

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401703

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 22 november 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 december 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 2 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 januari 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 4 februari 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025000095) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 5 februari 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Bij brief van 18 februari 2025 heeft verzoeker aanvullend een verklaring van de tandarts van 29 januari 2025 ingebracht, die op 28 februari 2025 in kopie aan de ziektekostenverzekeraar is gestuurd.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 april 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. Na de hoorzitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld een nadere reactie te geven. Bij brief van 14 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullende reactie gegeven, die bij brief van 15 april 2025 aan verzoeker is gezonden met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Verzoeker heeft – nadat hij uitstel heeft gevraagd en dit hem is verleend – bij e-mailbericht van 4 juni 2025 een aanvullende reactie gegeven. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 5 juni 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 4 februari 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 18 juni 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Tandengaat 500 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en OHRA Energiek. De aanvullende verzekering OHRA Energiek is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker is bekend met een ernstige depressie in combinatie met katatonie. Hij had sinds 2016 geen afspraak meer gemaakt bij de tandarts. In 2024 heeft hij zich gewend tot een MKA-chirurg, die namens hem op 9 maart 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag heeft ingediend voor twee implantaten met daarop te bevestigen kronen ter plaatse van de 15 en 36.
- 2.3. Bij brief van 21 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag van de MKA-chirurg is afgewezen.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 18 juni 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de door de MKA-chirurg aangevraagde behandeling met twee implantaten voorzien van kronen alsnog te vergoeden.
- 3.2. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) van 17 september 2024 aangevoerd dat hij vanaf 2016 geen afspraak heeft kunnen maken bij de tandarts als gevolg van een ernstige depressie in combinatie met katatonie. Dit wordt bevestigd in de verklaringen van de tandarts en de huisarts. Deze aandoening is te kwalificeren als een geestelijke aandoening zoals bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, sub b, van het Besluit zorgverzekering. Verzoeker is van mening dat een causaal verband bestaat tussen zijn geestelijke aandoening en de ontstane tandheelkundige problemen.
- 3.3. De behandelend tandarts heeft bij brief van 29 januari 2025, voor zover hier van belang, over verzoeker verklaard:
"[Verzoeker] heeft in de rechterboven kies een stiftand dit is een noodoplossing. Het gebit is verslechterd waardoor er geen andere oplossingen mogelijk zijn. Als meneer tijdig naar de tandarts was geweest was het allemaal niet zover gekomen. In 2016 was het nog niet nodig een kroon te plaatsen, maar wegens verzuimen tijdig naar de tandarts te gaan is het nu te laat en is er een implantaat nodig."
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij van mening is dat hij een indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige zorg op grond van artikel 2.7 onder b Bzv. Er is

een causaal verband tussen zijn ziekte en de staat van het gebit. Hij heeft dit aangetoond met verklaringen van de tandarts van verschillende data. Er hadden minder ingrijpende maatregelen kunnen worden getroffen als de aandoening zich niet had voorgedaan, zodat hij vaker naar de tandarts was gegaan. In 2016 was het nog niet nodig om implantaten te plaatsen. Inmiddels zijn er twee implantaten met kronen nodig; andere opties volstaan volgens de tandarts niet. Verzoeker is in zes jaar tijd nergens geweest. Hij is in die periode een heel kwetsbaar mens geweest. Hij was een zware last voor zijn omgeving en voor de maatschappij. Hij is geboren in 1958 toen Nederland uit de oorlogscrisis kwam en een welvarend land werd. Hij heeft hiervan veel voordeel gehad en heeft 58 jaar lang goed kunnen functioneren. Op 4 mei 2017 is hij met dodenherdenking ingestort. Hij heeft dit niet aan zien komen. Hij begreep niets van de omslag. Zijn gevoel deed het niet meer en hij kwam niet meer uit zijn woorden. Hij voelde zich extreem somber. Hij had zoiets nog nooit eerder meegemaakt. Hij kon helemaal niets en kende zichzelf niet meer. Er volgden al snel twee crisisopnames. Na vier jaar kwam hij op een wachtlijst voor chronisch patiënten. Daar is hij nooit gekomen, hij bleef maar op de wachtlijst. Na zes jaar zag hij het niet meer zitten en heeft hij een zelfmoordpoging gedaan. Dit heeft geleid tot de Intensive Care en een hele lange opname. Hij ging nog meer achteruit. Uiteindelijk is hij overgebracht naar een afdeling stemmingsstoornissen. Daar is hij rustiger geworden. Wel kreeg hij veel medicatie met bijwerkingen. Op enig moment in 2023 werd hij wakker en voelde hij zich niet meer somber. Hij is sindsdien niet meer teruggevallen. Hij is pas weer bij de mondhygiëniste geweest toen hij uit zijn depressie kwam in 2024. Hij heeft bezwaar tegen de beslissing die de verzekeraar heeft genomen. Hij heeft de huisarts gevraagd om een verklaring dat het niet goed met hem ging. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou er geen causaal verband zijn. Hij zou de implantaten echter echt niet nodig hebben gehad als hij niet in een depressie was geraakt. Verzoeker heeft nu tijdelijk een stifttand. Dit kon bij de ene kies nog wel, maar bij de andere niet meer.

- 3.5. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 4 juni 2025 aanvullend verklaard dat hij jegens de tandarts wel een gepaste houding heeft gehad. Dat hij gepast heeft gehandeld blijkt uit de schriftelijke e-mailwisseling die er is geweest. De tandarts gaf inderdaad, bij een bezoek voor een tandheelkundige behandeling begin 2024, aan dat verzoeker een nieuwe patiënt was en zij hem niet eerder had behandeld. Waarmee zij verklaarde dat zij zonder aanvullende informatie geen verklaring kon opstellen. Toen verzoeker verzocht bij de vorige tandartspraktijk het patiëntendossier op te vragen, en vroeg of de tandarts daar dan naar wilde kijken en op grond van het dossier en de foto's een diagnose te maken, draaide zij bij en wilde dat wel doen. Na ontvangst van het dossier heeft zij in goed overleg de brief van 4 juni 2024 vervolgens opgesteld. Verder is verzoeker van mening dat als de zorgverlener een dwingende houding bij de patiënt meent te zien, dat dan in eerste instantie een aspect is van het beroepsgeheim. In het gespreksverslag komt echter alleen de dwang van verzoeker naar voren, wat de oorzaak zou zijn geweest om twee keer een verklaring te geven, die de tandarts vervolgens in het gesprek met de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft ingetrokken. Samenvattend vindt verzoeker het verslag van het gesprek tussen de tandartsen misplaatst en doet dit geen recht aan de feiten van zijn bezwaren en integriteit. Ook het moment van het gesprek, voordat een toestemmingsformulier was getekend, betreurt verzoeker.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op de door de MKA-chirurg aangevraagde implantaten met hierop te bevestigen kronen. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 13 augustus 2024 aangevoerd dat de tandheelkundige situatie van verzoeker niet kan worden aangemerkt als een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Hierbij moet het gaan om een zeer ernstige afwijking die een ernstig functieprobleem veroorzaakt, zoals bijvoorbeeld oligodontie of een ernstig dento-alveolair defect na een trauma. Hiervan is bij verzoeker geen sprake.

- 4.2. Verder bestaat geen causaal verband tussen de depressie en de tandheelkundige problematiek. De aangevraagde zorg, bestaande uit het aanbrengen van twee implantaten met daarop te bevestigen kronen, vormt daarom geen aanspraak onder de bijzondere tandheelkunde. Deze zorg zou namelijk ook nodig zijn geweest als sprake was van achterstallig onderhoud van het gebit zonder de aanwezigheid van een depressie. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat hij mondzorg vanuit de zorgverzekering kan vergoeden als sprake is van een niet-tandheelkundige aandoening en de verzekerde zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, gelijkwaardig aan de functie die hij zou hebben gehad zonder de aandoening en behandeling. Het gaat hierbij om mensen met een medische aandoening waardoor de tandheelkundige zorg bemoeilijkt wordt of waarbij een tandheelkundige behandeling noodzakelijk is die zonder die medische aandoening niet nodig zou zijn geweest. Te denken valt aan mensen met een verstandelijke handicap, een extreme angst voor de tandarts, een extreme kokhalsneiging, een ernstige psychiatrische afwijking of een lichamelijke handicap. Bij deze mensen duurt de behandeling vaak langer dan normaal en deze extra tijd wordt dan vanuit de zorgverzekering vergoed. De zorg zelf blijft echter ook dan voor eigen rekening. In de situatie van verzoeker is niet gebleken dat vanwege de aandoening extra behandel tijd nodig is.
- 4.3. Tot slot is een vergoeding mogelijk indien de verzekerde een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft en hij zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, gelijkwaardig aan de functie die hij zou hebben gehad zonder deze aandoening en behandeling. Ook deze situatie is bij verzoeker niet aan de orde. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoeker aanspraak op vergoeding van de aangevraagde behandeling tot een bedrag van maximaal € 500,-- per kalenderjaar.
- 4.4. In zijn brief aan de commissie van 2 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat uit de aanvraag van 13 maart 2024 volgt dat deze is ingediend op verzoek van verzoeker. De vraag is dan ook of het aanbrengen van implantaten medisch noodzakelijk is dan wel dat het verworven functieprobleem ook kan worden verholpen door middel van andere, voorliggende voorzieningen. Dat geen causaal verband bestaat tussen de aandoening van verzoeker en de tandheelkundige problemen valt op te maken uit de OPT van 4 maart 2024, waarop een zwaar gerestaureerde dentitie zichtbaar is. Ook hieruit blijkt dat de tandheelkundige problematiek niet wordt veroorzaakt door de depressie met katatonie, maar doordat de elementen al ernstig waren verzwakt. In dat kader is het maatmanbeginsel aan de orde, waarbij schade die al vóór de aandoening aanwezig was, niet onder de aanspraak valt.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat in de aanvraag is verklaard dat bij verzoeker sprake is geweest van een depressie met katatonie. De vraag is of er een direct causaal verband bestaat tussen de depressie met katatonie en de noodzaak van de implantaten op de elementen 15 en 36. Er wordt een beroep gedaan op artikel 2.7 sub b Bzv. Het gaat immers bij verzoeker niet om een ontwikkelingsstoornis of groeistoornis (sub a) maar er zou bij hem sprake zijn van een geestelijke aandoening die eraan heeft bijgedragen dat geen goede tandheelkundige functie kan worden behouden of verworven. De vraag is dan of de depressie ervoor gezorgd heeft dat geen tandheelkundige functie kan worden behouden of verworven. Daar zijn geen aanknopingspunten voor. Een causaal verband wordt niet gezien. Het gaat bij een causaal verband om bijvoorbeeld tandenknarsen dat direct zorgt voor een slechter gebit. Overigens geldt dat als er wel een indicatie was geweest voor bijzondere tandheelkunde, dat nog niet wil zeggen dat iemand ook is aangewezen op de vergoeding van implantaten. Een indicatie moet navolgbaar zijn. In dit geval valt niet uit de overwegingen van de tandarts te halen waarom alternatieven niet mogelijk zijn. Deze reparatie kan vaak bijvoorbeeld ook met een brug of een kroon. Daarom kan de ziektekostenverzekeraar niet overgaan tot vergoeding. Als iemand zich terugtrekt en geen tandarts bezoekt, valt de situatie niet onder artikel 2.7 sub b Bzv. Er is sprake geweest van katatonie, maar dit leidt op zichzelf niet tot het verlies van bepaalde gebitselementen.

- 4.6. Bij brief van 14 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een verklaring van de tandheelkundig adviseur overgelegd. Deze luidt, voor zover hier van belang:

“Op 10-4-2025 heb ik gesproken met tandarts (...) naar aanleiding van bovenstaand dossier. De eerste opmerking die de tandarts maakte was, dat zij zich door [verzoeker] onder druk gezet heeft gevoeld om brieven te schrijven op zijn aanwijzingen over de inhoud. Zij geeft nu aan dat zij hier niet achter stond en heeft de houding van [verzoeker] als zeer dwingend ervaren. Zij vertelde dat zij [verzoeker] voor het eerst gezien heeft in januari 2024. Zij heeft hem gezegd dat zij geen uitspraak kon doen over een direct causaal verband tussen zijn ziekte en het verloren gaan van de twee elementen. Zij zegt dat zij aan meneer heeft aangegeven niet vast te kunnen stellen dat de elementen niet spontaan afgebroken zouden zijn als meneer wel een tandarts had kunnen bezoeken in de jaren tussen 2016 en 2024. Beide elementen waren voorzien van een endodontische behandeling (volgens het dossier van de vorige tandarts de 15 in 2011 en de 36 nog langer geleden) en zeer forse amalgaamvullingen. Alleen hierdoor waren de elementen al zwaar verzwakt en scheur- en breukgevoelig. In die periode (ruim voor 2016) waren er naar de mening van tandarts (...) en ook volgens de stand van wetenschap en praktijk, gezien de forse amalgaamvullingen en de aanwezige endodontische behandelingen, al kronen geïndiceerd om breuk te voorkomen. De 15 was zelfs al voorbereid voor een kroon door het plaatsen van een stift in het wortelkanaal. De rest van de dentitie vertoonde in 2024 verder geen ernstige problemen, ondanks de aanwezigheid van veel forse amalgaamvullingen. Er was alleen sprake van secundaire cariës in de 37. Andere elementen vertonen geen breuk of scheurtjes. Op mijn vraag of er ook nog andere opties waren om de ontstane diastemen op te vullen antwoordde zij dat er zeker nog andere opties zijn in de vorm van een flexprothese, frame of brugwerk.”.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 4 februari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

Bij verzoeker was sprake van depressie met katatonie. Deze aandoeningen zijn niet-tandheelkundige aandoeningen die aanleiding kunnen zijn voor een indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp krachtens artikel 2.7, lid 1, sub b, van het Bzv.

De tandarts geeft in de brief d.d. 5 juni 2024 aan dat verzoeker geen tandheelkundige afspraken heeft kunnen maken vanaf 2016. Volgens de tandarts is het gebit hierdoor ‘vermoedelijk’ zodanig achteruit gegaan dat twee gebitselementen zodanig zijn afgebroken dat twee implantaten nodig zijn ter vervanging van deze elementen. De huisarts geeft in de brief d.d. 7 juni 2024 aan dat verzoeker door een zware depressie sinds 2017 niet naar de tandarts is gegaan waardoor verzoeker volgens de huisarts nu tandheelkundige problemen heeft.

De tandarts heeft in de brief niet onderbouwd dat er een direct verband is tussen de depressie met katatonie en de tandheelkundige afwijking van verzoeker. De tandarts heeft enkel het vermoeden dat er een verband bestaat tussen het niet maken van tandheelkundige afspraken en het afbreken van twee elementen. Hiermee is niet aangetoond dat de depressie met katatonie geleid heeft tot het verslechteren van elementen 15 en 36. Verzoeker voldoet derhalve niet aan de indicatiecriteria voor bijzondere tandheelkundige hulp.

