

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202300415

Partijen

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

en

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van een tandheelkundige behandeling naar aanleiding van een ongeval, bestaande uit het aanbrengen van een tweetal implantaten in de bovenkaak met hierop een vierdelige brug, te vergoeden. Volgens verzoekster had de ziektekostenverzekeraar haar moeten informeren over de mogelijkheid van het afsluiten van een andere aanvullende verzekering met ongevalsdekking. Door dit niet te doen heeft hij zijn zorgplicht geschonden. Zij verzoekt de commissie te beoordelen of de kosten kunnen worden vergoed onder de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat het de verantwoordelijkheid van verzoekster is na te gaan of zij een passende (aanvullende) verzekering heeft afgesloten. Onder de zorgverzekering bestaat geen dekking, met name is geen sprake van een verzekeringsindicatie voor bijzondere tandheelkunde in de vorm van een dento-alveolair defect.
- 1.2. De commissie overweegt dat bij verzoekster een verzekeringsindicatie voor bijzondere tandheelkunde aanwezig is, in de vorm van een verworven afwijking, zoals blijkt uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 11 oktober 2023. Verzoekster heeft daarom aanspraak op de aangevraagde tandheelkundige behandeling, bestaande uit het aanbrengen van een tweetal implantaten met hierop een vierdelige brug, ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar dient dan ook het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.
Voor zover de aanvullende ziektekostenverzekering nog aan de orde is, geldt dat de ongevalsdekking is ondergebracht in een aparte module. Verzoekster had deze voor 2022 kunnen afsluiten, maar heeft dit niet gedaan. Dit was haar keuze en deze kan niet met terugwerkende kracht worden gewijzigd. Van een informatieplicht voor de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van alternatieve verzekeringsmogelijkheden is geen sprake. Het is aan de verzekerde periodiek na te gaan of een verzekeringsproduct nog voldoet aan de verzekeringsbehoefte, al dan niet met inschakeling van een verzekeringsadviseur. De verwijzing in dit verband naar de zorgplicht van de zorgverzekeraar treft geen doel. Met betrekking tot de zorgplicht van de assurantietussenpersoon is de commissie niet bevoegd.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 20 juni 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 augustus 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 11 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 september 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 28 september 2023 heeft verzoekster aanvullende informatie overgelegd, die op 29 september 2023 in kopie aan de ziektekostenverzekeraar is gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 11 oktober 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023038171) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 oktober 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 oktober 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de na het voorlopig advies ontvangen stukken zijn op 27 oktober 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 11 oktober 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 9 november 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. In de brief is hierop, mede gelet op het nadere standpunt van de ziektekostenverzekeraar, een toelichting gegeven. Het definitief advies van het Zorginstituut is op 10 november 2023 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 november 2023 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift hiervan is op 23 november 2023 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 2.7. Naar aanleiding van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 17 november 2023 heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd om een nadere reactie. Het Zorginstituut heeft bij brief van 31 januari 2024 (per abuis gedateerd "2023") een nadere reactie gegeven, die op dezelfde dag in kopie aan partijen is gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 31 januari 2024 meegedeeld geen verdere reactie te willen geven. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 februari 2024 op de laatste brief van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van de reactie van de ziektekostenverzekeraar is op 13 februari 2024 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Select polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tand 250 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft op 25 september 2022 een ongeval gehad, waarbij zij schade aan haar kaak en gebit heeft opgelopen. De behandelend kaakchirurg heeft hierover het volgende verklaard:

"Reden van opname: *trauma capitis: Le Fort 1 fractuur met dentaal letsel. Voor een uitgebreide verslaglegging verwijs ik u naar de collega's van de SEH:*

Anamnese: status na val van ladder tijdens schilderen. Nu occlusie stoornis en losse tanden.

Extraoraal-onderzoek: laceratie kinregio links (oppervlakkig)

Intraoraal-onderzoek: forse mobiliteit maxilla vooral rechts met mobiel segment van 1e kwadrant, forse mobiliteit 11/21 (luxeren spontaan), mobiliteit 12-22, inversie bovenfront met open beet front (prematuur contact op de distale molaren).

