig zijn van een tandarts.
- 5.3. 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 30 augustus 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Krachtens het maatmanbeginsel gaat de aanspraak op bijzondere tandheelkundige hulp niet verder dan het compenseren van de onderliggende aandoening tot het niveau van de orale functie die aanwezig zou zijn geweest zonder die aandoening. Het maatmanbeginsel brengt met zich mee dat een verzekerde die eens een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp heeft verworven, niet vanzelfsprekend levenslang deze indicatie houdt. Met betrekking tot de situatie van verzoekster betekent dit dat verweerder het recht heeft om de aanspraak op de zorg opnieuw te beoordelen op basis van een nieuwe aanvraag. Zo kan worden vastgesteld wat op dit moment de problematiek is, en hoe dit gerelateerd is aan de zorg die verzoekster vergoed wil krijgen.

Het dossier bevat geen onderbouwde aanvraag voor een consult niet zijnde periodieke controle (1 x C003) en voor een uitgebreid consult parodontale nazorg (3 x T043). Het is in eerste instantie aan verweerder om te beoordelen of een verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding van zorg. Verweerder heeft hierover nog geen beslissing genomen. Het Zorginstituut kan daarom geen advies geven in dit geschil.

Het advies

Het Zorginstituut kan geen advies uitbrengen in dit geschil."

- 6.2. In het definitief advies van 15 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

(...)

De toegevoegde waarde van een onderbouwde aanvraag kan als volgt zijn. Niet in alle gevallen is de oorspronkelijke onderbouwing nog van toepassing, bijvoorbeeld als de onderliggende

problematiek (parodontitis in dit geval) te ernstig is geworden en elementen niet meer te behouden zijn, is het niet zinvol meer om extra zorg te leveren met als doel behoud dentitie."

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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over mondzorg en meer specifiek bijzondere tandheelkunde alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en het Wetboek van Burgerlijke rechtsvordering (Rv) 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. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel B.12.1. van de voorwaarden, aanspraak op tandheelkundige zorg, indien sprake is van een verzekeringsindicatie voor bijzondere tandheelkunde. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. Uit laatstgenoemd artikel volgt dat een indicatie tot bijzondere tandheelkunde slechts kan voorkomen in drie gevallen:
 - 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.
 In de situatie van verzoekster zijn de onder b en c vermelde indicaties niet aan de orde.
- 8.3. 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 het verlies van de tandheelkundige functie.
Het staat vast dat in het geval van verzoekster aan voornoemde voorwaarden werd voldaan. Haar aandoening was in ernst vergelijkbaar met schisis en er was sprake van verlies van de tandheelkundige functie. Nadat de diverse operaties waren uitgevoerd, ontstond echter een nieuwe situatie. Hierbij merkt de commissie op dat de aanspraak op bijzondere tandheelkunde slechts zover reikt dat de verzekerde in dezelfde positie wordt gebracht als iemand die de desbetreffende aandoening niet heeft. Dit wordt het zogenoemde maatmanbeginsel genoemd. De commissie begrijpt de stelling van de ziektekostenverzekeraar aldus dat voor hem niet vast staat dat de parodontale problematiek, in verband waarmee verzoekster wordt behandeld, (nog) een relatie heeft met de oorspronkelijke indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Verzoekster is bij herhaling in de gelegenheid gesteld een onderbouwde aanvraag van de tandarts over te leggen waaruit die relatie blijkt, maar zij heeft in reactie hierop enkel verwezen naar stukken uit 2018 en het feit dat de mondhygiënist een verklaring heeft afgegeven. Aangezien zij aanspraak maakt op vergoeding van kosten ten laste van de zorgverzekering, is het aan verzoekster te onderbouwen

dat zij wat betreft de parodontale problematiek - nog steeds - aan de gestelde voorwaarden voldoet. Dit volgt uit artikel 150 Rv. De commissie stelt vast dat zij niet heeft voldaan aan de op haar rustende stelplicht en bewijslast, zodat de ziektekostenverzekeraar, gelet op de voorwaarden van de zorgverzekering, vergoeding mocht weigeren.