Voor de volledigheid merkt het Zorginstituut op dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet blijkt dat in geval van verzoeker sprake is van een ernstige groei- of ontwikkelingsstoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel zoals bedoeld in artikel 2.7, lid 1, sub a, van het Bzv. In geval van verzoeker is daarnaast geen sprake van een

medische behandeling die zonder de tandheelkundige behandeling aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben zoals bedoeld in artikel 2.7, lid 1, sub c, van het Bzv.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat er een direct verband bestaat tussen de depressie met katatonie en het verslechteren van element 15 en 36. Derhalve is bij verzoeker geen sprake van een (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van twee implantaten met daarop te bevestigen kronen ter plaatse van elementen 15 en 36 ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker heeft geen (verzekerings)indicatie voor twee implantaten met daarop te bevestigen kronen ter plaatse van elementen 15 en 36."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. 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

- 7.2. De aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg is geregeld in artikel B.12. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat deze zorg wordt vergoed in de volgende drie gevallen:
 - (a) als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
 - (b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening 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; of
 - (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.
 Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, eerste lid, Bzv.
- 7.3. De vraag is allereerst of bij verzoeker sprake is van een situatie als bedoeld onder (a). Hierbij geldt dat moet worden gedacht aan oligodontie, schisis of oncologiepatiënten met een gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Dit volgt uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv. Gesteld noch gebleken is dat een zodanig ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel bij verzoeker aan de orde is.
- 7.4. Vervolgens moet worden beoordeeld of bij verzoeker sprake is van een situatie als bedoeld onder

(b). Hierbij geldt dat moet worden gedacht aan een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke handicap, waardoor extra ondersteuning of zorg nodig is naast de reguliere tandheelkundige zorg. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat bij hem sprake is van een dergelijke aandoening in de vorm van een depressie met katatonie. De ziektekostenverzekeraar heeft bestreden dat er een causaal verband bestaat tussen deze aandoening en de tandheelkundige zorg. Het Zorginstituut overweegt in het advies van 4 februari 2025 dat het causaal verband tussen de niet-tandheelkundige aandoening in de vorm van een depressie met katatonie en het verlies van de elementen niet is aangetoond. De tandarts heeft enkel het vermoeden uitgesproken dat verzoeker door de aandoening sinds 2016 heeft afgezien van het tandartsbezoek, met verlies van de elementen tot gevolg. Geconcludeerd wordt dat verzoeker geen verzekeringsindicatie heeft voor het gevraagde. De commissie voegt hier aan toe dat door de ziektekostenverzekeraar in dit verband is verwezen naar de OPT van 4 maart 2024, waarop – zoals door hem onweersproken is gesteld, reeds een zwaar gerestaureerde dentitie zichtbaar is. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut over en stelt vast dat de situatie bedoeld onder (b) zich bij verzoeker niet voordoet.

- 7.5. Tot slot moet worden beoordeeld of bij verzoeker sprake is van een situatie als bedoeld onder (c). Hierbij moet bijvoorbeeld worden gedacht aan het ontstekingsvrij maken van de mond voorafgaand aan een behandeling, zoals een operatieve ingreep, omdat deze ingreep of behandeling anders minder kans van slagen heeft of de kans op ernstige complicaties anders onnodig groot is. Deze situatie speelt bij verzoeker niet.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de aangevraagde tandheelkundige behandeling tot een bedrag van maximaal € 500,-- per kalenderjaar. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juli 2025,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

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;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

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.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

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, 2.6, 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.

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 tandheeskundig 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 tandheeskundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheeskundige 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 tandheeskundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheeskundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheeskundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheeskundige 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 tandheeskundige 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 tandheeskundige 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 tandheeskundige 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.



Vergoedingen en voorwaarden 2024

Aanvullende verzekering

aanvullende verzekering OHRA Tandengaaf 500

Productnummer: 7700114

Geldig vanaf 01-01-2024 tot en met 31-12-2024

De vorige verzekeringsvoorwaarden zijn vervallen.

Inhoudsopgave

Mondzorg	3
Bijlage Begrippen	9
Bijlage Algemene Voorwaarden	15

Mondzorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Kroon, brug, inlay (R-code), gedeeltelijk kunstgebit, wettelijke eigen bijdrage kunstgebit, implantaat (P of J code), controle en overige mondzorg (artikel D.8.2. / D.8.3.a. / D.8.3.b. / D.8.3.c. / D.8.4.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Kroon, brug of inlay.
Dit is inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.
- Gedeeltelijk kunstgebit (uitneembare partiële gebitsprothese).
Plaat- of frameprothese inclusief bijbehorende materiaal- en techniekkosten.
- Volledig kunstgebit.
Het gaat hierbij om één van deze soorten kunstgebit zonder implantaten:
 - uitneembare volledige kunstgebit (conventionele gebitsprothese) voor boven- en/of onderkaak;
 - tijdelijke volledig kunstgebit;
 - uitneembare volledige vervangingsprothese;
 - uitneembare volledige overkappingsprothese op één of meerdere natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen) voor de boven- en/of onderkaak.
- Volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met kunstgebit op implantaten (klikgebit) voor de andere kaak.
Uitneembare volledige conventionele gebitsprothese samen met volledige overkappingsprothese op implantaten op de andere kaak. Deze kosten worden gedeclareerd met code J080. Hierbij hoort het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).
- Volledig kunstgebit op implantaten (klikgebit) in de bovenkaak.
Uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten in de bovenkaak. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).
- Volledig kunstgebit op implantaten (klikgebit) in de onderkaak.
Uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten in de onderkaak. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).
- Mesostructuur onder- of bovenkaak.
Deze hoort bij de combinatie van een kunstgebit voor de ene kaak samen met een kunstgebit op implantaten voor de andere kaak.
- Reparatie en opvullen (rebasen) van volledig kunstgebit (uitneembare volledige overkappingsprothese).
- Implantaat en suprastructuur.
Deze zorg omvat:
 - het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en
 - de suprastructuur (het kliksysteem) inclusief bijbehorende materiaal- en techniekkosten als deze niet uit de basisverzekering worden vergoed
- Overige mondzorg.
Mondzorg die niet valt onder kronen, bruggen, inlays, kunstgebit, implantaten en orthodontie.
- Periodieke controle.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van € 500,-, maximaal, per jaar voor kroon, brug, inlay (R-code), gedeeltelijk kunstgebit, wettelijke eigen bijdrage kunstgebit, implantaat (P of J code), controle en overige mondzorg, voor de zorg samen.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor kroon, brug of inlay (artikel D.8.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- De zorg wordt gedeclareerd met met prestatiecode R.
Dit is op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Tandarts.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor gedeeltelijk kunstgebit (uitneembare partiële gebitsprothese) (artikel D.8.3.a.)**Wat betaalt u zelf?**

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- De zorg wordt gedeclareerd met prestatiecode P.
Dit is op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts bij behandeling door een tandprotheticus als u nog eigen tanden en/of tandheelkundige implantaten heeft.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Tandarts.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Tandprotheticus.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor volledig kunstgebit (artikel D.8.3.b.), volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met kunstgebit op implantaten (klikgebit) voor de andere kaak (artikel D.8.3.b.), volledig kunstgebit op implantaten (klikgebit) in de bovenkaak (artikel D.8.3.b.), volledig kunstgebit op implantaten (klikgebit) in de onderkaak (artikel D.8.3.b.), mesostructuur onder- of bovenkaak (artikel D.8.3.b.) en reparatie en opvullen (rebasen) van volledig kunstgebit (uitneembare volledige overkappingsprothese) (artikel D.8.3.b.)

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- De zorg is verzekerd volgens de basisverzekering en heeft een wettelijke eigen bijdrage.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor implantaat en suprastructuur (artikel D.8.3.c.)

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- De zorg wordt gedeclareerd met prestatiecode J.
Dit is op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg.
- De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.
- U krijgt de zorg niet vergoed uit de basisverzekering.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts bij behandeling door een kaakchirurg.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Tandarts.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Kaakchirurg.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor overige mondzorg (artikel D.8.4.) en periodieke controle (artikel D.8.4.)

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg.
Dit gebeurt door middel van andere prestatiecodes dan R, P, J of F (eindigend met A en 3 cijfers daar tussenin).
- De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Mondhygiënist.
De mondhygiënist beheert zijn of haar praktijk voor eigen rekening en verantwoordelijkheid.
- Tandprotheticus.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Een mandibulair repositie apparaat (MRA).
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Mondzorg die (naar zijn karakter) deel uitmaakt van de basisverzekering en/of waar u een akkoordverklaring voor nodig heeft.
Het gaat in ieder geval om deze prestatiecodes:
 - A20: behandeling onder algehele anesthesie (narcose) of sedatie (roesje);
 - X611: behandeling onder intraveneuze (injectie) sedatie (roesje);
 - X631: behandeling onder algehele anesthesie (narcose);
 - B10, B11 en B12: sedatie door middel van een roesje (lachgassedatie). Sedatie is het verlagen van de staat van het bewustzijn van een patiënt met het doel een medische procedure of ingreep aangenamer te maken;
 - A30: voorbereiding behandeling onder algehele narcose;
 - U05*, X731* en X831*: tijdtarieven begeleiding moeilijk behandelbare patiënten; het betreft hier de behandeling in het kader van mondzorg van bijzondere zorggroepen;
 - X21: maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT) bij verzekerden tot 18 jaar;
 - H36, H37, H38 en H39: plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten) bij verzekerden tot 18 jaar.
- Uitwendig bleken van tanden (code E97).
- Myofunctionele apparatuur (code G74*) of een consult myofunctionele therapie (code G76*).
bijvoorbeeld Trainers.
- Behandeling van witte vlekken (codes M80* en M81*).
- Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001).
- Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002).
- Uitwendig bleken per kaak (code K003).
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Mondzorg bij ongeval (artikel D.8.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Mondzorg na een ongeval.
De zorg omvat mondzorg (kronen, bruggen, inlays, kunstgebit, implantaten en overige mondzorg) als er sprake is van ongevallenzorg.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van € 20.000,-, maximaal, per ongeval voor mondzorg bij ongeval.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een ongeval gehad.
Zie het begrip Ongeval

Wat zijn de voorwaarden?

- De zorg is noodzakelijk als direct gevolg van een ongeval.
De zorg is noodzakelijk naar de normen van de beroepsgroep van de betreffende zorgverleners
- De zorg is niet spoedeisend.
- De zorg is nodig om uw gebit te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval.
Als volledig herstel niet mogelijk is, dan gaat het om de zorg waardoor naar de stand van wetenschap en praktijk dit herstel redelijkerwijs benaderd wordt.
- Op het moment van het ongeval en van de behandeling bent u bij ons verzekerd voor deze ongevallenzorg.
U of de zorgverlener stuurt ons zo snel mogelijk na het ongeval een verklaring dat er een ongeval was met de datum daarvan. Ook staat in de verklaring dat de zorg noodzakelijk is als direct gevolg van dit ongeval. Wij moeten de verklaring hebben voordat de behandeling start.
Als u een politierapportage (proces-verbaal) heeft waarin de datum en de toedracht van het ongeval staat, stuurt u die ook naar ons.
- De behandeling is binnen 2 jaar na het ongeval afgerond.
Behalve als het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, omdat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van een tijdelijke behandeling.
- De zorg wordt gedeclareerd met alle prestatiecodes, behalve code F.
Dit is op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg.
- Heeft u meerdere verzekeringen met een vergoeding voor mondzorg bij ongevallen? Dan ontvangt u eenmaal de hoogste vergoeding. Als de vergoeding in beide verzekeringen gelijk is, krijgt u uw vergoeding uit één van die verzekeringen.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Tandarts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de behandeling en binnen 3 maanden na het ongeval.
- Bij de aanvraag voor de akkoordverklaring hoort een schriftelijk definitief of voorlopig behandelplan met bijbehorende begroting van de tandarts of kaakchirurg.
Deze is opgesteld volgens de KNMT Praktijkrichtlijn Tandletsel. Deze praktijkrichtlijn maakt deel uit van deze voorwaarden en staat op onze website.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Tandprotheticus.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Een mandibulair repositie apparaat (MRA).
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Mondzorg die (naar zijn karakter) deel uitmaakt van de basisverzekering en/of waar u een akkoordverklaring voor nodig heeft.
Het gaat in ieder geval om deze prestatiecodes:
 - A20: behandeling onder algehele anesthesie (narcose) of sedatie (roesje);
 - X611: behandeling onder intraveneuze (injectie) sedatie (roesje);
 - X631: behandeling onder algehele anesthesie (narcose);
 - B10, B11 en B12: sedatie door middel van een roesje (lachgassedatie). Sedatie is het verlagen van de staat van het bewustzijn van een patiënt met het doel een medische procedure of ingreep aangenamer te maken;
 - A30: voorbereiding behandeling onder algehele narcose;
 - U05*, X731* en X831*: tijdtarieven begeleiding moeilijk behandelbare patiënten; het betreft hier de behandeling in het kader van mondzorg van bijzondere zorggroepen;
 - X21: maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT) bij verzekerden tot 18 jaar;
 - H36, H37, H38 en H39: plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten) bij verzekerden tot 18 jaar.
- Uitgestelde zorg na het ongeval of als er al een behandelindicatie aanwezig was voor het ongeval.
- Behandelingen bijzondere tandheelkunde of kaakchirurgie.
Deze vallen onder de dekking van de basisverzekering. Zie artikelen Medisch specialistische zorg en Mondzorg.
- Orthodontie (prestatiecode F).
- Uitwendig bleken van tanden (code E97).
- Myofunctionele apparatuur (code G74*) of een consult myofunctionele therapie (code G76*).
bijvoorbeeld Trainers.
- Behandeling van witte vlekken (codes M80* en M81*).
- Zorg die nodig is door gebrek aan onderhoud of verzorging van uw gebit.
- Mondzorg die nodig is na het nuttigen van voedsel of drank.
- Zorg voor tanden die al ontbraken op het moment van het ongeval.
- Spoedeisende mondzorg.
- Zorg die u krijgt buiten het land waar u woont.
- Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001).
- Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002).
- Uitwendig bleken per kaak (code K003).
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Bijlage Begrippen

Aanvullende verzekering

Een overeenkomst die u als aanvulling op uw basisverzekering kunt afsluiten voor de vergoeding van zorg en zorgkosten.

De inhoud en omvang van uw aanvullende verzekering worden bepaald door ons. Wij hebben deze vastgelegd in uw verzekeringsvoorwaarden.

Afgesproken tarief

Het (gemiddelde) tarief dat wij in contracten met zorgverleners voor bepaalde zorg afspreken. De afgesproken tarieven vindt u op onze website.

AGB-code

Een Algemeen Gegevens Beheer (AGB)-code is een unieke, landelijke code waarmee de zorgverlener kan worden herkend in Vektis. Vektis is een landelijk register met daarin alle noodzakelijke (zorg)informatie om het declareren, de zorginkoop, het contracteren en het 'gidsen' van de zorg mogelijk te maken.

Behandeling

Het (fysieke of online) contact met een of meer zorgverleners voor zorgverlening of advisering. Onder behandeling verstaan wij geen cursussen en trainingen.

Behandelveorstel (of voorschrift)

Hierin staat welke zorg (onderzoek, behandeling of therapie) u nodig heeft. Voor medicijnen krijgt u een recept.

Buitenland

Elk ander land dan het land waar u woont.

CAK

Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) staat genoemd in artikel 6.1.1., eerste lid, van de Wet langdurige zorg.

Consult

Een contact met een zorgverlener. Het kan gaan om advies, een doorverwijzing, een gesprek over de voorgeschiedenis, lichamelijk onderzoek, het stellen van een diagnose of een aanvullend onderzoek als dit medisch noodzakelijk is.

Dagbehandeling

Zorg op een afdeling voor dagverpleging in een instelling voor medisch specialistische zorg (zoals een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum). Het kan ook gaan om medisch onderzoek of een behandeling in een instelling voor revalidatie. De zorg is algemeen voorzienbaar en duurt een aantal uren. Er is geen sprake van een opname.

DBC Zorgproduct

Een Diagnose Behandel Combinatie (DBC-zorgproduct of DBC) is een code die het totale behandeltraject binnen de medisch specialistische zorg (MSZ) beschrijft. Een DBC bevat alle kosten die de zorgverlener maakt om u de juiste zorg te kunnen geven. Dus ook kosten die niet direct met uw behandeling te maken hebben. Het tarief van een DBC is een gemiddelde van de gemaakte kosten bij een bepaald behandeltraject.