CT-aangezicht: Le Fort 1 fractuur dislocatie van de processus alveolaris 1^e kwadrant regio 13-17, forse verbrijzeling processus alveolaris regio 12-22 met luxatie van de 12/11/21/22. Op basis van de röntgenologische bevindingen hebben de 11/21 een zeer matige prognose op voorhand.

Ingreep: in algehele narcose werd een open repositie en fixatie met osteosynthesemateriaal van de Le Fort 1 fractuur aan de rechterzijde verricht. Vervolgens werd een draad composiet spalk aangebracht 14-25.

Beleid: patiënt werd op 28-09-22 ontslagen uit het ziekenhuis. Patiënt kreeg blaassnuitverbod voor 2 weken en een instructie tot zacht dieet voor 6 weken.

Controle werd afgesproken over 1 week."

- 3.3. Door de behandelend tandarts is een begroting opgesteld. In de begeleidende brief aan verzoekster, gedateerd 2 december 2022, wordt het volgende toegelicht:

"Hierbij de begrotingen voor de schade aan uw gebit na het trauma.

Fase 1: Directe schade na het trauma. 2 wortelkanaalbehandelingen in de bovenkaak en vullingen in de onderkaak.

Fase 2: De stand van de tanden is door het trauma veranderd. We zullen opnieuw orthodontie moeten uitvoeren om de stand weer te herstellen.

Fase 3: De voortanden hebben, volgens de kaakchirurg, een slechte prognose. Zeer waarschijnlijk gaan deze verloren de komende tijd. Ze zullen dan vervangen moeten worden door 2 implantaten."

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 januari 2023 de aanvraag voor de tandheelkundige behandeling ontvangen. Bij brief van 16 januari 2023 besliste hij hier afwijzend op.

- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 2 februari 2023 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 15 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.6. Bij brief van 14 maart 2023 heeft de behandelend tandarts het volgende over verzoekster verklaard:

"Consult implantologie bovenfront.

Mevr. is in sept 2022 gevallen van een ladder en daarbij was er sprake van avulsie van de 21 en 11.

Elementen zijn gespalkt, maar blijven mobiel en van stand veranderd (centraal diasteem). De prognose is dubieus.

Graag zou mevr. een duurzame oplossing willen. Mijn inziens is dit verwijdering van de 12 11 21 22 en daarna het plaatsen van 2 implantaten (wrs. botopbouw) en een 4-delig brug op deze implantaten.

Volgens mevr is er een ongevallenverzekering van 10.000 euro, dit wordt uitgezocht.

Zou jij het chirurgische deel uit willen voeren?"

- 3.7. Bij brief van 11 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

- 3.8. Bij brief van 9 november 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

- 3.9. Het Zorginstituut heeft bij brief van 31 januari 2024 een aanvullende reactie gegeven.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van een tandheelkundige behandeling, bestaande uit het aanbrengen van een tweetal implantaten in de bovenkaak met hierop een vierdelige brug, te vergoeden.
- 4.2. In dit verband heeft verzoekster aangevoerd dat de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 2022 niet meer wordt aangeboden aan nieuwe verzekerden. Volgens haar had het daarom op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen haar als bestaande verzekeringsrelatie tijdig te informeren over de mogelijkheid van het afsluiten van de aanvullende verzekering Tand Goed. Dit product kent een ruimere dekking, met name voor ongevallen en overige tandzorg (80% vergoeding in plaats van 75%), terwijl de premie € 3,- per maand lager is. Was dit gebeurd, dan had verzoekster zich niet geconfronteerd gezien met hoge kosten die voor haar rekening blijven. Zij meent dat de ziektekostenverzekeraar onder de gegeven omstandigheden de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden.
- 4.3. Verzoekster vraagt de commissie tevens na te gaan of de kosten kunnen worden vergoed onder de zorgverzekering.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat de vergoeding voor de aangevraagde behandeling vanuit de zorgverzekering zou moeten komen, dan wel vanuit de aanvullende verzekering (Tand Goed) die zij weliswaar niet heeft afgesloten maar wel aangeboden had moeten krijgen. Verzoekster had voor 2022 moeten worden gewezen op dit product, dat goedkoper is en waarin wel een ongevalsdekking zit. Verzoekster heeft hierover echter geen enkele informatie mogen ontvangen. Het is bekend dat het de bedoeling was dat verzekerden actief over dit verzekeringsproduct zouden worden geïnformeerd en zouden worden verleid dit af te sluiten. Er is naar veel andere verzekerden een brief uitgegaan met informatie over deze aanvullende verzekering. Het product dat verzoekster heeft, wordt inmiddels nergens meer genoemd, zoals bijvoorbeeld in brochures. Het behoort tot de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar geen duurder pakket in de markt te houden.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering, verklaard dat de ongevalsdekking is opgenomen in een aparte module, waarvoor een aparte premie is verschuldigd. Verzoekster heeft deze module niet afgesloten. De ziektekostenverzekeraar betwist dat hij verzoekster had moeten informeren over alternatieve verzekeringsmogelijkheden. Ten eerste is dit niet zijn verantwoordelijkheid, maar lag het op de weg van verzoekster na te gaan of zij nog een passende verzekering had. Ten tweede staat de AVG eraan in de weg dat de ziektekostenverzekeraar verzekerden hierover proactief benadert naar aanleiding van door hem afgewezen declaraties.
- 5.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar werd de aanvraag voor de tandheelkundige behandeling gedaan in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering. Zou vergoeding ten laste van de zorgverzekering zijn aangevraagd, dan was ook een afwijzing gevolgd, aangezien bij verzoekster geen sprake is van een dento-alveolair defect. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar artikel 2.7, eerste lid, sub a, Bzv en de toelichting hierop. Bij verzoekster zijn geen elementen of bot verloren gegaan door het ongeval.
- 5.3. In de stukken is ook sprake van een orthodontische behandeling, maar hiervoor werd geen aanvraag ontvangen.
- 5.4. In zijn nader commentaar van 11 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar nog toegelicht dat de aanvullende ziektekostenverzekering alleen voor nieuwe verzekerden niet meer is af te

