

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202301388

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door hem te Istanbul, Turkije, gemaakte kosten van een tandheeskundige behandeling na een ongeval, ten bedrage van 233.770,00 TL, te vergoeden. Hij acht het niet redelijk dat hem het toestemmingsvereiste uit de aanvullende ziektekostenverzekering wordt tegengeworpen.

De ziektekostenverzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat noch aanspraak bestaat op vergoeding op grond van de zorgverzekering, noch op grond van de ongevallendekking van de aanvullende verzekering. Deze laatste vergoeding is geweigerd, omdat verzoeker geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd en niet is gebleken dat verzoeker niet in de gelegenheid is geweest hierover contact met hem te zoeken. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de behandeling niet alleen was gericht op herstel tot het niveau van de tandheeskundige conditie van vóór het ongeval maar dat deze veel uitgebreider is geweest.

- 1.2. De commissie overweegt dat verzoeker geen gebruik heeft gemaakt van het N/Tur III-formulier. Het is niet aan de commissie om achteraf te beoordelen of en, zo ja, tot welk bedrag de kosten eventueel op basis van de Turkse sociale ziektekostenverzekering hadden moeten worden vergoed.

Uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat niet kan worden geconcludeerd dat verzoeker een indicatie had voor bijzondere tandheeskundige hulp. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de in Istanbul gemaakte kosten ten laste van de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheeskundige zorg als gevolg van een ongeval tot maximaal € 10.000,- per ongeval. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de kosten worden vergoed die moeten worden gemaakt voor zover deze zijn gericht op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Een verzekerde heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al vóór het ongeval aanwezig was. Dit is in overeenstemming met de artikelen 7:944 en 7:960 van het Burgerlijk Wetboek ('BW'), waarin is bepaald dat een verzekerde krachtens de verzekering geen vergoeding zal ontvangen waardoor hij in een duidelijk voordeliger positie zou geraken. De commissie overweegt dat dit laatste aan de orde is, aangezien de bij verzoeker uitgevoerde behandeling veel verder reikt dan alleen het herstel van de schade door het ongeval. Door niet

vooraf toestemming te vragen, heeft verzoeker het risico aanvaard dat de in Istanbul gemaakte kosten niet worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie wijst het verzoek af.

- 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. Verzoeker heeft op 16 augustus 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 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 6 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 6 oktober 2023, aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Op 1 november 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023042924) aan de commissie een brief gestuurd. Een kopie hiervan is op 3 november 2023 aan partijen gezonden.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennismaken van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 december 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die op 21 december 2023 ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. De aantekeningen van de hoorzitting zijn, eveneens op 21 december 2023, aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek een advies uit te brengen.
- 2.5. Met zijn brief van 10 januari 2024 heeft verzoeker op het verslag van de hoorzitting gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 17 januari 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 25 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een kopie van deze brief is op 29 januari 2024 aan verzoeker gestuurd. Diezelfde dag zijn de nagekomen stukken in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag deze te betrekken bij het uit te brengen advies.
- 2.6. Op 8 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 februari 2024 aan partijen gestuurd waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Met zijn brief van 15 februari 2024 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 21 februari 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Verder is deze brief op 21 februari 2024 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het nader advies van 8 februari 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 26 februari 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het nader advies als definitief kan worden beschouwd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ZieZo Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tand 1 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Tijdens een verblijf in Istanbul, Turkije, is verzoeker van de metrotrap gevallen. Dit gebeurde op 13 november 2022. Het - vertaalde - politierapport vermeldt hierover:

*"De slachtoffer lag bewusteloos op de grond toen we hem benaderden en was onder shocktoestand we hebben hem vragen gesteld waarop hij geen antwoord gaf. Er waren meerdere verwondingen aan zijn been en ik vermoedde beenbreuk. Later zag ik ook verwondingen aan zijn nek hoofd en kaak en gebit, roodheid en zwelling van wangen en lip en er kwam bloed uit zijn mond waarna ik gelijk zijn mond heb geopend en getracht zijn tong recht te zetten toen heb ik stukken van zijn kunstgebit (brugtanden) uit zijn mond eruit gehaald en deze in een plastic zakje gedaan. Later hebben we de slachtoffer geprobeerd om niet teveel te laten bewegen en ambulance gevraagd en ervoor gezorgd dat hij met spoed naar het ziekenhuis is afgevoerd."*