De startdatum van een DBC is de datum van het eerste contact met de zorgverlener en is bepalend voor de vergoeding. De nota wordt afgehandeld op de startdatum van de DBC. Als de ingangsdatum van een DBC buiten de looptijd van uw verzekering valt, dan vallen de kosten van die DBC buiten de dekking.

Een ziekenhuis kan naast een DBC ook behandelingen in rekening brengen die vallen onder 'overige zorgproducten' (OZP). Dit zijn vaak enkelvoudige behandelingen waar geen behandeltraject aan vast zit. Het gaat dan bijvoorbeeld om diagnostiek op verzoek van de huisarts, zoals het maken van een echo of foto. Of voor kaakchirurgie.

Ook specifieke dure zorg wordt als OZP gedeclareerd. Het gaat dan bijvoorbeeld om intensive care zorg, dure medicijnen en bloedproducten.

Diagnostiek

Het vaststellen van de medische oorzaak van het probleem, de ziekte of aandoening van een patiënt.

EU- en EER-staat

De EU-staten (Europese Unie) zijn:

België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische Eilanden), Tsjechië en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

Niet tot de EU behoren onder andere: Andorra, Monaco, de Kanaaleilanden, Man, San Marino en Vaticaanstad.

De EER-staten (Europese Economische Ruimte) zijn: bovenstaande EU-staten, Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Toelichting: Het Verenigd Koninkrijk inclusief Gibraltar hebben per 31 januari 2020 de EU verlaten.

Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de rekening staat. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten die u heeft gemaakt en aan u in rekening zijn gebracht.

Hulpmiddelen in bruikleen

Dit zijn medische hulpmiddelen die u mag gebruiken zolang u bij ons hiervoor verzekerd bent. Wij of de zorgverlener sluiten hiervoor een bruikleenovereenkomst met u. Hierin staan uw rechten en verplichtingen bij bruikleen. Bij beëindiging van uw verzekering moet u het hulpmiddel teruggeven.

Wij vergoeden rechtstreeks aan de zorgverlener als u het hulpmiddel van een gecontracteerde zorgverlener in bruikleen krijgt.

Koopt u een hulpmiddel dat normaal in bruikleen wordt gegeven bij een niet-gecontracteerde zorgverlener dan krijgt u niet zondermeer de gehele aanschafwaarde vergoed. Wij vergoeden aan u dan de gebruikskosten voor een jaar zoals we die ook bij een gecontracteerde zorgverlener vergoeden.

Voor hulpmiddelen in bruikleen bent u geen kosten verschuldigd; daarom betaalt u hiervoor geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en gebruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven.

Hulpmiddelen in eigendom

Dit zijn hulpmiddelen die u volgens uw verzekeringsvoorwaarden in eigendom krijgt. Die zijn dan van u, u bent de eigenaar. De aanschafkosten worden verrekend met uw eigen risico.

Als u een hulpmiddel in eigendom krijgt, is dit voor eigen gebruik. U mag u dit hulpmiddel niet doorverkopen.

Jaar

Kalenderjaar. Alleen als het gaat om de leeftijd van iemand, wordt niet 'kalenderjaar' maar levensjaar bedoeld.

Maand

Kalendermaand.

Marktconform tarief

Dit is het tarief dat in de Nederlandse markt in redelijkheid passend is voor een bepaalde behandeling. Hierbij kijken we welke bedragen zorgverleners gemiddeld in rekening brengen voor die behandeling. Dit betekent dat wij onredelijk hoge bedragen niet helemaal vergoeden. Zie hiervoor ook artikel 2.2., tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

(Medisch) adviseur

De arts, apotheker, tandarts, fysiotherapeut of andere deskundige die ons adviseert. Het gaat dan om advies over medische zorg, farmacotherapeutische zorg, tandheelkundige zorg, fysiotherapeutische zorg of een ander zorginhoudelijk vakgebied.

Medische indicatie

De aandoening of ziekte die een arts (vermoedt of) vaststelt waarmee u toegang krijgt tot bepaalde zorg.

Ongeval

Een plotselinge, onverwachte en niet gewilde gebeurtenis van buitenaf. Deze gebeurtenis leidt rechtstreeks tot objectief medisch aan te tonen fysiek letsel.

Dit geldt ook als u de gebeurtenis niet heeft voorzien en redelijkerwijs ook niet kon voorzien.

We stellen een acute ernstige ziekte gelijk met een ongeval als:

- zorg op medische gronden direct nodig en niet uit te stellen is of als een ziekte of aandoening levensbedreigend is; en
- deze benodigde zorg onder de basisverzekering valt; en
- naar objectieve medische maatstaven binnen een halfjaar geen herstel te verwachten is.

Voorbeeld ongeval.

- wondinfectie of bloedvergiftiging;
- verstuiking, ontwrichting of scheuring van band- en spierweefsel;
- het (onvrijwillig) binnenkrijgen van of vergiftiging met gasen, dampen, vloeibare of vaste stoffen of voorwerpen, behalve wanneer sprake is van bewust gebruik van alcohol, medicijnen of drugs;
- besmetting door ziekteverwekkers of vergiftiging als u onvrijwillig in een (vloeistof) valt, of als u er zelf ingaat om een mens, dier of voorwerp te redden;
- verdrinking, verstikking, bevriezing, onderkoeling, zonnesteek of verbranding (anders dan door zonnebaden), blikseminslag of andere elektrische ontlading, of in aanraking komen met bijtende stoffen;
- natuurgeweld zoals aardbeving, overstroming, tsunami/vloedgolf, orkaan of vulkanische uitbarsting;
- verhongering, uitdroging en uitputting;
- complicaties of verergering van letsel na een noodzakelijke medische behandeling na een ongeval;
- besmetting met HIV door een bloedtransfusie of een injectie met een besmette naald tijdens behandeling in een ziekenhuis.

Opname

Een periode van verpleging en behandeling met overnachting op een afdeling voor verpleging in een instelling voor medisch specialistische zorg (zoals een ziekenhuis). De opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geneeskundige zorg.

We bedoelen niet verblijf in een polikliniek, niet een dagopname of spoedeisende hulp en ook niet verblijf in een instelling voor revalidatie.

Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw basisverzekering. Hierbij gelden deze regels:

- bij een onderbreking van uw opname korter dan 31 dagen tellen de dagen van de onderbreking niet mee, maar tellen we na de onderbreking wel verder voor het totaal;
- bij een onderbreking van uw opname van meer dan 30 dagen gaan we na de onderbreking opnieuw tellen voor het totaal;
- bij een onderbreking voor weekend- en vakantieverlof tellen deze dagen van onderbreking wel mee voor het totaal aantal dagen.

Polis(blad)

Het bewijs van verzekering.

Schriftelijk

Een fysieke of digitale informatiedrager waarbij de informatie begrijpelijk is, bewaard kan worden en reproduceerbaar is. Onder digitale informatiedrager verstaan wij ook internet en e-mailberichten. Onder schriftelijk valt bijvoorbeeld communicatie per brief, e-mail of via de Mijn-omgeving.

Spoedeisende zorg

Medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden. De zorg wordt naar algemeen geldend oordeel in de kring der beroepsgenoten redelijkerwijs als spoedeisend aangeduid.

Tarief

Het geldbedrag voor verleende zorg of geleverde middelen dat we als uitgangspunt nemen voor vergoeding van die zorg of middelen. We kennen verschillende soorten tarieven.

Verdragsland

Nederland heeft een verdrag over sociale zekerheid gesloten met daarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg met: Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

Ook dit zijn verdragslanden:

- alle lidstaten van de Europese Unie (EU) behalve Nederland;
- alle staten die deelnemer zijn bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte (EER);
- Zwitserland;
- Verenigd Koninkrijk.

Verwijzing

Voor bepaalde zorg moet u vóór een consult of vóór de aanvang van de zorg een verwijzing (verwijsbriefje) hebben. Deze verwijzing is het advies van een zorgverlener om voor een consult of zorg naar een ander zorgverlener te gaan. In de voorwaarden noemen we onder 'verwijzing' welke zorgverlener deze verwijzing moet afgeven.

Verzekerde

Degene die recht heeft op (vergoeding van) verzekerde zorg volgens onze verzekeringsvoorwaarden. De verzekerde kan ook verzekeringnemer zijn.

In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij verzekerde en verzekeringnemer aan met 'u' en 'uw'. Uit de strekking en inhoud van de verzekeringsvoorwaarden kunt u opmaken of wij de verzekerde of de verzekeringnemer bedoelen.

Waar we spreken van 'hij', 'hem' en 'zijn', kan ook respectievelijk 'zij', 'haar' en 'haar' gelezen worden.

Verzekering

Een overeenkomst van verzekering kan bestaan uit een basisverzekering met eventueel één of meer aanvullende verzekeringen.

Als de verzekering bestaat uit een combinatie van 2 of meer overeenkomsten van verzekering dan bevat die ten hoogste één basisverzekering.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekering met ons heeft gesloten, de premie en kosten moet betalen en als enige de verzekering kan wijzigen en opzeggen. De polis staat op naam van de verzekeringnemer. De verzekeringnemer kan ook verzekerde zijn.

In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met 'u' en 'uw'. Uit de strekking en inhoud van de verzekeringsvoorwaarden kunt u opmaken of wij de verzekerde of de verzekeringnemer bedoelen.

Waar we spreken van 'hij', 'hem' en 'zijn', kan ook respectievelijk 'zij', 'haar' en 'haar' worden gelezen.

Wettelijke eigen bijdrage

Zorg die in uw basisverzekering zit en waarvan u kosten geheel of gedeeltelijk zelf moet betalen. Eigen bijdragen zijn wettelijk vastgesteld. Een wettelijke eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten.

Wettelijke eigen bijdrage is iets anders dan eigen risico. Wettelijke eigen bijdragen en eigen risico kunnen naast elkaar gelden voor dezelfde verzekerde zorg. Dit betekent dat een wettelijke eigen bijdrage én eigen risico voor uw rekening kunnen komen.

Wettelijk maximum tarief

Het maximale tarief dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vaststelt voor bepaalde zorg. Het tarief van de zorgverlener mag dus niet hoger maar wel lager zijn.

Wettelijk vast tarief

Het vaste tarief dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vaststelt voor bepaalde zorg. Het tarief van de zorgverlener mag dus niet hoger en ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel 'punttarieven' genoemd.

Bijlage Algemene Voorwaarden

A.1A. Aanvullende begrippen

Gezinsleden

Gezinsleden wonen op hetzelfde adres en vormen een gezamenlijke huishouding. Hieronder verstaan wij:

- volwassenen die elkaars enige levenspartner zijn;
- kinderen tot 18 jaar (ook adoptiekinderen en pleegkinderen);
- studerende kinderen van 18 jaar tot en met 30 jaar (zij hoeven niet op hetzelfde adres als de verzekeringnemer te wonen);
- een bedrijf of instelling die een collectieve overeenkomst met ons heeft kan ook iemand als gezinslid aanwijzen.

Een gezinslid heeft een eigen polis of is meeverzekerd op de polis van een ander gezinslid.

Verzekeraar

Onder verzekeraar verstaan we een verzekeringsonderneming als bedoeld in de richtlijn solvabiliteit II en die als schadeverzekeraar in de zin van de Wet op het financieel toezicht is toegelaten.

De verzekeringsonderneming waarop deze verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn, is de verzekeringsonderneming die op het polisblad in die hoedanigheid vermeld staat en is Onderlinge Waarborgmaatschappij CZ groep U.A., ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel onder nummer 18028752. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt deze verzekeringsonderneming aangeduid met 'wij' en 'ons'.

A.2. Verzekeringsgrondslag

Polisblad

Uw verzekering(en) staan op uw polisblad. U krijgt van ons ieder jaar een nieuw polisblad. U krijgt ook een nieuw polisblad als er verandering is in de gegevens op uw polis.

Zie ook:

[Polis\(blad\)](#) (begrippen)

Algemene basis van uw verzekering

Wij baseren uw verzekering op:

- uw aanmeldformulier met de gegevens die u invult of die iemand namens u invult;
- informatie en verklaringen die wij van u krijgen of van iemand anders namens u;
- de door u gekozen verzekeringen die op uw polisblad staan;
- de verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekering(en) horen;
- protocollen, reglementen en bijlagen;
- eventuele bijkomende of collectieve overeenkomsten.

Afwijking van verzekeringsvoorwaarden

Is de inhoud van een collectieve overeenkomst anders dan de algemene regels in deze verzekeringsvoorwaarden? Dan gelden de specifieke regels van die overeenkomst. Deze specifieke regels gaan dus voor op de algemene regels.

Restitutie aanvullende verzekering

Uw aanvullende verzekering is een 'restitutieverzekering': wij vergoeden de kosten van de verzekerde zorg (restitutie).

Controle van uw polisblad

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Geldende verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren. Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden

De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet

De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.

Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

Lidmaatschap

Bij de aanvraag van uw basisverzekering vraagt u automatisch voor iedere verzekerde ook een lidmaatschap aan van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep U.A. Het bestuur accepteert deze aanvraag altijd.

Vanaf de ingangsdatum van uw basisverzekering zijn alle verzekerden lid van deze onderlinge waarborgmaatschappij.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen

De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit?
- Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep.
- Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit?
- Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie.
Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig.
- De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit?

- Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres

U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen.

Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.

In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.

Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Ingangsdatum en wijziging

Uw verzekering gaat in op de datum waarop wij uw aanmelding ontvangen. Als u nog bij een andere verzekeraar verzekerd bent dan kunt u aangeven dat uw verzekering later in moet gaan. De ingangsdatum moet wel aansluiten op uw vorige verzekering. De ingangsdatum van uw verzekering staat op uw polisblad. U kunt aangeven dat uw verzekering veranderd moet worden. Dan beëindigen wij de verzekering die u op dat moment heeft omdat deze niet tegelijk met uw nieuwe verzekering kan lopen. Uw nieuwe verzekering komt dan dus in de plaats van uw oude verzekering.

Ingangsdatum aanvullende verzekering met terugwerkende kracht

U wilt uw aanvullende verzekering laten ingaan op de dag nadat uw verzekering bij een andere verzekeraar stopt. Dit kan als uw aanvraag binnen 1 maand na deze ingangsdatum bij ons binnen is.

Zie ook:

[Aanvullende verzekering](#) (begrippen)

Verzekeringsduur aanvullende verzekering

Uw aanvullende verzekering duurt één heel jaar. Gaat uw aanvullende verzekering in de loop van het jaar in? Dan duurt uw aanvullende verzekering tot 1 januari en dan nog een heel jaar.

Jaarlijkse verlenging

Wij verlengen uw verzekering op 1 januari steeds met één jaar. Wij geven dit aan u door samen met de veranderingen voor het nieuwe verzekeringsjaar. U kunt dan uw verzekering veranderen of opzeggen.

Verzekeringsduur bij bijschrijving

Wordt in de loop van het jaar een gezinslid bijgeschreven op uw polis? Dan loopt die verzekering even lang als uw verzekering.

Zie ook:

[Gezinsleden](#) (algemene voorwaarden)

A.5. U wil uw verzekering beëindigen

Herroeping

Heeft u een (nieuwe) verzekering afgesloten? Dan mag u uw verzekering gratis herroepen. Herroepen betekent dat uw verzekering eindigt alsof deze niet heeft bestaan. Dat kan ook met terugwerkende kracht. U hoeft hier geen reden voor op te geven.