sluiten. Wanneer dit pakket al was afgesloten, loopt de verzekering gewoon door, tenzij een verzekerde zelf kiest voor een andere aanvullende verzekering. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar het wijzigingsoverzicht voor het kalenderjaar 2022 waarin een en ander ook aan verzoekster is gecommuniceerd. Indien de gemachtigde van verzoekster, die werkzaam is bij Univé Schade, verkeerde informatie heeft verstrekt, kan dit de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. De ziektekostenverzekering staat los van de andere schadeverzekeringen van Univé.

- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat alleen met toestemming van de verzekerde omzetting van een pakket kan plaatsvinden. Er mogen niet proactief voor een verzekerde pakketten worden gewijzigd. Verzoekster heeft nooit een tandongevallenverzekering afgesloten, ook niet in eerdere jaren. Er is destijds een wijzigingsoverzicht gestuurd van de tandpakketten, en het is aan de verzekerde actief te kijken naar de voor hem of haar passende pakketten. Verzoekster heeft haar pakket voor 2022 niet gewijzigd.
- Indien de aanvraag op basis van de zorgverzekering was ingediend, was deze ook afgewezen. Uit de door de ziektekostenverzekeraar ontvangen aanvraag blijkt niet dat bij het ongeval een wezenlijk deel van het kaakbot verloren is gegaan. De elementen zijn behandeld en de kaak is hersteld. Er is niet voldaan aan de voorwaarden. De ziektekostenverzekeraar is dan ook verbaasd over het advies van het Zorginstituut. Er moet sprake zijn van een ernstig defect.
- Het Zorginstituut heeft hierover eerder duidingen gegeven. Daarin is ook uitgelegd wat dient te worden verstaan onder een alveolair defect. Ook in het Vademecum staat dat, wil sprake zijn van een blijvend dento-alveolair defect, het gebitsonderdeel met een aanzienlijk deel van het omringende kaakbot verloren moet zijn gegaan. In casu is er geen sprake van verlies van substantieel omliggend kaakbot. De elementen zijn behouden en zullen alsnog door de tandarts worden verwijderd. Dit is juist de situatie waarvoor de ongevalsdekking in het leven is geroepen. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar een bindend advies met nummer 202000016, waarin de commissie oordeelde dat zowel sprake dient te zijn van een dentaal defect als van schade aan een substantieel deel van het kaakbot. Ook in latere adviezen is de commissie, op basis van adviezen van het Zorginstituut, tot dit oordeel gekomen, bijvoorbeeld in het bindend advies met nummer 201901430.
- In het voorliggende advies van het Zorginstituut wordt gesproken over een 'tandkas'. Dit kan worden opgevat als het omringende bot. Bij verzoekster is sprake van een 'Le Fort I', een gebroken kaak. Deze kan worden gezet om daarna te genezen. Er is sprake van luxatie van tanden. Dit betekent dat de tanden losgeraakt zijn. Er is geen sprake van avulsie, dat wil zeggen dat de tanden eruit geslagen zijn. De tanden zijn niet verloren gegaan. Ze zijn gespalkt om de tanden te behouden. Dit is uiteindelijk niet goed gelukt, en toen is besloten ze eruit te halen. Het gaat erom dat er ook omliggend kaakbot verloren is gegaan. Dan is er een defect. Hier is er schade geweest die door middel van een behandeling is hersteld. Als de kaakchirurg schrijft over een verbrijzeling, is sprake van schade, maar dat is geen schade in de vorm van een verlies. Het kaakbot is niet verloren gegaan naar aanleiding van het ongeval. In eerdere duidingen is bepaald dat dit wel het geval moet zijn, wil er kunnen worden gesproken van een dento-alveolair defect.