- 3.3. Verzoeker heeft zich op 16 november 2022 tot een tandarts ter plaatse gewend. In het behandelplan is op 6 maart 2023 de volgende aantekening toegevoegd:

*"Not: Because of an accident client had a severe dental trauma, injuries to the teeth, periodontium, and surrounding soft tissue. Redness and swelling cheek and lips after the accident, Due to internal bleeding in the mouth of patient and because of some cuts in the soft tissue of mouth, bacteria could enter the bloodstream and cause serious problems if not treated quickly so emergency care [was] required. Due to loss of teeth in crowns and also insufficient hold forfillings and plus apical infections was reason and urgently necessary for tooth extraction. Fixed coatings (veneers) on other tooth in the patient's mouth prevented the application of the removable prosthesis. Therefore our patient had to have implants and metal-supported porcelain veneer (crown) in these regions.*

**Treatments were:** Restoration (GIC, composite), pulp capping (Ca(OH) 2 ; MTA); pulpotomy; root canal treatment; tooth extraction; and orthodontic extrusion of a traumatically intruded tooth. The type of traumatized tooth in upper and lower jaw. Permanent premolars and molars were combined into two categories: upper posterior and lower posterior. Primary first and second molars were combined into two categories: upper posterior molars and lower posterior molars. Type of trauma: complicated crown root fracture (with pulp damage), root fracture, **Some Complications were:** Marginal periodontitis, pulp necrosis, chronic periapical periodontitis, root canal obliteration, abscess formation, external root resorption, and internal root resorption"

- 3.4. De behandelend tandarts heeft bij brief van 3 juni 2023 toegelicht (waarbij in onderstaand citaat telkens wanneer de naam van verzoeker staat vermeld, wordt volstaan met '[verzoeker]'):

*"I am writing this letter to bring to your attention the medical treatment received by my patient, [verzoeker], after a recent accident (13.11.2022 ). As the treating dentist for [verzoeker], I want to confirm that the dental treatment performed was immediately necessary to repair the damage to his teeth resulting from the accident.*

*As per the referral of the trauma doctor, [verzoeker] was urgently sent to our clinic for necessary dental procedures. The condition of his jaw (Thoots) was quite severe, and immediate treatment was required to prevent any further damage or pain.*

*I would like to highlight that there was a direct connection between the accident and the dental treatments performed on [verzoeker]. It clearly demonstrates that the treatments were essential and immediately necessary to repair the damage to his Gum, teeths (jaw).*

*We performed a thorough examination of [verzoekers] teeth, and based on our professional assessment, we carried out the appropriate dental procedures to restore the optimal health and function of his teeth. The treatments performed on 16.11.2022 for our patient [verzoeker] were necessary and successful in repairing the damage caused by the accident.*

*I want to ensure that this information is duly recorded in [verzoekers] medical file regarding the necessary dental treatment he received following the accident."*

- 3.5. Bij brief van 16 november 2022 hebben de behandelend SEH-artsen verklaard (waarbij wederom wordt volstaan met '[verzoeker]' in het geval waar de naam van verzoeker staat vermeld):

*"To whom it may concern*

*Client [verzoeker] must urgently get a treatment for his dental trauma. He was send to the dentist urgently and an emergency appointment had been made for dentist because of severe trauma. It showed that surgical repair was needed to prevent severe infection and complications."*

- 3.6. Verzoeker heeft op 11 april 2023 het Aanvraagformulier Ongevallendekking Mondzorg ingevuld, en dit vervolgens naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Deze heeft op 13 april 2023 om toezending van aanvullende gegevens gevraagd. Bij brief van 21 april 2023 is door de ziektekostenverzekeraar afwijzend op de aanvraag beslist. Hierna is er telefonisch contact geweest met verzoeker op 22 mei 2023 en 1 juni 2023. Bij brief van 2 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de inhoud van dit laatste telefoongesprek bevestigd, onder handhaving van zijn eerdere afwijzende beslissing.
- 3.7. Op 1 november 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een brief gestuurd.
- 3.8. Bij brief van 8 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader advies uitgebracht.
- 3.9. Bij brief van 26 februari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