Voor herroeping gelden de volgende voorwaarden:

- u bent de verzekeringnemer;
- de herroeping is schriftelijk;
- de herroeping gaat om een verzekering die u kort geleden heeft afgesloten;
- de herroeping is binnen 14 dagen nadat de verzekering is ingegaan of binnen 14 dagen nadat u de polis heeft ontvangen.

Als u al premie en kosten heeft betaald dan krijgt u deze binnen 30 dagen terug. Heeft u al vergoedingen ontvangen? Dan moet u deze binnen 30 dagen terugbetalen nadat u daarover bericht van ons heeft gehad.

Opzeggen of veranderen

U mag uw verzekering ieder jaar per 1 januari opzeggen. Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?

- u moet schriftelijk opzeggen;
- uw opzegging moeten wij uiterlijk 31 december ontvangen.

U mag uw verzekering ieder jaar per 1 januari veranderen. Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?

- u moet de verandering schriftelijk doorgeven;
- uw verzoek moeten wij uiterlijk 31 december ontvangen.

Als wij de verandering goedkeuren, stopt uw oude verzekering tegelijk op 1 januari.

Zie ook:

[Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Opzeggen door verzekering bij andere zorgverzekeraar

Krijgen wij een bericht dat u zich bij een andere verzekeraar heeft aangemeld voor een zorgverzekering? Dan gaan wij ervan uit dat u uw verzekering(en) bij ons opzegt. Uw verzekering bij ons stopt op 1 januari nadat wij het bericht ontvangen.

Verandering van voorwaarden of premie van uw aanvullende verzekering

Veranderen wij de verzekeringsvoorwaarden of de premie van uw aanvullende verzekering? En is dat in uw nadeel? Dan krijgt u van ons bericht wat er verandert en wat voor keuzes u heeft. U kunt uw verzekering dan per diezelfde datum opzeggen of veranderen in een andere aanvullende verzekering. Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?

- De opzegging of verandering moet u opsturen binnen 30 dagen na ons bericht;
- U moet schriftelijk opzeggen of veranderen.

Wij moeten uw verandering goedkeuren. Als wij uw verzekering veranderen, krijgt u van ons nieuwe verzekeringsdocumenten en verzekeringsvoorwaarden.

Gaat het om een verandering omdat er in de wet iets is veranderd? Dan kunt u uw verzekering niet opzeggen of veranderen.

Andere werkgevers collectiviteit

Bent u (verzekeringnemer) collectief verzekerd via een werkgever? En gaat u aansluitend bij een andere werkgever werken met een andere collectieve verzekering? Dan kun u (verzekeringnemer) uw collectieve verzekering via uw oude werkgever ook in de loop van het jaar beëindigen. U moet dat schriftelijk aan ons doorgeven. Dat moet binnen 30 dagen nadat u begonnen bent bij uw nieuwe werkgever.

Wat zijn de mogelijkheden?

- U heeft bij ons een collectieve verzekering en kunt bij uw nieuwe werkgever een collectieve verzekering bij een andere zorgverzekeraar afsluiten. U zegt daarom uw oude collectieve verzekering bij ons op. Deze collectieve verzekering bij ons eindigt dan op de dag dat u bij uw oude werkgever uit dienst gaat; of
- u heeft een collectieve verzekering bij een andere zorgverzekeraar en u kunt bij uw nieuwe werkgever een collectieve verzekering bij ons afsluiten. U zegt daarom uw oude collectieve verzekering bij de andere zorgverzekeraar op. Bij ons vraagt u een nieuwe collectieve verzekering aan. Gaat uw nieuwe baan in op de 1e van een maand? Dan gaat uw nieuwe collectieve verzekering ook op die dag in. Anders gaat uw nieuwe collectieve verzekering in op de 1e dag van de volgende maand. Uw oude collectieve verzekering eindigt ook op die dag; of
- u heeft bij ons een collectieve verzekering en u kunt bij uw nieuwe werkgever een andere collectieve verzekering bij ons afsluiten. U vraagt ons dan om te wisselen van de oude naar de nieuwe collectieve verzekering. Gaat uw nieuwe baan in op de 1e van een maand? Dan gaat uw nieuwe collectieve verzekering ook op die dag in. Anders gaat uw nieuwe collectieve verzekering in op de 1e dag van de volgende maand. Uw oude collectieve verzekering eindigt ook op die dag.

Verzekering voor iemand anders

Had u (verzekeringnemer) een verzekering voor iemand anders gesloten? En heeft deze verzekerde zelf een verzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze eerste verzekering ook in de loop van het jaar opzeggen.

Wanneer eindigt de opgezegde verzekering?

- Ontvangen wij uw opzegging uiterlijk op de dag vóór de ingang van de nieuwe verzekering? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe verzekering.
- Ontvangen wij uw opzegging op de dag van de ingang van de nieuwe verzekering of daarna? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de laatste dag van de lopende maand, waarin wij de opzegging ontvangen.

Zie ook:

- [Verzekerde](#) (begrippen)
- [Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

U kunt uw verzekering niet opzeggen of veranderen:

- als u de premie en kosten niet op tijd aan ons heeft betaald; en
- als wij u een herinnering hebben gestuurd om alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- als wij de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (tijdelijk gestopt) hebben; en
- als wij niet binnen 14 dagen akkoord gaan met uw opzegging.

Dat betekent dat u dus ook niet kunt opzeggen of veranderen:

- aan het einde van een contractjaar;
- bij verandering van de premie(grondslag);
- bij verandering van de ene collectiviteit naar een andere collectiviteit;
- als u een verzekering voor iemand anders had afgesloten maar deze persoon krijgt een andere verzekering.

Als u alle premies en kosten volledig aan ons betaald heeft, kunt u uw verzekering weer veranderen of opzeggen per de eerstkomende 1 januari.

A.6. Wanneer beëindigen wij uw verzekering?

Beëindiging als de wet dat eist

In volgende situaties beëindigen wij uw verzekering:

- als wij geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Hier is sprake van wanneer onze vergunning als schadeverzekeringsbedrijf verandert of wordt ingetrokken. Wij sturen u 2 maanden van tevoren hierover een bericht;

- als u overlijdt. Dat moet binnen 30 dagen na de overlijdensdatum aan ons worden doorgegeven.

Bij misdrijf of overtreding

Bent u schuldig aan een (poging tot) misdrijf of overtreding tegenover ons of tegenover een gecontracteerde zorgverlener? Hieronder vallen ook oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. Wij mogen dan:

- uw verzekering(en) bij ons onmiddellijk beëindigen;
- uw aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg stoppen;
- vergoedingen terugvorderen die u heeft gekregen;
- kosten van onderzoek door u laten betalen;
- aangifte doen bij de politie;
- u (laten) registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

Als wij de verzekering niet meer aanbieden of uitvoeren

Wij kunnen stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde verzekering die u heeft. Wij kunnen deze dan beëindigen of vervangen door een andere verzekering. U ontvangt dan van ons hierover een bericht.

Bij betalingsachterstand voor uw aanvullende verzekering

Bij een betalingsachterstand van 2 maanden of meer kunnen wij uw aanvullende verzekering(en) stoppen.

Bij einde gezinsdeelname aan uw verzekering

Is een verzekerde geen gezinslid meer? Of is een verzekerde niet meer tijdelijk in het buitenland maar is hij of zij daar gaan wonen?

Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Wij stoppen dan de verzekering(en) van deze verzekerde.

Zie ook:

[Verzekerde](#) (begrippen)

Einde van uw collectiviteitsdeelname en uw aanvullende verzekering(en)

In deze situaties veranderen wij uw collectieve verzekering in een individuele verzekering:

- als de collectieve overeenkomst eindigt;
- als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) heeft afgesloten via een rechtspersoon en deze persoon uw belangen niet meer behartigt; of
- als u geen gezinslid meer bent van een persoon van wie de belangen worden behartigd.
- als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) heeft afgesloten via uw werkgever en u niet meer bij die werkgever werkt; of
- uw werkgever aangeeft dat u geen deel meer kunt nemen aan de collectiviteit; of
- als u geen gezinslid meer bent van een werknemer die collectief verzekerd is bij die werkgever.

Gaat het om een collectieve verzekering via uw werkgever en gaat u uit dienst? Geeft u dit dan binnen 30 dagen nadat u uit dienst bent aan ons door. Dan kunt u nog bij deze collectieve verzekering blijven tot 1 januari van het volgende jaar. Als wij het bericht na 30 dagen ontvangen dan bepalen wij wanneer deze collectieve verzekering wordt veranderd in een individuele verzekering.

In de andere situaties wordt/worden de collectieve verzekering(en) aansluitend omgezet in een individuele verzekering.

Wat gebeurt er nog meer bij verandering van een collectieve verzekering naar een individuele verzekering?

- U krijgt de individuele verzekering die het meest lijkt op de collectieve verzekering die u had;
- de voorwaarden van een individuele verzekering gelden;
- u moet de premie voor een individuele verzekering gaan betalen.

Van collectiviteit naar individuele aanvullende verzekering

Als uw deelname aan de collectiviteit stopt dan veranderen wij uw collectieve aanvullende verzekering in een individuele aanvullende verzekering. U krijgt de verzekering die het meest lijkt op de collectieve verzekering die u had.

Wil u dit niet? Geef dit dan binnen 30 dagen aan ons door dan laten we de nieuwe aanvullende verzekering niet ingaan.

Beëindigingspolis (royement)

Is uw verzekering beëindigd? Dan sturen wij u een 'beëindigingspolis' (royementsverklaring). Daarop staat welke verzekerden en welke verzekeringen er op de polis stonden, wat de premie was en wat de einddatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

Welke premie en kosten betaalt u voor uw aanvullende verzekering?

De hoogte van de premie hangt af van de aanvullende verzekering die u kiest.

U kunt korting krijgen op uw premie:

- als u voor een langere periode dan één maand vooruit betaalt (betaaltermijnkorting).

U betaalt een toeslag op de premie;

- voor iedere verzekerde die alleen een aanvullende verzekering heeft en geen basisverzekering;
- voor verzekerden onder 18 jaar als de ouders niet dezelfde aanvullende verzekering hebben.

U betaalt ook kosten. Het gaat dan om:

- rekeningen die wij voor u aan uw zorgverlener hebben voorgesloten;
- eigen bijdrages die u zelf moet betalen als er geen volledige vergoeding is;
- extra kosten als u bijvoorbeeld niet via automatische afschrijving betaalt.

Wij bedoelen hier niet de wettelijke rente, vertragingsrente of incassokosten die wij moeten maken als u te laat of niet betaalt.

De premie en kosten zijn in euro's.

Premie aanvullende verzekeringen tot 18 jaar

Voor de aanvullende verzekering(en) is de premie voor kinderen tot 18 jaar ook € 0,-. Die verzekerde kinderen moeten dan dezelfde aanvullende verzekering(en) hebben als één van de ouders of verzorgers. Heeft uw kind niet dezelfde aanvullende verzekering of niet dezelfde reeks van aanvullende verzekeringen? Dan betaalt u voor dat kind voor alle aanvullende verzekeringen wel premie. Dit is dezelfde premie als voor een verzekerde vanaf 18 jaar.

Is de verzekerde 18 geworden? Vanaf 18 jaar betaalt u voor een kind altijd premie vanaf de 1e dag van de volgende maand.

Hechtenis of gevangenschap

Ben u in hechtenis (in huis van bewaring) of in de gevangenis? Dan onderbreken wij uw verzekering en hoeft u geen premie en kosten te betalen. Als u niet meer in hechtenis of gevangenschap bent, moet u dat aan ons doorgeven. Uw verzekering gaat dan weer verder en dan moet u weer premie en kosten gaan betalen.

Begin, verandering of einde van de verzekering

Verandert uw verzekering aan het einde van een betalingsperiode? Dan berekenen wij de premie en het eigen risico voor de volgende betalingsperiode opnieuw.

Begint, verandert of eindigt uw verzekering tijdens een betalingsperiode? Of wordt er een verzekerde bijgeschreven of uitgeschreven? Dan berekenen wij de premie en het eigen risico voor de volgende betalingsperiode ook opnieuw. We houden daarbij rekening met het moment van dat begin, de verandering of de beëindiging. Het kan zijn dat u geld terugkrijgt of dat u moet bijbetalen of dat we het verschil verrekenen.

A.8. Betaling van premie en kosten

Volledig en op tijd betalen

U moet als verzekeringnemer alle premies en kosten betalen. Deze betaalt u per 'betalingsperiode'. Een betalingsperiode is één maand, één kwartaal, één halfjaar of één jaar.

U moet volledig betalen. Wat betekent dat?

- u betaalt voor de betalingsperioden die geweest zijn;
- u betaalt voor de lopende betalingsperiode;
- en u betaalt voor de eerstvolgende betalingsperiode. U betaalt dus altijd vooruit.

U moet ook op tijd betalen. Wat betekent dat?

- het totale bedrag moet uiterlijk bij ons binnen zijn op de datum die op uw premienota staat;
- als u via automatische incasso betaalt, schrijven wij dat bedrag in de eerste 7 dagen van de betalingsperiode af;
- u ontvangt eerst van ons bericht voordat wij het bedrag van uw rekening afschrijven;
- u zorgt voor voldoende geld op uw bankrekening;
- kan het totale bedrag niet in de eerste 7 dagen van de betalingsperiode afgeschreven worden? Dan kunt u met ons een ander moment voor de automatische incasso afspreken.
- Betaalt u anders dan met premienota of automatische incasso? Dan moet het totale bedrag vóór de afgesproken betalingsperiode bij ons binnen zijn.

Hebben wij al deze premies en kosten ontvangen? Dan heeft u voldaan aan uw betalingsplicht.

Zie ook:

[Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Manier van betalen

U heeft met ons afgesproken hoe u de premie en kosten betaalt. Dat kan met premienota, automatische incasso, digitale of online betaling. Heeft u met ons afgesproken digitaal te communiceren? Dan is alleen automatische incasso of digitale of online betaling mogelijk.

Verrekening

Wat kan wel en wat kan niet?

- Als u een schuld bij ons heeft dan kunt u uw schuld niet verrekenen met geld dat u nog van ons tegoed heeft.
- Wij mogen uw schuld wel verrekenen met geld waar u nog recht op heeft vanuit uw verzekering(en).
- Uw schuld verrekenen wij niet met geld waar u nog recht op heeft vanuit een Persoons Gebonden Budget (PGB).

A.9. Betalingsachterstand

Wat doen wij als u uw premie en kosten niet op tijd betaalt?

Als u niet op tijd en volledig betaalt, doen wij het volgende:

- wij sturen u een herinnering;
- als u daarna niet binnen 14 dagen betaalt dan sturen wij een 2e herinnering;
- wij verrekenen uw schuld met geld waar u nog recht op heeft vanuit uw verzekering(en);
- als er dan nog schuld over is dan moet u die nog betalen. Daarvoor schakelen wij een deurwaarder in.

Als u een betalingsachterstand bij ons heeft, betaalt u over de opeisbare schuld ook wettelijke rente, vertragingsrente en incassokosten.

Wat doen wij als u een betalingsachterstand op uw aanvullende verzekering(en) heeft?

Als u uw premie en kosten van de aanvullende verzekering(en) niet op tijd betaalt kunnen wij:

- de dekking van uw aanvullende verzekering(en) even stopzetten (opschorten). Dat doen wij als uw schuld niet verrekend kan worden met geld waar u nog recht op heeft. Op de dag dat al uw schulden aan ons zijn betaald heeft u weer recht op dekking uit uw aanvullende verzekering(en).

- uw aanvullende verzekering(en) beëindigen. U heeft dan geen aanvullende verzekering(en) meer.