- 5.6. Bij brief van 17 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar, in reactie op het definitief advies van het Zorginstituut van 9 november 2023, verklaard dat de laatste alinea en de conclusie van het Zorginstituut bij hem grote vraagtekens oproepen. Er is sprake geweest van een Le Fort I kaakbreuk en botbreuken in dat deel van de bovenkaak wat betreft de tandkas (logisch gevolg van luxatie). Dit is een serieus trauma, daarover is geen discussie. Vervolgens wordt keurig en correct omschreven wat een Le Fort I breuk inhoudt. Maar hierop volgt: *"kan de oorzaak zijn dat er in eerste instantie wel reponatie/repositie van de bovenkaak deels te behalen viel, maar dat dit op de langere termijn toch niet te behouden bleek"*. De ziektekostenverzekeraar kan zich hierin niet vinden.
- De bovenkaak is (gelukkig) wel behouden. De Le Fort breuk is als gewone botbreuk genezen. De tanden zijn in positie gebleven waarbij ook de breuken van de tandkas zullen zijn genezen. Vervolgens schrijft het Zorginstituut: *"Dat de schade in eerste instantie hersteld leek te kunnen worden maar uiteindelijk niet te behouden is, geeft aan dat er sprake is van blijvende schade."* De ziektekostenverzekeraar deelt deze mening niet. De botbreuken genezen c.q. zijn genezen. Het bot

is behouden. Er is geen blijvende schade aan het bot. Er is geen blijvend botdefect. Er is schade aan de tanden die, na spalken en endodontische behandelingen, uiteindelijk niet te behouden lijken en die de tandarts wil verwijderen en wil vervangen voor implantaten. Dat is blijvende schade aan elementen. In het vervolgplan wordt ook geen bot- of kaakreconstructie of -opbouw voorgesteld ter herstel van het "defect". Hier is dus geen blijvend dento-alveolair botdefect in de zin zoals de wetgever dat bedoelt aan de orde. In dit kader verwijst de ziektekostenverzekeraar naar meerdere gelijklopende duidingen van het Zorginstituut en uitspraken van de commissie. Dit is de onderbouwing waarop de tandheelkundig adviseurs van de ziektekostenverzekeraar en ook het College van Adviserend Tandartsen hun beoordelingen baseren. Het nu voorliggende definitief advies zal volgens de ziektekostenverzekeraar grote gevolgen hebben voor toekomstige aanspraken en beoordelingen.

- 5.7. Bij brief van 9 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar, in reactie op de nagekomen brief van het Zorginstituut van 31 januari 2024, meegedeeld niet meer medisch inhoudelijk te reageren. Wel verwijst de ziektekostenverzekeraar nadrukkelijk naar zijn eerdere argumenten en standpunten. De ziektekostenverzekeraar blijft van mening dat het definitief advies van het Zorginstituut evident onjuist is. Hij blijft daarom bij het standpunt dat de aanvraag voor de tandheelkundige behandeling terecht is afgewezen.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 11 oktober 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