#### 4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door hem te Istanbul gemaakte kosten van een tandheelkundige behandeling na een ongeval, ten bedrage van 233.770,00 TL, te vergoeden.
- 4.2. In dit verband heeft verzoeker gesteld dat hij een ernstig ongeval heeft gehad, waarbij hij bewusteloos is geraakt, verwondingen aan zijn onderbeen en schade aan zijn gebit heeft opgelopen. Hij heeft hierbij verwezen naar de verklaringen van de politie, behandelend artsen en tandarts. Als gevolg van het ongeval is in zijn mond zijn brug onherstelbaar beschadigd geraakt. Mede gezien zijn leeftijd bestond voor de uitgevoerde tandheelkundige behandeling geen alternatief.
- 4.3. Verzoeker heeft verklaard dat hij het niet redelijk acht dat de eis van voorafgaande toestemming hem wordt tegengeworpen. Hij was ernstig gewond, voelde zich down en had ter plaatse alleen zijn 83-jarige vader om op terug te vallen. Verzoeker heeft erop gewezen dat andere kosten als gevolg van hetzelfde ongeval wél door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, ondanks het ontbreken van toestemming. Het gaat hierbij om de kosten van de operatie aan zijn onderbeen en die van de tandheelkundige behandeling. Deze laatste kosten evenwel maar tot het maximum van 2 x € 250,--.
- 4.4. Verzoeker heeft gesteld dat hij ontevreden is over de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar zijn zaak behandelt. Er is onduidelijkheid over de ingediende declaraties en intussen is een fraudeonderzoek tegen hem gestart. Dit onderzoek vormt overigens geen onderwerp van het onderhavige geschil.
- 4.5. Verzoeker heeft ter zitting toegelicht dat hij op 13 november 2022 een ongeval heeft gehad. Hij is bewusteloos geraakt en in het ziekenhuis opgenomen. Op 16 november 2022 heeft de behandelend chirurg hem doorverwezen naar de tandarts en daar is de eerste röntgenfoto

gemaakt. Vervolgens kreeg verzoeker te maken met een zwelling in zijn onderbeen, is het eerder aangebrachte gips verwijderd en werd hij met spoed geopereerd. Pas op 25 november 2022 kon de tandarts de behandeling hervatten. Het was een chaotische situatie, waardoor verzoeker aanvankelijk niet eraan toe kwam contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft dit later alsnog gedaan en toen uitgelegd waarom hij de tandheelkundige behandeling niet vooraf kon aanvragen. De ziektekostenverzekeraar toonde hiervoor begrip en vertelde hem dat hij de factuur kon indienen. Er moesten röntgenfoto's van vóór en na het ongeval worden meegestuurd. Verzoeker ontving van de ziektekostenverzekeraar een formulier om in te vullen en retour te sturen. Dit heeft hij gedaan.

Verzoeker heeft tijdens de hoorzitting opgemerkt dat hij verschillende rapporten heeft ingediend waaruit blijkt dat de schade aan zijn gebit door het ongeval is veroorzaakt. Er zijn vijf kronen uit zijn mond gevallen door het ongeval. Deze zijn door een omstander in een zakje gedaan. Vanwege een tandvleesinfectie konden de kronen niet meer worden vastgeplakt. Verzoeker heeft ongeveer € 12.000,- uitgegeven aan mondzorg en € 6.000,- aan fysiotherapie. Ook de kosten van de fysiotherapie zijn niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De kosten van het ziekenhuis zijn wel vergoed. Uit de informatie van het ziekenhuis blijkt dat hij indertijd met spoed naar de tandarts is gestuurd.

Verzoeker heeft nogmaals benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar zijn uitleg over het ongeval destijds heeft geaccepteerd en hem heeft verteld dat hij de factuur mocht indienen. De ziektekostenverzekeraar was op de hoogte van de tandheelkundige problematiek na het ongeval. De ziektekostenverzekeraar heeft toen niet gesteld dat de hiermee samenhangende kosten niet zouden worden vergoed. Later heeft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat de schade niet door het ongeval is veroorzaakt. Wellicht is niet alle tandheelkundige schade terug te voeren op het ongeval, maar wel bijvoorbeeld 70%.