Betaaltermijnkorting vervalt

Betaalt u langer dan één maand vooruit en krijgt u een betalingsachterstand? Dan veranderen wij de betalingsperiode naar één maand. U verliest dan de korting die u kreeg omdat u langere tijd vooruit betaalde. Deze betaaltermijnkorting vervalt voor alle verzekeringen waar u verzekeringnemer van bent. U kunt niet opzeggen omdat de korting vervalt.

Zie ook:

[Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Aflossen van uw schuld

Met elk bedrag dat wij van u krijgen lost u een deel van uw schuld af. De rente en incassokosten lost u altijd als eerste af.

Aflossen van uw schuld van uw aanvullende verzekering

Daarna lost u de schuld over uw aanvullende verzekering(en) af. U begint daarbij met het deel dat het langst openstaat.

Schuld uit meer betalingsperioden

Heeft u langere tijd niet betaald en heeft u daardoor schuld over meerdere perioden? Dan begint u met aflossen van de oudste periode. U moet uw schulden van alle verzekeringen per periode helemaal aflossen voordat u een volgende periode aflost. Dus zowel die van de basisverzekering als voor de aanvullende verzekering(en) van die periode.

U kunt uw schuld dus niet splitsen.

Voorbeeld.

U kunt niet kiezen om eerst de premies af te lossen en daarna de andere schulden. Of eerste de premies en kosten van de basisverzekering te betalen en daarna pas die van de aanvullende verzekering(en).

A.10 Premie en kosten na beëindiging

Openstaande premie en kosten

Heeft u uw verzekering bij ons opgezegd en moet u nog premie of kosten betalen?

Als u een andere of nieuwe verzekering bij ons afsluit dan gaan we verrekenen. We verrekenen de openstaande schuld van uw oude verzekering met de vergoedingen uit uw nieuwe verzekering.

Moet u nog premie of kosten betalen? Dan stellen we vergoedingen uit totdat u alles betaald heeft.

Teveel betaald in een betalingsperiode

Stopt of verandert uw verzekering nadat u al premie heeft betaald?

Wij berekenen uw premie en eigen risico opnieuw. Als u teveel heeft betaald, betalen wij u die terug. Of we verrekenen met de nieuwe premie. U krijgt van ons bericht op welke manier we dit verwerken.

Teveel betaald nadat wij uw verzekering stoppen

Wij kunnen uw verzekering stoppen vanwege een (poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. U krijgt dan de door u betaalde premie en kosten niet terug.

A.12. Verplicht eigen risico

Geen eigen risico in uw aanvullende verzekering

Voor de vergoedingen uit uw aanvullende verzekering geldt geen eigen risico.

Soms is zorg voor een deel eerst verzekerd in uw basisverzekering en voor een resterend deel verzekerd in uw aanvullende verzekering. Voor de vergoeding uit uw basisverzekering geldt dus wel verrekening met uw eigen risico; voor de vergoeding uit uw aanvullende verzekering niet.

Betaling aan zorgverlener of aan u

Wij vergoeden aan een gecontracteerde zorgverlener of een zorgverlener met een betaalovereenkomst als hij de zorg die u krijgt bij ons declareert. Wij vragen de kosten bij u terug (of verrekenen met u) als u nog eigen risico of eigen bijdrage moet betalen.

We vergoeden aan u als een niet-gecontracteerde zorgverlener of een zorgverlener zonder betaalovereenkomst bij ons declareert. Als u nog eigen risico of eigen bijdrage moet betalen dan trekken wij dit bedrag af van de vergoeding. U moet zelf de rekening volledig en op tijd betalen aan de zorgverlener.

Wij vergoeden ook aan u als u zelf de rekening naar ons instuurt.

Geen dekking voor eigen risico in aanvullende verzekeringen

Kosten uw uit basisverzekering die verrekend zijn met het vrijwillig gekozen of verplicht eigen risico vergoeden wij niet uit uw aanvullende verzekering.

A.14. Algemene verplichtingen

Als u uw algemene verplichtingen niet nakomt

Wat kunnen wij doen als u uw algemene verplichtingen niet nakomt? En u hierdoor onze belangen schaadt?

- U heeft geen recht meer op vergoeding van zorg.
- De vergoedingen die u eerder van ons ontving, kunnen wij terugvorderen.

Is iemand anders aansprakelijk voor de zorg(kosten) die u nodig heeft?

Iemand anders kan aansprakelijk zijn voor gebeurtenissen, omstandigheden of ongevallen waardoor u zorg nodig heeft. Hiervoor geldt:

- U moet dit zo snel mogelijk aan ons melden.
- U moet ons helpen als wij de kosten gaan verhalen. Als u ons niet helpt, kunnen wij u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan.
- U geeft vorderingen die u op anderen heeft of krijgt aan ons over bij de ingang van uw verzekering.
- U mag geen afspraken maken met degenen die wij aansprakelijk kunnen stellen voor de zorg(kosten). U mag hiervoor ook geen overeenkomst sluiten met bijvoorbeeld een andere verzekeraar.
Als wij u vooraf een schriftelijke akkoordverklaring geven, mag u wel afspraken maken of een overeenkomst sluiten.

Uw algemene verplichtingen

U heeft een aantal algemene verplichtingen:

- U moet met een identiteitsbewijs kunnen laten zien wie u bent als u zorg nodig heeft in een ziekenhuis of in een Z.B.C.
- U moet ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts of de gecontracteerde zorgverlener de informatie geven die nodig is. Of helpen om deze informatie te krijgen.
- U moet uw behandelend arts of medisch specialist vragen om de reden van opname door te geven aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten dat u in hechtenis bent genomen, in de gevangenis zit of als u daartoe veroordeeld bent.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten dat uw hechtenis of gevangenschap is gestopt.
- U moet ons binnen 30 dagen laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer wordt als de huidige verzekeringnemer niet meer zelfstandig over zijn vermogen mag beschikken.
- U moet ons binnen 30 dagen na overlijden van de verzekeringnemer laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer wordt.

Zie ook:

- [\(Medisch\) adviseur](#) (begrippen)
- [Verzekeringnemer](#) (begrippen)

A.15. Doorgeven van informatie

Als u verkeerde informatie geeft

U moet ons de juiste informatie geven en ons helpen alle informatie die nodig is te krijgen. Doet u (of iemand anders namens u) dit niet? Geeft u ons een verkeerd idee van een situatie? Geeft u ons valse of misleidende documenten? Doet u een verkeerde opgave of werkt u niet met ons mee? Dan kunnen wij het volgende doen:

- Wij stoppen uw verzekering(en) waardoor u geen meer recht heeft op zorg(kosten);
- U moet ons alles terugbetalen vanaf de datum waarop u ons misleidde of uw medewerking niet verleende;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de erkende signaleringssystemen van verzekeraars;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij weigeren u voor 5 jaar voor een nieuwe verzekering.

Belangrijke gebeurtenissen

Gebeurtenissen die wij moeten weten voor een goede uitvoering van uw verzekering, moet u binnen 30 dagen aan ons doorgeven. Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Anders gaat de aanpassing in op een moment dat wij bepalen. Het gaat om gebeurtenissen zoals:

- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen;
- wijziging van postadres of e-mailadres;
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis of verblijf in een gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinssamenstelling.

Uw actuele adres

U moet ons uw juiste postadres en/of e-mailadres doorgeven. Wij gaan er dan ook vanuit dat onze berichten aankomen op het adres dat u als laatste aan ons heeft doorgegeven.

Als u ons niet uw juiste postadres of e-mail doorgeeft, kan hierdoor schade ontstaan. Wij zijn hiervoor niet aansprakelijk.

A.16. Privacy en controle

Privacy

Wij verwerken alleen gegevens die wij nodig hebben voor het uitvoeren van uw verzekering(en). Dit doen wij volgens de voorwaarden die we met u hebben afgesproken. We bewaren deze gegevens in onze administratie.

We verwerken uw persoonsgegevens volgens:

- de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en
- de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).

In het 'Privacy Statement' op onze website vindt u meer informatie over privacy en uw rechten en plichten over de (persoons)gegevens die wij bewaren en bewerken. Voor vragen of andere informatie aan de functionaris voor de gegevensbescherming stuurt u een brief aan:

CZ Klantservice
Postbus 90152
5000 LD, Tilburg

Informatie die wij delen

Wij delen alleen informatie als het nodig is om uw verzekering(en) goed uit te kunnen voeren. Het gaat dan bijvoorbeeld om de pakketsamenstelling, premie, korting en persoonsgegevens. Dit doen we bijvoorbeeld om:

- de collectiviteit waaraan u deelneemt te controleren;
- uitbetaalde kosten te verhalen op derden. Bijvoorbeeld op een reisverzekering als u in het buitenland verzekerde zorg heeft gehad.

Inhoudelijke controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek doen bij de uitvoering van uw verzekering. Dit doen we volgens:

- de met u overeengekomen voorwaarden en (persoons)gegevens,
 - de Zorgverzekeringswet,
 - het landelijk 'Protocol materiële controle' en
 - het landelijk 'Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen'.
- U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

A.17. Zorgverleners

Begripsomschrijving zorgverlener

Volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is een zorgverlener:

- een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verleent;
 - een natuurlijk persoon, een rechtspersoon, een instelling voor zorgverlening of een zorggroep die tarieven in rekening brengt. Dit doet hij namens een (andere) bevoegde zorgverlener die zorg verleent.
 - de natuurlijke persoon die niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verzekerde zorg verleent. Het gaat dan om wijkverpleging die u zelf inkoopt met een Persoons Gebonden Budget (PGB).
- Een zorgverlener verleent zorg of levert medicijnen of hulpmiddelen en eventuele diensten die daarbij horen.

Eisen aan zorg en zorgverleners

De zorg en de zorgverlener moeten aan verschillende algemene voorwaarden voldoen:

- Per zorgvorm benoemen we de soort zorgverlener die de zorg mag leveren. Wij vergoeden geen zorg door een andere soort zorgverlener ook al is deze wel bevoegd om die zorg die leveren.
- De genoemde zorgverlener levert de zorg zelf en heeft een AGB-code. Een andere soort zorgverlener mag de zorg ook leveren als dat onder de verantwoordelijkheid van de genoemde zorgverlener gebeurt. Behalve als we bij een zorgvorm anders aangeven.
- De genoemde zorgverlener declareert onder eigen naam. Een instelling, een andere zorgverlener of een andere partij kan ook declareren als de naam van de behandelende, verantwoordelijke zorgverlener op de rekening staat.
- De zorgverlener moet bevoegd zijn om de zorg te leveren. Dit betekent dat hij moet voldoen aan de eisen en regels die via wetten aan zijn beroep, zijn bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld.
- Een in Nederland gevestigde zorgverlener moet voldoen aan de eisen van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ).
- De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) geldt ook voor artsen, tandartsen, apothekers, GZ-psychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen. Zij moeten zijn opgenomen in de landelijke BIG-registers of een ander register dat wij gelijkwaardig vinden.
- Van andere zorgverleners vergoeden wij alleen de zorg als zij op grond van artikel 34 van de Wet BIG een aangewezen opleiding hebben gevolgd. Zij moeten dan de titel of het onderscheidingsteken voeren die rechtmatig aan die opleiding verbonden is.

- Voor sommige zorgvormen hebben wij extra voorwaarden aan de zorgverlener gesteld als kwaliteitsgarantie. U leest dat bij de betreffende zorgverleners. Bijvoorbeeld: Een podotherapeut moet lid zijn van de N.V.v.P. Een alternatief zorgverlener moet als lid zijn ingeschreven bij één van de beroepsverenigingen voor alternatieve geneeswijzen; de lijst met beroepsverenigingen vindt u op onze website.
- Een zorgverlener in het buitenland voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld. Als deze regelgeving er niet is dan gelden de regels die in dat land daar zorgverleners binnen die zorg gebruikelijk is.

Zie ook:

- [AGB-code](#) (begrippen)
- [Buitenland](#) (begrippen)

Gecontracteerde zorgverleners

Wij hebben met zorgverleners contracten gesloten over zorg of middelen die zij leveren. In die contracten staan afspraken over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. Ook staan hierin de voorwaarden waaronder die zorg geleverd mag worden en de manier van declareren. Op onze website vindt u een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners.

Als wij een zorgverlener hebben gecontracteerd, dan is dat niet altijd voor alles wat hij levert. Dit kan betekenen:

- dat een zorgverlener wel bevoegd is om bepaalde zorg te verlenen, maar dat u hiervoor niet bent verzekerd. We hebben dan doelbewust een deel van zijn zorg of middelen niet gecontracteerd.
- dat u te maken krijgt met een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd tot een bepaald budget (omzetplafond). Of we hebben volumeafspraken gemaakt. Hierdoor kan het gebeuren dat een zorgverlener u niet in behandeling neemt. Op onze website geven wij het aan als wij hier met die betreffende zorgverlener afspraken over hebben gemaakt.

Naar een andere zorgverlener voor zorg uit uw aanvullende verzekering

Ook voor zorg uit uw aanvullende verzekering kan ons Zorgteam voor u contact opnemen met de zorgverlener. Gaat het om verzekerde zorg in natura? Dan kunnen zij u helpen om een andere zorgverlener te vinden.

Gaat het om verzekerde zorg op basis van restitutie? Dan kunnen zij kijken of u alsnog bij hem terecht kunt. Ook kunnen wij u helpen om een andere zorgverlener te vinden, als u dat liever wil.

Lopende behandeling

U kunt de behandeling ongehinderd afmaken als u al in behandeling bent bij een zorgverlener met budget- of volumeafspraken.

Zie ook:

- [Behandeling](#) (begrippen)

Niet-gecontracteerde zorgverleners uit uw aanvullende verzekering

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener uit uw aanvullende verzekering gaat, bestaat de kans dat wij de kosten niet volledig vergoeden. Zie hiervoor artikel A.20. Tarieven

Zorgverlener met zorgcontract of betaalovereenkomst

Gecontracteerde zorgverleners hebben altijd een betaalovereenkomst. Andere zorgverleners kunnen ook een betaalovereenkomst met ons hebben.

Andersom geldt dat niet. Zorgverleners met een betaalovereenkomst hoeven niet altijd een contract met ons over bepaalde zorg of levering van middelen te hebben.

Einde contract met zorgverlener tijdens behandeling

In de volgende gevallen zijn uw behandelingen nog maximaal één jaar verzekerd alsof een gecontracteerde zorgverlener de zorg heeft verleend:

- U bent onder behandeling bij een gecontracteerde zorgverlener. Gaandeweg de behandeling eindigt dat contract tussen uw zorgverlener en ons.
- U stapt tijdens uw lopende behandeling over van een andere verzekeraar naar ons. Uw zorgverlener was wel gecontracteerd bij uw oude verzekeraar maar (nog) niet bij ons.

Plaats van zorgverlening

Uw zorgverlener verleent de zorg op een locatie die redelijkerwijs passend, geschikt en medisch verantwoord is. Dit kan een locatie zijn waarover wij afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener of met u. Of een locatie die wettelijk of door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd daarvoor is aangewezen. In bijzondere situaties of bij bijzondere zorg noemen we de locatie. De zorg kan, als dat mogelijk is, ook online worden verleend.

A.18. Akkoordverklaring

Wanneer is een akkoordverklaring nodig?

Met akkoordverklaring bedoelen wij de schriftelijke verklaring van onze afdeling Medische Beoordelingen. Voor sommige zorg moeten wij eerst toestemming geven. U ziet dan bij deze zorg staan dat u een akkoordverklaring moet aanvragen. U moet deze aanvraag doen voordat u de zorg krijgt. Wij kijken bij de aanvraag voor de zorg of u voldoet aan de voorwaarden. Ook kijken wij of de zorg voor u passend en doelmatig is. Hiervoor hebben wij soms extra informatie nodig die we aan u vragen. Geven wij u akkoord? Dan leest u in de akkoordverklaring wat wij vergoeden en welke voorwaarden gelden.