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

Verzoekster heeft een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. In dit geval is sprake van een verworven afwijking, namelijk door een ongeval een Le Fort 1 fractuur dislocatie van de processus alveolaris (tandkas) eerste kwadrant regio 13-17 en een forse verbrijzeling van de processus alveolaris (tandkas) regio 12-22 met luxatie van de 12,11,21 en 22. Met inachtneming van het maatmanbeginsel wordt met een implantaat gedragen brug (4-delig) op twee implantaten de tandheelkundige functie van verzoekster hersteld.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat bij verzoekster sprake is van een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Zij kan daarom aanspraak maken op vergoeding van de gevraagde tandheelkundige behandeling ten laste van de basisverzekering.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoekster kan aanspraak maken op een implantaat gedragen brug (4-delig) op twee implantaten ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 9 november 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

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

U vraagt het Zorginstituut in te gaan op de stelling van verweerder dat er geen elementen verloren zijn gegaan en ook geen substantieel deel van het kaakbot, zodat volgens verweerder niet is voldaan aan de voorwaarden vanuit de zorgverzekering. De in uw voorlopig advies genoemde

verbrijzeling van de tandkas vindt verweerder geen blijvend verlies van het kaakbot. In dat kader zijn ook eerdere adviezen van het Zorginstituut genoemd en het Vademecum van het College Adviserend Tandartsen (CAT).

Naar aanleiding van de stelling van verweerder merkt het Zorginstituut het volgende op. Verweerder verwijst naar de adviezen van het Zorginstituut d.d. 30 juni 2020 en d.d. 12 februari 2020. In deze geschillen gaat het om elementen die gebroken zijn of een (deel) van een alveole die gebroken is en elementen die weer vastgroeien. Deze gevallen zijn niet vergelijkbaar met de situatie van verzoekster, omdat er geen blijvende schade was aan het omringende kaakbot. Er was geen sprake van een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp.

Voor een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp dient sprake te zijn van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, 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. In het Vademecum wordt vermeld dat hierbij o.a. gedacht kan worden aan: "een blijvend dento-alveolair defect door een ongeval, tenzij ten tijde van het ongeval naar tandheelkundige opvattingen onvoldoende tandheelkundige functie aanwezig was of al was aangevuld met een gedeeltelijk kunstgebit of een frame kunstgebit. Er is sprake van een dento-alveolair defect als het gebitselement met een aanzienlijk deel van het omringende kaakbot bij het ongeval verloren is gegaan."

Dit is enkel een voorbeeld waarbij sprake kan zijn van een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp.

Bij verzoekster is sprake van "een Le Fort 1 fractuur dislocatie van de processus alveolaris (tandkas) eerste kwadrant regio 13-17 en een forse verbrijzeling van de processus alveolaris (tandkas) regio 12-22 met luxatie van de 12, 11, 21 en 22."

Een Le Fort I-fractuur (maxilla) verloopt horizontaal, boven het niveau van de apices van de gebitselementen, door de wand van de sinus maxillaris, de laterale neuswand, het neusseptum en de pterygoïde platen. Dit betekent dat de bovenkaak is losgebroken door trauma of een ongeval en in het geval van verzoekster is de bovenkaak ook verbrijzeld. Dat laatste kan de oorzaak zijn dat er in eerste instantie wel reponatie/repositie van de bovenkaak deels te behalen viel, maar dat dit op de langere termijn toch niet te behouden bleek. Dat de schade in eerste instantie hersteld leek te kunnen worden maar uiteindelijk niet te behouden is, geeft aan dat er sprake is van blijvende schade. Zoals reeds aangegeven in het voorlopig advies kan geconcludeerd worden dat bij verzoekster sprake is van een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp."

- 6.3. In de brief van 31 januari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, nog opgemerkt:

"Uw commissie vraagt of het advies van het Zorginstituut zo moet worden opgevat dat bij verzoekster sprake is van een dento-alveolair defect, dan wel dat zij op een andere grond aanspraak heeft op bijzondere tandheelkundige zorg ten laste van de zorgverzekering. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op.