- 4.6. In zijn brief van 10 januari 2024 heeft verzoeker toegelicht dat hij van een hoogte van ongeveer tien meter is gevallen. Aan het ongeval heeft hij zowel lichamelijke als psychische klachten overgehouden. Hij is met spoed naar het traumacentrum gebracht. Ook is hij met spoed doorverwezen naar een tandarts. Hij kon wekenlang niet eten vanwege de ontbrekende elementen en de behandelingen. Verzoeker heeft benadrukt dat hij meerdere documenten heeft ingediend om aan te tonen dat de aangevraagde tandheelkundige behandeling acuut was en direct verband hield met het ongeval. De behandelend arts van het traumacentrum heeft in zijn rapport duidelijk te kennen gegeven dat verzoeker met spoed naar de tandarts moest vanwege de acute situatie van zijn gebit. Dit blijkt ook uit de brief van de huisarts in Turkije. Ook de behandelend tandarts heeft duidelijk verklaard dat verzoeker met spoed moest worden behandeld en dat de aangevraagde behandeling direct verband hield met het ongeval.
- Voorafgaand aan het ongeval had verzoeker porseleinen kronen in zijn mond. Door het ongeval zijn enkele kronen uit zijn mond gevallen. Andere kronen raakten los. Hierdoor ontstonden openingen in zijn gebit. Deze openingen zijn niet zichtbaar op de röntgenbeelden. Volgens de behandelend tandarts konden de kronen niet opnieuw worden geplaatst vanwege het ontbreken van hoogte en de structuur van het tandvlees. De tandarts heeft geprobeerd om de kronen en de brug te herplaatsen, maar een aantal dagen later raakten deze los tijdens het eten. De problemen konden alleen worden opgelost door het aanbrengen van implantaten.
- De ziektekostenverzekeraar heeft in de contacten bevestigd dat het ging om een acute behandeling. In eerste instantie heeft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat hij het niet geloofwaardig vond dat de aangevraagde tandheelkundige behandeling een direct gevolg was van het ongeval, ondanks dat verzoeker informatie van verschillende behandelaren had overgelegd waaruit het tegendeel bleek. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de kosten van de tandheelkundige behandeling niet konden worden vergoed vanwege het ontbreken van een aanvraag en zijn voorafgaande toestemming. De ziektekostenverzekeraar had verzoeker hierover vanaf het begin moeten informeren. Dit blijkt echter niet uit de brief van 2 juni 2023.
- De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de opname in het traumacentrum, het gips en de onderbeenoperatie vergoed. De tandheelkundige behandeling is daarentegen niet vergoed. Het is voor verzoeker onbegrijpelijk dat deze kosten niet worden vergoed terwijl overduidelijk is dat alle behandelingen met elkaar te maken hebben.

Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat een tandheelkundige behandeling als gevolg van een acute situatie onder de ongevallendeckking kan worden gedeclareerd. Ook heeft hij verklaard dat de los geraakte kronen, die later door een agent in een zakje zijn gestopt, een acute situatie betreffen. De implantaten zijn na de behandeling van een infectie geplaatst.

Verzoeker heeft verder toegelicht dat hij op 17 en 29 november 2022 contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. Dit was vanwege andere gezondheidsproblemen, zoals ernstige slaapapneu. Hiervoor had hij, gelet op de ernstige gevolgen ervan, met spoed apparatuur nodig.