Zie ook:

[Schriftelijk](#) (begrippen)

Akkoordverklaring voor zorg van een gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een gecontracteerde zorgverlener? Dan kan de zorgverlener namens ons beoordelen of u een akkoordverklaring krijgt. Dit hebben wij dan met de zorgverlener afgesproken.

Wat doet de gecontracteerde zorgverlener?

- De zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor de vergoeding van de zorg;
- De zorgverlener beoordeelt welke zorg u nodig heeft;
- De zorgverlener geeft een akkoordverklaring af.

Weet de zorgverlener niet zeker of alles in orde is? Dan stuurt hij de aanvraag naar ons zodat wij dit kunnen beoordelen. U hoeft dan zelf niets aan ons door te geven.

Akkoordverklaring voor zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u zelf een akkoordverklaring bij ons aanvragen. U doet dit alleen als wij voor deze zorg aangeven dat een akkoordverklaring nodig is. U kunt vragen of de zorgverlener u hierbij helpt.

Welke informatie hebben wij nodig?

- Een aanvraag met de reden waarom u de zorg nodig heeft;
- Als het mogelijk is: een overzicht van de kosten van de behandeling en een behandelplan.

Hebben wij nog meer informatie nodig? Dan laten wij u weten welke informatie wij missen.

U kunt de informatie opsturen naar de afdeling Medische Beoordelingen.

In welke taal moet u de aanvraag indienen?

Aanvragen en aanvullende informatie schrijft u in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Doet u uw aanvraag in een andere taal? Dan vragen wij een vertaling bij u op. U kunt er ook voor kiezen om de vertaling door ons te laten regelen. U moet dan de kosten van het vertaalbureau aan ons terug te betalen.

Akkoordverklaring voor hulpmiddelen

Voor veel hulpmiddelen kunt u voor aanschaf, bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie rechtstreeks bij een door ons gecontracteerde zorgverlener terecht. Deze zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking en welk hulpmiddel voor uw situatie is aangewezen. Als u voldoet aan de voorwaarden voor verstrekking, declareert hij het hulpmiddel rechtstreeks bij ons. Voldoet u niet aan de voorwaarden, dan kunt u kiezen:

- zelf voor het hulpmiddel te betalen; of
- alsnog zelf een akkoordverklaring bij ons aanvragen. Vermeld daar dan bij dat uw verzoek bij de zorgverlener is afgewezen. U vraagt de akkoordverklaring schriftelijk bij de afdeling Medische Beoordelingen aan. U moet hiervoor een zorgaanvraag naar ons sturen.

Als wij aanvullende informatie nodig hebben voor de beoordeling van de zorgaanvraag, zullen we die bij u opvragen. Als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat, stuurt deze vaak namens u de zorgaanvraag naar ons. Als u kiest voor een niet gecontracteerde zorgverlener moet u zelf de zorgaanvraag naar ons insturen. Voor een aantal hulpmiddelen is hiervoor een standaard aanvraagformulier. Dit kunt u vinden op onze website. U kunt ook telefonisch een aanvraagformulier opvragen bij onze afdeling Medische Beoordelingen.

Met de zorgaanvraag stuurt u ons een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de voorschrijver. Hierin staat de medische indicatie; eventueel aangevuld met een advies of rapportage als wij daar om vragen. Ook bevat de zorgaanvraag:

- uw relatienummer;
- uw naam, adres en woonplaats;
- uw geboortedatum;
- de naam van de zorgverlener die het hulpmiddel levert;
- een omschrijving van het gewenste hulpmiddel;
- het artikelnummer van de Z-index of de GPH-code: de zorgverlener kan u deze gegevens geven;
- een opgave van de periode dat u verwacht het hulpmiddel nodig te hebben;
- en als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat een offerte of prijsopgave van de kosten van het te leveren hulpmiddel.

Mededelingen en toezeggingen

De akkoordverklaring is alleen geldig als u schriftelijk toestemming van ons heeft gehad. Wij sturen dan een brief naar het door u doorgegeven post- of e-mailadres. Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die ontstaat als u te laat of geen berichten krijgt. Bijvoorbeeld omdat wij het verkeerde adres hebben ontvangen.

Geldigheidsduur

Een door ons afgegeven akkoordverklaring is geldig:

- op basis van algemeen geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden;
- voor maximaal 365 dagen, behalve als we anders aangeven. Als wij binnen deze periode de specifieke voorwaarden voor uw zorg veranderen, mag u de behandeling volgens de akkoordverklaring afmaken.

Een door ons afgegeven akkoordverklaring is niet meer geldig als:

- de betreffende wet- of regelgeving wijzigt; of
- als uw verzekering is veranderd of stopt. Behalve als de ingangsdatum van een behandeling met een DBC-zorgproductcode binnen de looptijd van uw verzekering ligt.

Zie ook:

[DBC Zorgproduct](#) (begrippen)

A.19. Rekeningen

Vergoeding algemeen

U krijgt nooit meer vergoed dan de werkelijke kosten van de zorg die op de rekening staan.

Rekeningen algemeen

Heeft u recht op vergoeding? Dan ontvangt u de vergoeding op uw banknummer (IBAN) dat bij ons bekend is.

Declareren en vergoeden van rekeningen kan op verschillende manieren:

- Een gecontracteerde zorgverlener declareert meestal rechtstreeks bij ons. Wij vergoeden dan rechtstreeks aan de zorgverlener.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener geeft of stuurt u de rekening. Deze kunt u bij ons declareren. Wij vergoeden dan aan u als u daar recht op heeft.
- De volgende acties of handelingen zijn uitgesloten:
- uw vordering of een ander recht op ons mag u niet overdragen aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of aan iedere andere derde;
- een zekerheidsrecht (zoals een pandrecht) mag u niet geven aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of anderen die wij niet gecontracteerd hebben;
- een niet-gecontracteerde zorgverlener of iedere andere derde mag u geen toestemming, een last, instructie of andere opdracht geven om namens u te declareren. Zij mogen ook geen betaling in ontvangst te nemen, of een betaling aannemen waarmee een verplichting van u aan die ander wordt voldaan. Ook niet als u daar toestemming of opdracht voor geeft.

Waar rekeningen aan moeten voldoen

Aan welke eisen moet een rekening voldoen?

- het moet gaan om zorg die werkelijk geleverd is;
- de rekening moet binnen 36 maanden na de zorg bij ons binnen zijn. U heeft geen recht meer op vergoeding als wij de rekening na 36 maanden binnen hebben.
- de rekening is in een van de volgende talen: Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Dit geldt ook voor behandelverslagen. Is dit niet een van die talen? Dan vragen wij u om een vertaling van de rekening. U kunt de vertaling ook door ons te laten regelen. U moet dan wel de kosten van het vertaalbureau aan ons terug te betalen;
- u moet de rekening hebben ingestuurd of een gecontracteerde zorgverlener heeft dat namens u gedaan;
- wij moeten de rekening zonder navraag, bewerking of onderzoek kunnen afhandelen. Wij gaan daarbij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst. In ieder geval moet op de rekening staan:
- naam en adres van de zorgverlener;
- uw naam en geboortedatum;
- de inhoud van de gegeven zorg;
- de datum of de periode waarin de zorg is gegeven;
- de kosten van de gegeven zorg;
- de juiste DBC-zorgproductcode als het gaat om medisch specialistische zorg;
- het nummer van de zorgverlener in het BIG-register als het om een zorgverlener gaat die BIG-geregistreerd moet zijn;
- de AGB-code als dat van toepassing is.
- de vereisten aan een rekening zoals de belastingdienst die stelt voor de BTW.

Bij vergoeding van de zorg gaat het om de datum van de behandeling of de levering. De datum van de rekening of de datum van een bestelling van een (hulp)middel is niet van belang.

Wat doen wij niet?

- wij vergoeden geen offertes, voorschotrekeningen, herinneringen of aanmaningen;
- wij sturen geen rekeningen of documenten die bij de rekening horen terug. Ook niet als er maar een deel of helemaal niets is vergoed. U kunt wel een gewaarmerkte kopie (kopie van de rekening met een originele waarmerkstempel) bij ons opvragen.

Zie ook:

- [AGB-code](#) (begrippen)
- [DBC Zorgproduct](#) (begrippen)

Zorgkosten declareren

Hoe kunt u uw zorgkosten declareren?

- met uw smartphone via onze app stuurt u ons de rekeningen digitaal;
- online via de Mijn omgeving stuurt u ons de rekeningen digitaal;
- via de post stuurt u ons de originele rekeningen;

Soms mag het ook een kopie zijn als u dat met ons heeft afgesproken. Dat is een uitzondering. Uw gecontracteerde zorgverlener stuurt de rekeningen rechtevrees naar ons in.

Als wij rechtstreeks betalen aan de zorgverlener

Als wij met een zorgverlener hebben afgesproken dat hij de rekeningen rechtstreeks bij ons declareert dan betalen wij ook rechtstreeks aan de zorgverlener. U bent verplicht hieraan mee te werken. Op dat moment vervalt onze plicht om die kosten aan u te vergoeden. Een rekening van een zorgverlener kunnen we ook verrekenen met een voorschot dat de zorgverlener al heeft gehad.

Bewaren van originele rekeningen

Heeft u gedeclareerd via e-mail, internet, de app of de Mijn omgeving? Dan moet u de papieren, originele rekeningen nog minimaal 2 jaar bewaren. Wij kunnen deze opvragen voor controle.

Vergoeding van rekeningen tijdens verzekerde periode

Wij vergoeden alleen rekeningen voor zorg tijdens uw verzekerde periode. Is een behandeling met een Diagnose Behandel Combinatie (DBC zorgproductcode) gedeclareerd? Dan moet de startdatum van de DBC in uw verzekerde periode liggen. Ligt de startdatum eerder dan ingang van uw verzekering bij ons? Dan valt de hele DBC buiten uw verzekerde periode. Ook als de behandeling voor een deel doorloopt in uw verzekering bij ons. De DBC moet dan bij uw vorige verzekeraar worden ingediend.

Zie ook:

[DBC Zorgproduct](#) (begrippen)

Volgorde van vergoeding

Wij verwerken rekeningen op een bepaalde volgorde. Zo bepalen we of u een vergoeding krijgt en hoeveel dat is.

Eerst kijken we of een rekening vergoed moet worden uit een andere verzekering zoals een volksverzekering of sociale verzekering. Bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg, Jeugdwet of Wet maatschappelijke ondersteuning.

Volgorde van vergoeden van zorg uit de aanvullende verzekering

Als laatste handelen wij de rekening af volgens uw aanvullende verzekering(en). Dat doen we in deze volgorde:

- eerst een collectieve aanvullende verzekering die u bijvoorbeeld via uw werk bij ons heeft afgesloten;
- dan een individuele aanvullende verzekering. Daarin zijn vergoedingen opgenomen voor verschillende soorten zorg;
- en daarna een specifieke aanvullende verzekering. Hierin is een vergoeding opgenomen voor één of enkele soort(en) zorg. Bijvoorbeeld alleen voor mondzorg.

Verzekering voor een deel van het jaar

Er zijn vergoedingen met een maximum bedrag of maximaal aantal behandelingen per jaar. Begint of stopt uw verzekering in de loop van een jaar? Dan krijgt u niet minder vergoed. Wij verminderen het maximum bedrag of maximaal aantal behandelingen van dat jaar niet.

Verandering van aanvullende verzekering

Voor zorg uit uw aanvullende verzekering kunt u per verzekerde een maximale of gedeeltelijke vergoeding krijgen over een bepaalde periode. Die periode kan bijvoorbeeld een aantal jaren zijn maar ook een eenmalige vergoeding over de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent.

Wat gebeurt er dan als u uw aanvullende verzekering verandert, later opnieuw of een andere aanvullende verzekering bij ons afsluit?

- dan telt het bedrag dat u al vergoed heeft gekregen uit uw eerdere aanvullende verzekering(en) mee voor het maximum bedrag van uw nieuwe aanvullende verzekering;
 - ook telt het aantal behandelingen dat u in uw eerdere aanvullende verzekering(en) heeft verbruikt mee voor het maximum aantal behandelingen van uw nieuwe aanvullende verzekering;
 - en de periode waarin u recht heeft op een vergoeding loopt door in uw nieuwe aanvullende verzekering. Deze periode start op het moment waarop u voor het eerst kosten maakt;
 - als we zorg eenmaal per verzekerde vergoeden tellen vergoedingen die u in eerdere jaren heeft gekregen ook mee in een volgende aanvullende verzekering. Ook als u tussentijds ergens anders verzekerd bent geweest.
- Ook als wij vergoedingen of aantal behandelingen in uw aanvullende verzekering veranderen tellen vergoedingen die u eerder heeft gekregen mee in de nieuwe aanvullende verzekering. Orthodontie uit uw aanvullende verzekering is een uitzondering. Voor deze zorg tellen eerdere vergoeding niet mee in een nieuwe of latere aanvullende verzekering.

Zie ook:

- [Aanvullende verzekering](#) (begrippen)
- [Jaar](#) (begrippen)

Zorg in voorliggende verzekeringen ook in uw aanvullende verzekering

In uw aanvullende verzekering kan zorg verzekerd zijn waarvan al een deel vergoed is uit een andere verzekering. Bijvoorbeeld zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of uit uw basisverzekering.

Wat moet u doen om deze kosten te declareren? Bij uw rekening stuurt u een originele schriftelijke verklaring van de andere verzekeraar of de andere uitvoerende instantie. Hierin moet staan dat de rekening daar al is gedeclareerd en afgehandeld. Wij beoordelen dan of er nog (een gedeelte) wordt vergoed uit uw aanvullende verzekering.

A.20. Tarieven

Hier leest u:

over onze tarieven

Hoogte van de tarieven: U heeft zorg nodig die verzekerd is als zorg op basis van restitutie

Voor zorg die verzekerd is op basis van restitutie vergoeden wij 100% van de kosten van de verzekerde zorg (restitutie) maar niet meer dan:

- het wettelijk vast tarief, of als dit niet bestaat;
- het wettelijk maximum tarief, of als dit niet bestaat;
- het marktconforme tarief.

Wij vergoeden nooit meer dan het gedeclareerde tarief of het maximum dat bij de verzekerde zorg staat.

Tip!

Als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat vergoeden we 100% van het afgesproken tarief. Met gecontracteerde zorgverleners hebben wij meestal lagere tarieven afgesproken dan het tarief dat een niet-gecontracteerde zorgverlener rekent. U betaalt dus meestal voor die zorg minder eigen risico bij een gecontracteerde zorgverlener.

Zie ook:

- [Gedeclareerde tarief](#) (begrippen)
- [Marktconform tarief](#) (begrippen)
- [Tarief](#) (begrippen)
- [Wettelijk maximum tarief](#) (begrippen)
- [Wettelijk vast tarief](#) (begrippen)

Omzetbelasting

Een zorgverlener kan verplicht zijn om over het bedrag van de zorg omzetbelasting te betalen. Of een vergelijkbare belasting in het buitenland te betalen. Deze kosten worden vergoed als hij deze bij u in rekening brengt.