Het Zorginstituut is van mening dat bij verzoekster sprake is van een dento-alveolair defect. Bij een blijvend dento-alveolair defect dient sprake te zijn van zowel het geheel of gedeeltelijk ontbreken van een of meer elementen (dentaal defect) als van schade aan een substantieel deel van het aangrenzende tanddragende kaakbot (botdefect). Uit het operatieverslag, de controle van de kaakchirurg, de begroting van de tandarts en de beoordeling van de situatie door de tandarts-implantoloog blijkt dat bij verzoekster sprake is van een dentoalveolair defect. Dit is reeds toegelicht in het advies d.d. 11 oktober 2023 en de brief d.d. 9 november 2023 van het Zorginstituut.

Verweerder geeft in de reactie op het definitief advies aan dat "De bovenkaak is (gelukkig) wel behouden. De Le Fort breuk is als gewone botbreuk genezen. De tanden zijn in positie gebleven waarbij ook de breuken van de tandkas zullen zijn genezen." En "De botbreuken genezen c.q. zijn genezen. Het bot is behouden. Er is geen blijvende schade aan het bot. Er is geen blijvend botdefect." Verweerder geeft hiermee aan dat de kaakchirurg de kaakbreuk heeft hersteld en dat er daarom geen sprake meer is van een dento-alveolair defect, maar enkel van een dentaal defect. Verweerder geeft ook aan dat de tanden in positie zijn gebleven.

Het Zorginstituut is van mening dat na het ongeluk sprake was van een dento-alveolair defect, zoals ook blijkt uit het operatieverslag van de kaakchirurg. De prognose van voortanden was slecht. Deze waren geavulseerd en niet te behouden. Het is gebruikelijk dat eerst het botdefect wordt hersteld en vervolgens geprobeerd wordt de beschadigde elementen te behouden. Na behandeling door de kaakchirurg stelt de tandarts ook in zijn verzoek aan de implantoloog om het bot op te bouwen, hetgeen impliceert dat er een blijvend bot defect is dat hersteld moet worden om houvast voor de implantaten te bieden. Indien de elementen niet behouden kunnen worden, wordt er een oplossing voor de (deels) verloren elementen gezocht. In dit geval zat er drie maanden tussen het herstel van het botdefect door middel van botopbouw en de behandeling van de elementen.

Wanneer het herstel van het bot en de elementen niet in twee delen plaats vindt, maar tegelijkertijd, dan kan het zijn dat er implantaten in slecht hersteld bot worden gezet, want het bot had na de operatie alsnog kunnen afsterven of slecht doorbloed kunnen zijn. Dat brengt het risico met zich mee dat het bot en het implantaat verloren gaan of dat er direct door de kaakchirurg tanden moeten worden verwijderd die misschien toch nog te behouden zouden zijn.

Verder meent het Zorginstituut dat de tanden niet in de oorspronkelijke positie zijn gebleven en niet meer in de oorspronkelijke positie staan. De kaakchirurg schrijft dat sprake is van avulsie (wat inhoudt dat de tanden uit de kaak zijn of zijn geweest) en de implantoloog en tandarts stellen over de positie van de tanden dat de bovenfront elementen nog mobiel zijn en van stand veranderd (centraal diasteem, oftewel er is ruimte tussen de boventanden)."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de zorgplicht en tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. In de stukken wordt onder andere gesproken over de noodzaak van een orthodontische behandeling. De commissie stelt vast dat voor een dergelijke behandeling - voor zover al aan de orde - bij de ziektekostenverzekeraar geen aanvraag is ingediend. Om die reden kan de commissie hier in het kader van de behandeling van het voorgelegde verzoek niet over oordelen. Met betrekking tot de tandheelkundige behandeling is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat een aanvraag werd gedaan voor vergoeding ten laste van de aanvullende

ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft dit niet bestreden, maar zij heeft de commissie gevraagd haar aanspraken tevens te beoordelen in het licht van de zorgverzekering. In zijn brief van 6 juni 2023 in het kader van de behandeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd verklaard dat wanneer hij de aanvraag had gekregen in het kader van de zorgverzekering, deze eveneens zou zijn afgewezen. De commissie zal de aanspraak van verzoekster daarom allereerst beoordelen in het kader van de zorgverzekering, en overweegt als volgt.