- 8.4. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel bij brief van 3 maart 2022 een akkoordverklaring gegeven voor 1 x C003 en 3 x T043, met einddatum 3 februari 2023. Dat dit per abuis is gebeurd betekent niet dat de ziektekostenverzekeraar hierop later, eenzijdig (i.e. zonder instemming van verzoekster), kan terugkomen. Artikel 3:37, vijfde lid, BW bepaalt immers dat intrekking van een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring, om haar werking te hebben, die persoon eerder dan of gelijktijdig met de ingetrokken verklaring moet bereiken. Hiervan is niet gebleken. De commissie heeft in dit verband goede nota genomen van het feit dat de nota van 17 maart 2022 (naar de commissie begrijpt voor de codes C003 en 1 x T043) werd verrekend met het nog openstaande eigen risico 2022 van verzoekster en derhalve niet hoeft te worden gecorrigeerd. Voor eventuele andere nota's met de code T043 die door verzoekster zijn of nog worden ingediend en die zien op een behandeling die plaatsvindt vóór 3 februari 2023 - met een maximum van twee - geldt dat de ziektekostenverzekeraar deze met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden dient te vergoeden.

Slotsom

- 8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. Bindend advies

- 9.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de zorg die wordt gedeclareerd met de codes C003 en T043 ten laste van de zorgverzekering;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar desalniettemin gehouden is om op basis van zijn akkoordverklaring van 3 maart 2022 eventuele nota's met de code T043 die door verzoekster zijn of worden ingediend en zien op een behandeling die plaatsvindt vóór 3 februari 2023 - met een maximum van twee - met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden te vergoeden;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 13 januari 2023,

H.A.J. Kroon

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

- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.
- 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.

Voorwaarden

Algemeen

De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een ergotherapeut verleent de zorg.

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, verpleegkundige (niveau 5), arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

Voorwaarden

Algemeen

De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een logopedist verleent de zorg.

Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener aan verzekerden vanaf 18 jaar.
- 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, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist, klinisch fysicus audioloog van het audiologisch centrum, of verpleegkundig specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is nodig als meer dan één behandeling op een dag nodig is.

Tarieven

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

B.10. Logopedie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat logopedie, die een geneeskundig doel heeft en tot verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen leidt. Deze zorg omvat ook de behandeling van stotteren.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - behandelingen met een onderwijskundig doel;
 - behandeling van een taalstoornis en/of articulatieprobleem in verband met dialect en anderstaligheid;
 - dyslexiezorg;
 - stottertherapie volgens de methode Del Ferro, B.O.M.A. of I.N.S. (zie daarvoor artikel D.5.).

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat diëtetiek met een geneeskundig doel:

- tot een maximum van 3 behandeluren per jaar, of
- 100% als de zorg wordt verleend in de vorm van ketenzorg. Dan moet sprake zijn van:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden van 18 jaar of ouder; of
 - Verhoogd Vasculair Risico (VRM); of
 - chronische longaandoening, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD); of
 - Astma.

Deze zorg wordt geleverd volgens de geldende zorgstandaarden voor deze aandoeningen. Zie hiervoor artikel A.17.3.

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale zorgverlening door meerdere zorgverleners die zijn aangesloten bij een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep of gezondheidscentrum). De zorgverleners werken als schakels in een keten met elkaar samen. De ketenzorg heeft de vorm van een totaal zorgprogramma, dat is afgestemd op uw situatie en omstandigheden.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (geldt in geval van niet-digitaal procederen)

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 37

1. Tenzij anders is bepaald, kunnen verklaringen, met inbegrip van mededelingen, in iedere vorm geschieden, en kunnen zij in een of meer gedragingen besloten liggen.
2. Indien bepaald is dat een verklaring schriftelijk moet worden gedaan, kan zij, voor zover uit de strekking van die bepaling niet anders volgt, ook bij exploit geschieden.
3. Een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring moet, om haar werking te hebben, die persoon hebben bereikt. Nochtans heeft ook een verklaring die hem tot wie zij was gericht, niet of niet tijdig heeft bereikt, haar werking, indien dit niet of niet tijdig bereiken het gevolg is van zijn eigen handeling, van de handeling van personen voor wie hij aansprakelijk is, of van andere omstandigheden die zijn persoon betreffen en rechtvaardigen dat hij het nadeel draagt.
4. Wanneer een door de afzender daartoe aangewezen persoon of middel een tot een ander gerichte verklaring onjuist heeft overgebracht, geldt het ter kennis van de ontvanger gekomene als de verklaring van de afzender, tenzij de gevolgde wijze van overbrenging door de ontvanger was bepaald.
5. Intrekking van een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring moet, om haar werking te hebben, die persoon eerder dan of gelijktijdig met de ingetrokken verklaring bereiken.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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.