A.21. Algemene uitsluitingen

Hier leest u:

over onze algemene uitsluitingen

Algemene uitsluitingen

Onderstaande kosten of zorg vergoeden wij niet:

- als u een afspraak met een zorgverlener niet nakomt;
- kosten van een spoedeisende behandeling in het buitenland die een (reis)verzekeraar bij ons declareert;
- deze (reis)verzekeraar is niet aangesloten bij het Convenant Samenloop;
- als u geen verzekering bij ons zou hebben dan zouden deze kosten wel vergoed worden uit uw (reis)verzekering. Uw (reis)verzekeraar heeft de kosten dus uitgesloten als u een verzekering bij ons heeft.
- het kan ook gaan om andere kosten die door die (reis)verzekeraar zijn betaald of voorgesloten.
Toelichting:
Deze (reis)verzekeraar heeft niet het Convenant Samenloop ondertekend. Dit convenant is een overeenkomst die de verdeling van kosten regelt die aan verzekerden zijn vergoed. Het maakt niet uit of de (reis)verzekering eerder of later is ingegaan dan uw verzekering bij ons. Onze verzekering dient als excedentverzekering. Dat betekent dat wij alleen kosten vergoeden die boven de dekking van die (reis)verzekering komen.
- zorg die u ook vergoed zou kunnen krijgen uit een andere verzekering of regeling en u ons niet heeft doorgegeven wat de naam van die verzekeraar is;
- kosten van geldverkeer, administratie-, facturerings- of verzendkosten.
- meer dan één behandeling van dezelfde soort zorg op één dag. Dat wordt alleen vergoed als dat specifiek als dekking in uw verzekering staat.
- een behandeling die geen verantwoorde en adequate zorg of dienst is. Hierbij kijken we naar stand van de medische wetenschap en praktijk. Of als de zorg niet erkend is volgens de medische normen die in Nederland gelden.
- een behandeling waarvan wij vinden dat deze nog in een wetenschappelijke of experimentele fase zit;
- een behandeling waarvan wij vinden dat die niet bedoeld is om de ziekte of aandoening tegen te gaan. Of die een ziekte of aandoening voorkomt;
- zorg met een behandeldatum buiten uw verzekerde periode. Dus voordat uw verzekering is gestart of als uw verzekering al is geëindigd. Bij een DBC moet alleen de startdatum in uw verzekerde periode vallen.
- zorg via telefoon, online of op afstand waarvan wij vinden dat dit niet logisch is en niet passend. We verwachten dan dat zorg niet leidt tot een gewenst resultaat. Bijvoorbeeld: een gaatje vullen bij de tandarts kan niet telefonisch. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is bijvoorbeeld wel online mogelijk.
- zorg die u als zorgverlener aan uzelf heeft verleend;
- kosten van zorg die uitkomen boven het maximum bedrag of maximum aantal. Het maakt daarbij niet uit of u het jaar ervoor niet alles van die zorg heeft gebruikt;
- zorg die u krijgt van een zorgverlener die uw partner, een gezinslid of een familielid in de eerste of tweede graad is;
- behandelingen die nodig zijn als gevolg van atoomkernreacties. Zorg die nodig is door radioactief materiaal buiten een kerninstallatie wordt wel vergoed. Maar dat kan alleen onder deze voorwaarden:
- er is een vergunning van de Rijksoverheid voor de plaatsing van de nucliden;
- de plaats van dit materiaal is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
- volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde aansprakelijk voor de schade.
- zorg die u krijgt als u in hechtenis bent of in de gevangenis zit. Het maakt niet uit of dat in Nederland of in het buitenland is. U krijgt dan zorg die door de instelling geregeld wordt. In Nederland zorgt het Ministerie van Justitie daarvoor.

- een nieuw hulpmiddel omdat uw oude hulpmiddel niet goed meer werkt;
- doordat u de voorschriften of uitleg van het gebruik bewust niet opvolgde;
- omdat het kapot is gegaan door uw eigen schuld.
- (wettelijke) eigen bijdragen uit de Jeugdwet, Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) of de Zorgverzekeringswet. Een vergoeding voor een eigen bijdrage kan wel zijn opgenomen in een aanvullende verzekering.
- kosten die boven het maximum tarief uitkomen dan waar u voor verzekerd bent.

Zie ook:

- [Behandeling](#) (begrippen)
- [Buitenland](#) (begrippen)
- [DBC Zorgproduct](#) (begrippen)
- [Jaar](#) (begrippen)
- [Tarief](#) (begrippen)

Geen vergoeding uit uw aanvullende verzekering

Wij vergoeden uit uw aanvullende verzekering geen (kosten van) zorg die vergoed zouden kunnen worden uit een van deze andere regelingen of verzekeringen:

- een Nederlandse of buitenlandse volksverzekering, sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling. Bijvoorbeeld de Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, Wet langdurige zorg (Wlz) en Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO);
- een Nederlandse of buitenlandse regeling vanuit de overheid of een subsidieregeling. Bijvoorbeeld Rijksvaccinatieprogramma's;
- een EU-Verordening, het EU-Verdrag, het EER-Verdrag of een door Nederland gesloten bilateraal sociaal zekerheidsverdrag;
- een andere overeenkomst. Het maakt niet uit of deze overeenkomst eerder of later is ingegaan dan uw aanvullende verzekering bij ons.

Wij vergoeden niet meer dan 1 behandeling van dezelfde soort op 1 dag. Met 'soort behandeling' bedoelen wij de zorg die beschreven is per (sub)artikel; 1 (sub)artikel is 1 zorgsoort.

Geen vergoeding bij molest en terrorisme

Onderstaande kosten vergoeden wij niet:

- Molestschade. Dit zijn kosten die zijn ontstaan door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij in Nederland. Dit staat in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht. Wij gaan uit van de begripsomschrijvingen die het Verbond van Verzekeraars hiervan heeft vastgelegd.
- Terrorismerisico. Dit zijn kosten die zijn ontstaan door terrorisme, kwaadwillige besmetting, preventieve maatregelen of voorbereidende handelingen en gedragingen. Zowel in Nederland als in het buitenland. We vergoeden dit alleen als wij de kosten kunnen betalen van het bedrag dat wij uit de herverzekering ontvangen: de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (N.H.T.) in Amsterdam.

De herverzekering van de N.H.T. dekt de kosten van terrorismerisico tot maximaal 1 miljard euro per jaar. Dit bedrag kan per jaar aangepast worden. Het bedrag geldt voor alle verzekeraars samen die bij de N.H.T. zijn aangesloten. Na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet kan een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld. U bent dan verzekerd voor een aanvullende vergoeding. De hoogte daarvan wordt bepaald uit dat wetsartikel 33.

Woont u niet in Nederland? Dan valt u niet onder deze herverzekering. U krijgt dan dus geen vergoeding.

Meer uitleg over terrorisme vindt u op de website van de N.H.T.

Er is een landelijk 'Clausuleblad Terrorismen' (clausuleblad NHT) uitgegeven. U kunt hierover meer terugvinden op nht.vereenende.nl.

Geen vergoeding bij eigen schuld

Schuld, roekeloosheid of opzet

Krijgt u een ziekte of aandoening of raakt u gewond door uw eigen schuld, uw roekeloosheid of uw opzet?

Dan vergoeden wij de zorg die daardoor nodig is niet.

Voorbeelden hiervan zijn:

- besturing van een voertuig, vaartuig of luchtvaartuig als niet is voldaan aan de wettelijke eisen. Bij een luchtvaartuig gaat het ook om een vliegtuig, helikopter, parachute, luchtballon en deltavlieger;
- u doet mee aan races of snelheidswedstrijden met een voer-, vaar- of luchtvaartuig;
- u doet als beroepssporter mee aan een sport;
- u heeft meegeedaan aan een vechtpartij of geweldpleging;
- u doet mee aan gewapende handelingen in een buitenlandse landmacht, zeemacht of luchtmacht. Behalve als u uitsluitend als hulpverlener in opdracht van een erkende humanitaire organisatie humanitaire hulp of zorg verleent of uitsluitend medische handelingen verricht. Dan vergoeden we de zorg die u daardoor nodig heeft wel.
- u werkt niet mee aan uw genezingsproces of u werkt uw genezing tegen.
- u reist naar of u bent in het buitenland maar voor uw vertrek is al een negatief reisadvies afgegeven door de overheid. Het gaat daarbij om:
 - het advies om alleen te reizen als het echt noodzakelijk is (code oranje);
 - het advies om niet te reizen (code rood).
 Het negatief reisadvies is afgegeven omdat:
 - er een (dreigende) oorlogssituatie of andere toestand is waarbij een bedreigende situatie kan ontstaan;
 - er een dreiging van besmettelijke ziekteverwekkers is. Bijvoorbeeld virussen, bacteriën, schimmels of andere vormen of combinaties daarvan.
 De behandeling of verleende zorg moet een oorzakelijk verband hebben met het negatief reisadvies. Behalve als u uitsluitend als hulpverlener in opdracht van een erkende humanitaire organisatie humanitaire hulp of zorg verleent of uitsluitend medische handelingen verricht. Dan vergoeden we de zorg die u daardoor nodig heeft wel.

Wanneer vergoeden we wel?

We vergoeden wel de zorg die is ontstaan door:

- rechtmatige zelfverdediging;
- redden van uzelf, andere personen of dieren;
- redden van spullen van uzelf of van anderen. De redding, handeling of het gedrag dat als een uitsluiting is genoemd moet dan redelijkerwijs gerechtvaardigd zijn. Of de redding is een wettelijke zorgplicht geweest.

Misdrijf, overtreding en fraude

Krijgt u een ziekte of aandoening of raakt u gewond doordat u een misdrijf heeft gepleegd, een overtreding heeft begaan of fraude heeft gepleegd? Dan vergoeden wij de zorg die daardoor nodig is niet. Dat geldt ook als u alleen medeplichtig bent aan een poging tot een misdrijf, overtreding of fraude. Pleegt iemand anders die belang heeft bij de vergoeding of de verzekeringsovereenkomst een misdrijf, overtreding of fraude?

Bijvoorbeeld een zorgverlener? Ook dan vergoeden we de kosten van zorg die daar het gevolg van zijn niet.

Bij fraude kunnen we het volgende doen:

- aangifte doen bij de politie;
- uw verzekering beëindigen;
- een registratie doen in de signaleringssystemen die verzekeraars gebruiken;
- een vergoeding en (onderzoeks)kosten die wij maken bij u terughalen.

A.23. Klachten

Klacht over standaardformulieren

Vindt u onze formulieren te ingewikkeld of niet nodig? Of vindt uw zorgverlener of een andere zorgverzekeraar dat? Dan kan u of degene die de klacht heeft, deze indienen bij de NZa: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht. De NZa doet een bindende uitspraak over de klacht.

Klacht

Heeft u een klacht over uw verzekering? Deze kunt u schriftelijk of telefonisch indienen. Wij laten u weten wat onze beslissing is over de klacht. Onze contactgegevens vindt u op onze website.

Gaat u niet akkoord met onze beslissing en zijn uw klachten niet naar redelijkheid weggenomen? Dan kunt u kiezen wat u wil doen:

- u kunt naar de bevoegde rechter of
- u kunt uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). U doet dat schriftelijk naar Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Bij de SKGZ werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Als u gekozen heeft voor een van de mogelijkheden dan kunt u daarna niet meer voor de andere mogelijkheid kiezen.

A.24. Nederlands Recht

Nederlands Recht

Op uw verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

A.25. Wat als een situatie niet geregeld is?

Wat als een situatie niet geregeld is?

Als iets niet in onze verzekeringsvoorwaarden staat dan beslist onze raad van bestuur of directie hoe wij hiermee omgaan.

- U bent bezig met uw 3e poging. Er wordt een embryo teruggeplaatst, maar 14 weken na de dag van de follikelpunctie eindigt de zwangerschap. U heeft dan opnieuw recht op 3 pogingen (als u jonger bent dan 43 jaar) omdat er sprake was van een gerealiseerde zwangerschap.
 - U heeft 3 pogingen gehad zonder resultaat. Na een tijd wordt u toch zwanger. U heeft dan daarna opnieuw recht op 3 pogingen als u jonger bent dan 43 jaar.
 - Na een gerealiseerde zwangerschap heeft u opnieuw recht op deze zorg.
Een gerealiseerde zwangerschap houdt in:
 - een zwangerschap van tenminste 9 weken en 3 dagen, gerekend vanaf de implantatie in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's; of
 - een zwangerschap van tenminste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie; of
 - een zwangerschap van tenminste 12 weken, gerekend vanaf de 1e dag van de laatste menstruatie in geval van een spontaan ontstane (fysiologische) zwangerschap.
 - Er is sprake van een IVF-poging als de follikelpunctie is geslaagd.
Er is sprake van een in-vitrofertilisatie (één IVF-poging) als fase 2, de follikelpunctie (het verkrijgen van de rijpe eicellen) is geslaagd. Terugplaatsing van eerder verkregen (ingevroren) embryo's maakt deel uit van de IVF-poging waarin de embryo's zijn verkregen.
- Vruchtbaarheidsbehandeling: fases waar IVF uit bestaat.**
Een in-vitrofertilisatie (IVF) omvat 4 opeenvolgende stadia:
- Fase 1: Hormonale behandeling die de rijping van de eicellen bevordert;
 - Fase 2: Follikelpunctie (verkrijgen van rijpe eicellen);
 - Fase 3: Bevruchting van de eicellen en kweken van embryo's in het laboratorium;
 - Fase 4: Een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoeder.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Gynaecoloog in een vergunninghoudende instelling.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Behandeling van de donor van de eicel en donatie van de eicel in geval van een eiceldonatie. Voor de vergoeding van eiceldonatie gelden landelijke criteria.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Mondzorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Mondzorg in bijzondere gevallen (artikel B.12.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Mondzorg in bijzondere gevallen.
Het gaat om mondzorg als u een ernstige aandoening heeft in het aangezicht, de mond, kaken of uw gebit. Of als u een verstandelijke of lichamelijke aandoening heeft waardoor reguliere mondzorg niet mogelijk is. De behandeling kan ook onder algehele anesthesie of sedatie worden gedaan.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor mondzorg in bijzondere gevallen.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- of mondstelsel.
 - Er is sprake van een verworven afwijking van het tand-, kaak- of mondstelsel.
 - U heeft een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening.
 - U krijgt een medische behandeling die aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft zonder tandheelkundige zorg.
Hierbij gaat het meestal 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.

Wat zijn de voorwaarden?

- Zonder de bijzondere mondzorg zou u de functie van uw gebit niet kunnen behouden.
Of uw gebit zou niet de functie krijgen zoals het zou functioneren zonder dat u een van de genoemde aandoeningen heeft.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of tandarts-implantoloog als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken bij één van deze situaties:
 - als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
 - als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Mondhygiënist.
De mondhygiënist beheert zijn of haar praktijk voor eigen rekening en verantwoordelijkheid.
- Kaakchirurg.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

- **Orthodontist.**
De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie: een bevoegde zorgverlener in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) dat door Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) is erkend.
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie: een bevoegde zorgverlener waarmee wij afspraken hebben gemaakt over deze behandelingen.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Een mandibulair repositie apparaat (MRA).
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001).
- Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002).
- Uitwendig bleken per kaak (code K003).
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Plaatsen implantaat in tandeloze kaak (artikel B.12.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor plaatsen implantaat in tandeloze kaak.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) dat op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts.
- Tandarts-implantoloog.