- 8.3. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg. Dit volgt uit artikel 2.7 Bzv. Artikel 32.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd. Een indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg bestaat in 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 én de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening; 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.
- 8.4. In de situatie van verzoekster is een indicatie als bedoeld onder (b) en (c) niet aan de orde. Hierover verschillen partijen niet van mening. De vraag is dan ook of een indicatie als bedoeld onder (a) bestaat, waarbij met name kan worden gedacht aan een zogenoemd dento-alveolair defect. Kenmerkend hiervoor is het verlies van één of meer elementen en van een substantieel deel van het omringende kaakbot. Uit het advies van het Zorginstituut van 11 oktober 2023 blijkt dat bij verzoekster sprake is van een verworven afwijking als gevolg van het ongeval, namelijk een Le Fort 1 fractuur dislocatie van de processus alveolaris (tandkas) eerste kwadrant regio 13-17 en een forse verbrijzeling van de processus alveolaris (tandkas) regio 12-22 met luxatie van de 12, 11, 21 en 22. Met de gekozen oplossing, te weten een implantaatgedragen brug (4-delig) op twee implantaten, wordt de schade door het ongeval hersteld, en wel tot een niveau dat in overeenstemming is met het maatmanbeginsel. Het Zorginstituut adviseert daarom tot toewijzing van het verzoek. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop verweer gevoerd. Het Zorginstituut is in het definitief advies van 9 november 2023 op verzoek van de commissie nader ingegaan op de stellingen van verweerder en heeft het voorlopig advies gehandhaafd. In zijn brief van 31 januari 2024 heeft het Zorginstituut, desgevraagd door de commissie, herhaald dat bij verzoekster sprake is van een dento-alveolair defect en dit nader toegelicht, waarbij het Zorginstituut is ingegaan op de in de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 17 november 2023 ingebrachte argumenten. De commissie ziet in hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Het Zorginstituut heeft zijn standpunt uitgebreid gemotiveerd. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut dan ook over. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde tandheelkundige behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.5. Voor zover de aanvullende ziektekostenverzekering - gelet op hetgeen hiervoor is overwogen - nog aan de orde is, geldt dat uit artikel 11 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de module Tand Ongevallen apart moet worden afgesloten. Het artikel bepaalt namelijk:

"De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering Tand Ongevallen. (onderstreping commissie) En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval plaatsvindt. Tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Tand Ongevallen

maximaal € 10.000 per ongeval"

Verzoekster heeft de module Tand Ongevallen niet afgesloten, zodat zij geen aanspraak kan maken op de hierin opgenomen ongevalsdekking.

- 8.6. Verzoekster heeft verder gesteld dat de ziektekostenverzekeraar haar tijdig had moeten informeren over alternatieve verzekeringsmogelijkheden, met name over de aanvullende verzekering Tand Goed. De commissie oordeelt dat een zodanige algemene informatieplicht voor de ziektekostenverzekeraar niet bestaat. Door verzoekster is ook niet onderbouwd waarop zij haar stelling baseert. Het is aan de verzekerde om periodiek na te gaan of een verzekeringsproduct nog voldoet aan de verzekeringsbehoefte, al dan niet met inschakeling van een verzekeringsadviseur. Hierbij is van belang dat verzoekster binnen de bestaande aanvullende ziektekostenverzekering reeds de mogelijkheid had de module Tand Ongevallen af te sluiten met ingang van 2022. Zij zag daartoe blijkbaar toen geen noodzaak, waarbij moet worden aangenomen dat zij het risico van ongevalsschade aan haar gebit heeft afgewogen tegen de (extra) premie voor genoemde module. Dat die afweging ná het ongeval in september 2022 anders werd gemaakt, kan vanzelfsprekend niet ertoe leiden dat de gemaakte keuze met terugwerkende kracht kan worden gewijzigd door genoemde module alsnog aan de aanvullende ziektekostenverzekering toe te voegen. Hetzelfde heeft te gelden voor de omzetting, met terugwerkende kracht, van de aanvullende ziektekostenverzekering naar de verzekering Tand Goed met ongevalsdekking. Of die verzekering al dan niet goedkoper is dan de aanvullende ziektekostenverzekering is hierbij niet van belang. Voorts is niet relevant dat de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 2022 niet meer wordt aangeboden aan nieuwe verzekerden. In de situatie van verzoekster is de aanvullende ziektekostenverzekering - zonder ongevalsdekking - immers gewoon voortgezet, door middel van stilzwijgende verlenging. De verwijzing naar de zorgplicht in dit verband treft geen doel. De zorgplicht is gedefinieerd in artikel 11 Zvw, en deze bepaling heeft alleen betrekking op de zorgverzekering, niet op de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor zover verzoekster doelt op de zorgplicht van de assurantietussenpersoon is de commissie niet bevoegd.
- 8.7. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het door verzoekster in het kader van deze procedure betaalde entreegeld van € 37,- aan haar te vergoeden.