- 4.7. In zijn brief van 15 februari 2024 heeft verzoeker aangevoerd dat hij voldoende informatie heeft aangeleverd waaruit blijkt dat hij voldoet aan de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Zo heeft hij een verwijfsbrief van de medisch specialist van het traumacentrum, een rapport van zijn huisarts, een politierapport en een rapport van de behandelend tandarts overgelegd. Verzoeker heeft toegelicht dat hij meer dan € 18.000,- heeft betaald en dat hij meer dan genoeg pijn heeft gehad als gevolg van het ongeval. Hij is in deze situatie terechtgekomen door een ongeval waarop hij helemaal niet had gerekend. Hij is maandenlang behandeld door een fysiotherapeut. Ook deze kosten zijn niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Tijdens zijn verblijf in Turkije heeft niemand hem serieus genomen en kon niemand hem steunen. Deze steun had hij van de ziektekostenverzekeraar verwacht. Hij heeft immers een aanvullende verzekering voor tandheelkundige behandelingen. Ook heeft hij jarenlang aan zijn financiële verplichtingen richting de ziektekostenverzekeraar voldaan. Hij is in een zeer lastige en pijnlijke situatie beland, zowel moreel, lichamelijk als financieel. Zijn vader heeft de kosten betaald en verzoeker kan hem nu niet terugbetalen.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de kosten van de te Istanbul uitgevoerde tandheelkundige behandeling niet vergoedt ten laste van de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering. De maximale vergoeding van € 500,- op basis van de aanvullende verzekering werd inmiddels aan verzoeker verleend.
- 5.2. In zijn brief van 6 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks verdrag inzake sociale zekerheid bij tijdelijk verblijf aanspraak biedt op vergoeding van de kosten van zorg wanneer de gezondheidstoestand van een verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Het staat vast dat verzoeker tijdens zijn verblijf in Turkije tandheelkundige zorg heeft genoten. Volgens de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar is niet goed te achterhalen welke gebitsschade het rechtstreekse gevolg is geweest van het ongeval, omdat de behandelend tandarts geen gedetailleerde diagnose of indicatie heeft gerapporteerd. De behandelend tandarts heeft voorts een nota opgesteld, die echter niet geheel overeenkomt met zijn beschrijving van de uitgevoerde behandelingen. Het lijkt de ziektekostenverzekeraar het meest logisch dat de brug op de elementen 16-15-14-13 is afgebroken als gevolg van het ongeval. Gelet hierop is er volgens de tandheelkundig adviseur ten aanzien van het herstel van de brug aan de rechterkant, te weten drie implantaten en een vijfdelige brug, sprake van noodzakelijke zorg tijdens verblijf. Om hiervan gebruik te kunnen maken, had verzoeker het N/Tur 111-formulier moeten tonen aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kon in dat geval de kosten declareren bij het Turkse uitvoeringsorgaan, althans voor zover deze onder de dekking van de plaatselijke ziektekostenverzekering vallen. Verzoeker heeft hiervan geen gebruik kunnen of willen maken en dit behoort voor zijn risico te komen. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar een tweetal bindende adviezen van de commissie (SKGZ 202001560 en SKGZ 202200891).
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht onder welke voorwaarden een verzekerde aanspraak kan maken op bijzondere tandheelkunde, waaronder het aanbrengen van implantaten, ten laste van de zorgverzekering. Uit de bij hem bekende stukken blijkt niet dat verzoeker voldoet aan de in dat verband geldende voorwaarden. Verzoeker komt daarom niet in aanmerking voor vergoeding van de gemaakte kosten vanuit de zorgverzekering.