De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor het plaatsen van een of meer implantaten in de bovenkaak.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- Voor de onderkaak beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener is altijd een akkoordverklaring nodig. Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Kaakchirurg.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Orthodontie in bijzondere gevallen (artikel B.12.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Orthodontie in bijzondere gevallen.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor orthodontie in bijzondere gevallen.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.
Er is altijd sprake van een zeer ernstige stoornis waarbij medebehandeling van andere disciplines dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.
- Bij prothetische nabehandeling is een behandelplan nodig.
Als bij een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling een prothetische nabehandeling nodig is, moet een vooraf een multidisciplinair behandelplan door alle betrokken zorgverleners opgesteld worden.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw orthodontist of tandarts voor orthodontie, die voldoet aan de extra eisen van de VTvo, meesturen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Orthodontist.
De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- Tandarts voor orthodontie die voldoet aan de extra eisen van de VTvo.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37, H38 en H39).
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811A*).
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811B*).
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811C*).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Reguliere mondzorg (artikel B.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Periodiek onderzoek.
- Incidenteel tandheelkundig consult.
- Verwijderen tandsteen.
- Aanbrengen fluoride vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen.
- Aanbrengen van een beschermend laklaagje op bovenkant kies (sealingsfissuurlak).
- Behandeling van steunweefsel van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg).
- Restaureren (vullen) van tand of kies met plastisch materiaal.
- Intake nieuwe patiënt.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor reguliere mondzorg .

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor bepaalde mondzorg.
Als de behandeling door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg wordt gedaan heeft u een akkoordverklaring nodig als het gaat om:
de behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg).

Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie.

Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

- Als het gaat om mondzorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.). heeft u altijd een akkoordverklaring nodig.
- Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Wij kunnen de akkoordverklaring intrekken bij één van deze situaties
 - als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
 - als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan ziekenhuis of Z.B.C.
Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), waarmee we bedoelen: - een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.) - een algemeen ziekenhuis - een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis dat slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis) - een universitair ziekenhuis.
- Mondhygiënist.
De mondhygiënist beheert zijn of haar praktijk voor eigen rekening en verantwoordelijkheid.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Kroon, brug en implantaat.
Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen of als front-, snij- of hoektand ontbreekt als direct gevolg van een ongeval of omdat deze niet is aangelegd, worden deze kosten wel vergoed.
- Orthodontie en bijbehorende röntgenfoto.
Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen wordt deze zorg wel vergoed.
- Gebitsbeschermer of mondbeschermer (code M61).
Behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen.
- Uitwendig bleken van tanden (code E97).
- Slijpen en/of behandelen melkelement (code M05).
- Een mandibulair repositie apparaat (MRA).
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Eenvoudig bacteriologisch onderzoek (code M32).
- Behandeling van witte vlekken (codes M80* en M81*).
- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37, H38 en H39).
- Uitgebreid onderzoek ten behoeve van het integrale behandelplan (code C012).
- Het maken en bespreken van een restauratieve proefopstelling (code C016*).
- Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001).
- Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002).
- Uitwendig bleken per kaak (code K003).
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Reguliere en specialistische mondzorg (artikel B.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Verdoving (lokale anesthesie).
- Behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg).
- Behandeling van het kaakgewricht (gnathologische zorg).
- implantaat met kroon ter vervanging van ontbrekende, blijvende snij- of hoektand.
Dit is nodig omdat blijvende snij- of hoektand niet is aangelegd. Of omdat deze geheel ontbreekt als direct gevolg van een ongeval. Het kan gaan om één of meer elementen.
- Chirurgische tandheelkundige zorg.
Behalve het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.
- Röntgenonderzoek dat nodig is voor reguliere mondzorg.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor reguliere en specialistische mondzorg.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor bepaalde mondzorg.
Als het gaat om één van deze behandelingen:

- vervangen en/of restaureren van tanden en/of kiezen met niet-plastische materialen;
- plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden te vervangen die u mist als direct gevolg van een ongeval, of omdat deze niet zijn aangelegd;
- het plaatsen van tandheelkundige implantaten voor elementen die niet zijn aangelegd in het geval van oligodontie ten behoeve van het herstel van de functie;
- het maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT, aangeduid met code X21);
- het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten) (code H36, H37, H38 en H39). De aanvraag wordt gedaan door het hoofd van het behandelteam met het speciale aanvraagformulier voor deze behandeling.

Als de behandeling door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg wordt gedaan heeft u ook een akkoordverklaring nodig als het gaat om één van deze behandelingen:

- trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
- kaakoperatie (osteotomie);
- plaatsen van een tandheelkundig implantaat.

Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie.

Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

- Als het gaat om mondzorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.), heeft u altijd een akkoordverklaring nodig.
- Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Wij kunnen de akkoordverklaring intrekken bij één van deze situaties
- als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
- als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugd tandverzorging.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan ziekenhuis of Z.B.C.
Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), waarmee we bedoelen: - een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.) - een algemeen ziekenhuis - een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis dat slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis) - een universitair ziekenhuis.
- Het hoofd van een team dat het specifieke opleidingstraject heeft gevolgd en aantoonbare specifieke deskundigheid heeft, als het gaat om het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), code H36, H37, H38 en H39.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Kroon, brug en implantaat.
Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen of als front-, snij- of hoektand ontbreekt als direct gevolg van een ongeval of omdat deze niet is aangelegd, worden deze kosten wel vergoed.

- Gebitsbeschermer of mondbeschermer (code M61).
Behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen.
- Uitwendig bleken van tanden (code E97).
- Slijpen en/of behandelen melkelement (code M05).
- Een mandibulair repositie apparaat (MRA).
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontie.
- Plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
Behalve als sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen. Zie artikel 'Orthodontie in bijzondere gevallen'.
- Orthodontie en bijbehorende röntgenfoto.
Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen wordt deze zorg wel vergoed.
- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37, H38 en H39).
- Uitgebreid onderzoek ten behoeve van het integrale behandelplan (code C012).
- Het maken en bespreken van een restauratieve proefopstelling (code C016*).
- Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001).
- Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002).
- Uitwendig bleken per kaak (code K003).
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Kunstgebit tot en met 17 jaar (artikel B.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Volledig kunstgebit.
Uitneembare conventionele gebitsprothese inclusief bijbehorende materiaal- en techniekkosten.
- Gedeeltelijk kunstgebit (uitneembare partiële gebitsprothese).
Plaat- of frameprothese inclusief bijbehorende materiaal- en techniekkosten.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor kunstgebit tot en met 17 jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts bij behandeling door een tandprotheticus als u nog eigen tanden en/of tandheelkundige implantaten heeft.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor bepaalde mondzorg.
In al deze situaties:
 - Als de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts of tandprotheticus meer dan € 760,- per kaak bedragen;

- Als de behandeling door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg wordt gedaan heeft u ook een akkoordverklaring nodig als het gaat om trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
- Als het gaat om mondzorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.). is altijd een akkoordverklaring nodig.

Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.

- Wij kunnen de akkoordverklaring intrekken bij één van deze situaties
- als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
- als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan ziekenhuis of Z.B.C.
Een instelling voor medisch specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), waarmee we bedoelen: - een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.) - een algemeen ziekenhuis - een categoriaal ziekenhuis (ziekenhuis dat slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis) - een universitair ziekenhuis.
- Tandprotheticus voor zover daartoe bevoegd.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Uitgebreid onderzoek ten behoeve van het integrale behandelplan (code C012).
- Het maken en bespreken van een restauratieve proefopstelling (code C016*).
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Kaakchirurgie vanaf 18 jaar (artikel B.14.a.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Kaakchirurgie.
Dit is mondzorg voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie die wordt uitgevoerd door een medisch specialist (kaakchirurg). De mondzorg bestaat uit al deze zorg:
 - specialistische chirurgische mondzorg;
 - daarbij behorende röntgenonderzoek;
 - opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 100 % voor kaakchirurgie vanaf 18 jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- In geval van een opname, moet deze medisch noodzakelijk zijn voor specialistische chirurgische mondzorg.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts.
- Orthodontist.
- Huisarts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor bepaalde kaakchirurgie.
Als het gaat om één van deze behandelingen:
 - behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
 - het trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
 - een kaakoperatie (osteotomie).

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Kaakchirurg.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Parodontale chirurgie door een kaakchirurg.
Chirurgie aan de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees.
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies).
- Plaatsen van tandheelkundig implantaat.
- Een mandibulair repositie apparaat (MRA).
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37, H38 en H39).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Volledig kunstgebit voor boven- en/of onderkaak zonder implantaten, vanaf 18 jaar (artikel B.14.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Volledig kunstgebit.
Het gaat hierbij om één van deze soorten kunstgebit zonder implantaten:
 - uitneembare volledige kunstgebit (conventionele gebitsprothese) voor boven- en/of onderkaak;
 - tijdelijke volledig kunstgebit;
 - uitneembare volledige vervangingsprothese;

- uitneembare volledige overkappingsprothese op één of meerdere natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen) voor de boven- en/of onderkaak.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 75 % voor volledig kunstgebit voor boven- en/of onderkaak zonder implantaten, vanaf 18 jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 25%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Bij een behandeling waarvoor u een akkoordverklaring nodig heeft, is de aanspraak niet hoger dan waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven.
- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij kosten boven de € 760,- per kaak als het kunstgebit is gemaakt en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus.
Het gaat hier om de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar.
Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Reparatie en rebasen volledig kunstgebit vanaf 18 jaar (artikel B.14.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Reparatie en opvullen (rebasen) van volledig kunstgebit (uitneembare volledige overkappingsprothese).

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 90 % voor reparatie en rebasen volledig kunstgebit vanaf 18 jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 10%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus voor kunstgebit (eventueel op tandheelkundige implantaten), niet op natuurlijke elementen.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Ondergebit op implantaten vanaf 18 jaar (artikel B.14.c.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Volledig kunstgebit op implantaten (klikgebit) in de onderkaak.
Uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten in de onderkaak. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 90 % voor ondergebit op implantaten vanaf 18 jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 10%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar.
Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt een akkoordverklaring aan als dat nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Plaatsen van tandheelkundig implantaat.
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Bovengebit op implantaten vanaf 18 jaar (artikel B.14.c.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Volledig kunstgebit op implantaten (klikgebit) in de bovenkaak.
Uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten in de bovenkaak. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 92 % voor bovengebit op implantaten vanaf 18 jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 8%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar.
Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt een akkoordverklaring aan als dat nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Plaatsen van tandheelkundig implantaat.
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Reparatie of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten (artikel B.14.b.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Reparatie en opvullen (rebasen) van volledige uitneembare prothese (klikgebit) op implantaten.
- Reparatie van het vaste gedeelte van de suprastructuur op de implantaten en/of het deel van de suprastructuur in de prothese.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 90 % voor reparatie of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 10%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- U heeft een verwijzing nodig van een tandarts of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als een tandprotheticus de aanvraag doet.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt een akkoordverklaring aan als dat nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus voor kunstgebit (eventueel op tandheelkundige implantaten), niet op natuurlijke elementen.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Implantaat met kroon ter vervanging van een snij- of hoektand, vanaf 18 jaar (artikel B.14.e.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Implantaat met kroon.
Vervangen van snij- of hoektand(en) met niet-plastische materialen (kroon) en het plaatsen van tandheelkundig implantaat.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 22 jaar: vergoeding van 100 % voor implantaat met kroon ter vervanging van een snij- of hoektand, vanaf 18 jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U mist één of meer blijvende snij- of hoektanden omdat deze niet zijn aangelegd.
 - U mist één of meer blijvende snij- of hoektanden als direct gevolg van een ongeval voor uw 18-jarige leeftijd.
Dit geldt ook in situaties waarbij:
 - een tand door een ongeval zodanig breekt dat er alleen nog een klein worteldeel achterblijft. Om de kaakgroei niet te verstoren, wordt dan het verwijderen van het resterende worteldeel uitgesteld. Later moet dit alsnog verwijderd worden omdat er anders geen prothetische constructie op kan worden geplaatst;
 - een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op behoud van de tand klein is.

Wat zijn de voorwaarden?

- Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld.
- Het resterende worteldeel of de of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat.
- In geval van een opname, moet deze medisch noodzakelijk zijn voor specialistische chirurgische mondzorg.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig. Bij de aanvraag moet u een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting meesturen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Kaakchirurg met betrekking tot het plaatsen van de implantaten.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Tandartspraktijk.
- Ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontie.

- Plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
Behalve als sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen. Zie artikel 'Orthodontie in bijzondere gevallen'.
- Orthodontie en bijbehorende röntgenfoto.
Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen wordt deze zorg wel vergoed.
- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37, H38 en H39).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met volledig kunstgebit op implantaat voor de andere kaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.), bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de onderkaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.), bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de bovenkaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met kunstgebit op implantaten (klikgebit) voor de andere kaak.
Uitneembare volledige conventionele gebitsprothese samen met volledige overkappingsprothese op implantaten op de andere kaak. Deze kosten worden gedeclareerd met code J080. Hierbij hoort het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).
- Mesostructuur onder- of bovenkaak.
Deze hoort bij de combinatie van een kunstgebit voor de ene kaak samen met een kunstgebit op implantaten voor de andere kaak.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 83 % voor volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met volledig kunstgebit op implantaat voor de andere kaak, vanaf 18 jaar ; en
- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 90 % voor bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de onderkaak, vanaf 18 jaar; en
- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 92 % voor bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de bovenkaak, vanaf 18 jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met volledig kunstgebit op implantaat voor de andere kaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.)

Wat betaalt u zelf?

- Eigen bijdrage 17%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar.
Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Plaatsen van tandheelkundig implantaat.
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de onderkaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.)

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 10%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar.
Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt een akkoordverklaring aan als dat nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Plaatsen van tandheelkundig implantaat.
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de bovenkaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.)

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 8%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor vervanging binnen 5 jaar.
Als de volledige boven- en/of onderprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt een akkoordverklaring aan als dat nodig is.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

- Tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Plaatsen van tandheelkundig implantaat.
- Ongecompliceerde extractie (verwijderen van tand of kies).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Preventie

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Begeleiding bij stoppen met roken (SMR) (artikel B.21.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Stoppen-met-roken (SMR)-begeleiding.
Een SMR-begeleidingstraject bestaat uit interventies die gericht zijn op gedragsverandering, indien nodig met ondersteuning van effectief bewezen medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie). De zorgverlener stemt de daadwerkelijke zorg en begeleiding binnen het SMR-traject op u persoonlijk af en past deze zo nodig geleidelijk in het zorgproces aan.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 1 stoppoging, per jaar voor begeleiding bij stoppen met roken (SMR).

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor begeleiding van het SMR-traject geldt geen eigen risico als u naar een zorgverlener gaat die wij hebben gecontracteerd voor deze zorg.
- Voor medicijnen of nicotinevervangende middelen geldt geen eigen risico als deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR en onderdeel zijn van het SMR-traject.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie) nodig zijn, moeten deze worden ingezet in combinatie met de gedragsmatige ondersteuning vanuit het SMR-traject.
De farmacotherapie moet dus onderdeel zijn van de gedragsmatige ondersteuning in de vorm van persoonlijke, telefonische, internet- of groepsbegeleiding. Hierbij is een stopcoach betrokken, volgens een bewezen effectief SMR-programma.
- Medicijnen die zijn opgenomen in het GeneesmiddelenVergoedingssysteem (GVS) worden niet uit dit artikel vergoed maar vanuit het artikel 'Medicijnen uit het GVS'
- Als u al voor een andere verslaving onder behandeling bent binnen de GGZ, valt de Stoppen-met-roken zorg onder het GGZ-traject van de andere verslaving.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Huisarts of SMR gecontracteerde zorgverlener voor een recept voor medicijnen of voor nicotinevervangende middelen (farmacotherapie).
 - Als de farmacotherapie voor de SMR-begeleiding wordt voorgeschreven door uw huisarts, is een recept met daarop de letters SMR voldoende.
 - Voor SMR gecontracteerde zorgverleners moeten de farmacotherapie voorschrijven via het aanvraagformulier 'Geneesmiddelen bij het stoppen met roken'. Op dit formulier, dat te vinden is op onze website, staat de procedure beschreven.