Slotsom

- 8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de aangevraagde tandheelkundige behandeling aan verzoekster te vergoeden ten laste van de zorgverzekering;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is het door verzoekster betaalde entreegeld van € 37,- aan haar te vergoeden, en
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 6 maart 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

Artikel 32. Bijzondere tandheelkunde

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

32.1 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Tandheelkunde zorg in bijzondere gevallen is zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

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

De zorg vermeld onder 1. omvat orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit heeft, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

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

De zorg mag worden verleend in een:

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

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

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
 - Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA

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

U vindt deze centra op onze website.

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

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

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

32.2 Tandheelkundige implantaten

De zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde als u:

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

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tadeloze kaak

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

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

De zorg mag worden verleend in een:

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

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

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

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

U vindt deze centra op onze website.

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

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

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

Artikel 33. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Kaakchirurgie is chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden als u 18 jaar en ouder bent.

Dit is niet verzekerd:

- Chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie)
- Het aanbrengen van een implantaat
- Ongecompliceerde extracties. Bij deze extracties gaat het om tanden of kiezen die uw tandarts ook kan trekken.

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een kaakchirurg.

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

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

Verwijsbrief nodig van

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

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, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.7

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

onderdelen a tot en met c:

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

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

- a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
 - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.

De alarmcentrale-arts bepaalt of de repatriëring medisch noodzakelijk is als:

- de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is.

Buitenland

volledig

Dit krijgt u niet vergoed

Was de reden van repatriëring te voorzien door een bestaande medische aandoening? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Hier kunt u terecht

Bij de Univé Alarmcentrale voor zorg. Verzorgt de Univé Alarmcentrale voor zorg de repatriëring niet? Dan vergoeden wij de kosten niet. U vindt het telefoonnummer in de Univé App, op uw zorgpas of op onze website.

MONDZORG

Artikel 11. Tandheelkundige kosten door een ongeval

Dit krijgt u vergoed

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

Tand Ongevallen

maximaal € 10.000 per ongeval

Wat krijgt u niet vergoed

De kosten:

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

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Dit moet u zelf regelen

U heeft van tevoren onze toestemming nodig. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is. Bij deze aanvraag moeten minimaal de volgende gegevens zitten; een verslag van de spoedeisende hulp of (tand)arts waar u voor noodhulp bent geweest, röntgenfoto's van de schade aan uw gebit, kleurenfoto's van de tandheelkundige situatie vlak na het ongeval en een behandelplan met kostenbegroting.

Als de adviserend tandarts het noodzakelijk acht, kan hij aanvullende informatie opvragen bij uw zorgverlener. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7 van deze voorwaarden.

Artikel 12. Tandheelkundige zorg

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

- Periodieke controle en incidenteel consult Artikel 12.1
- Algemene tandheelkundige zorg Artikel 12.2
- Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen Artikel 12.3

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

De zorgverzekering vergoedt de meeste tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Wilt u weten welke zorg dat precies is? Kijk dan in de voorwaarden van uw zorgverzekering. Deze zorg vergoeden wij dan ook niet vanuit de aanvullende verzekering. Ook niet als een machtigingsaanvraag voor de zorgverzekering wordt afgewezen.

Tand 250

maximaal € 250 per kalenderjaar.

Tand 500

maximaal € 500 per kalenderjaar.

12.1 Periodieke controle en incidenteel consult

Dit krijgt u vergoed

- Consult voor een periodieke controle (C002)
- Incidenteel consult (C003)

Tand 250

100 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Tand 500

100 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Hier kunt u terecht

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

12.2 Algemene tandheelkundige zorg

Dit krijgt u vergoed

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

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

Tand 250

75 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Tand 500

75 % vergoed tot uw budget voor tandheelkundige zorg op is

Dit krijgt u niet vergoed

- A30 (voorbereiding algehele narcose)
- A20 (algehele narcose of sedatie)
- E97 (uitwendig bleken)