- 5.4. Ter zake van reguliere tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder worden alleen kosten vergoed als een verzekerde een aanvullende tandartsverzekering heeft. De door verzoeker gemaakte tandheelkundige kosten zijn als zodanig aangemerkt en vergoed ten laste van de door hem afgesloten aanvullende verzekering. Het gaat hierbij om 2 x € 250,--.
- 5.5. Op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft een verzekerde daarnaast aanspraak op tandheelkundige zorg na een ongeval. De tandheelkundige zorg door een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg wordt vergoed. De behandeling moet zijn gericht op het directe letsel als gevolg van het ongeval tijdens de looptijd van de verzekering. Voorwaarde hierbij is dat de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gegeven. Verzoeker heeft op 13 november 2022 een ongeval gehad en is opgenomen in een ziekenhuis. Op 15 november 2022 heeft hij het ziekenhuis verlaten. Op 16 november 2022 heeft verzoeker zich gewend tot de behandelend tandarts. Pas op 11 april 2023 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar toestemming gevraagd. De behandelingen waren toen al uitgevoerd. Verzoeker stelt dat hij er door omstandigheden niet aan heeft gedacht de ziektekostenverzekeraar te benaderen. De ziektekostenverzekeraar kan hem hierin niet volgen. Niet gebleken is dat verzoeker, nadat hij de eerste keer uit het ziekenhuis was ontslagen, niet in de gelegenheid is geweest hierover contact te zoeken met de ziektekostenverzekeraar. Daarbij heeft verzoeker op 17 november 2022 via de chat bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd naar een aanvraag voor een hulpmiddel met betrekking tot slaapapneu. Op 29 november 2022 heeft hij nogmaals contact gehad over zijn OSAS apparatuur. Verzoeker heeft daarom niet aannemelijk gemaakt dat hij niet in de gelegenheid is geweest tijdig toestemming te vragen voor de in Istanbul uitgevoerde tandheelkundige behandelingen.
- 5.6. Volgens de ziektekostenverzekeraar is daarnaast de doelmatigheid van de uitgevoerde behandelingen niet te achterhalen, doordat de conditie van verzoekers gebit voorafgaand aan het ongeval niet precies bekend is. Uitgaande van de OPT's die zijn gemaakt direct na het ongeval en na de rehabilitatie is een indruk te krijgen van de conditie vooraf en achteraf. Het beeld van het OPT direct na het ongeval wekt de indruk dat er voorafgaand aan het ongeval al aanzienlijke parodontale / periapicale problemen waren bij de elementen 16, 12, 21, 24, 37, 35 en 46. Opvallend is verder dat de kronen van de elementen 16, 15, 14 en 13 ontbreken. De ziektekostenverzekeraar acht het waarschijnlijk dat de bekroning van de elementen 16, 15, 14 en 13 door het ongeval is afgebroken. Dit betrof waarschijnlijk een brug. Verzoeker heeft ook verklaard dat die brug niet meer kon worden teruggeplaatst. In de verantwoording stelt de behandelend tandarts dat (i) onmiddellijk ingrijpen geïndiceerd was, (ii) de uitgevoerde behandelingen noodzakelijk waren om infectie te voorkomen, én (iii) de uitgevoerde behandelingen noodzakelijk waren om de schade als gevolg van het ongeval te herstellen. Het is aannemelijk dat de uitgevoerde extracties geïndiceerd waren om verdere infectie (sepsis) te voorkómen. Het is echter niet aannemelijk dat alle infecties (parodontale en periapicale botresorpties) een gevolg van het ongeval waren. Het is voorts niet volgens de stand van de wetenschap en praktijk om ter voorkoming van sepsis implantologie te indiceren. Temeer daar implantologie ook bloedig ingrijpen veronderstelt. De implantologie lijkt veeleer te zijn geïndiceerd om de tandbogen in boven- en onderkaak te herstellen. In de verantwoording verklaart de tandarts: *"We carried out the appropriate dental procedures to restore the optimal health and function of his teeth"*. Het is daarmee niet geloofwaardig dat de behandeling alleen was gericht op het herstel tot het niveau van tandheelkundige conditie van vóór het ongeval.
- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij de situatie nauwkeurig heeft beoordeeld. Hij is hierbij gebonden aan de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij de ongevalsdekking uit de aanvullende ziektekostenverzekering geldt de voorwaarde van voorafgaande toestemming. De

ziekttekostenverzekeraar heeft een bedrag van 2 x € 250,- vergoed. Dit wordt gezien als reguliere zorgkosten.

Verzoeker heeft zich op het standpunt gesteld dat hij geen tijd had om contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar, voorafgaand aan de behandeling. Ook zou hij hiertoe, gelet op de omstandigheden, niet in staat zijn geweest. Gezien het ongeval kan de ziektekostenverzekeraar dit wel begrijpen, maar verzoeker is op 15 november 2022 ontslagen uit het ziekenhuis.

Op die dag had hij, vóór zijn bezoek aan de tandarts, contact kunnen opnemen met de ziektekostenverzekeraar.

Verzoeker heeft in ieder geval op 17 en 29 november 2022 wèl contact gezocht over een hulpmiddel. Tijdens die gesprekken had hij ook kunnen melden dat hij een ongeval had gehad en moest worden behandeld door een tandarts. Verzoeker had op dat moment toestemming kunnen vragen voor de tandheelkundige behandeling.

De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij de aanvraag heeft afgewezen op grond van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Er is weliswaar vastgesteld dat sprake was van medisch noodzakelijke zorg ten aanzien van de brug, maar thans kan niet meer worden bepaald wat er precies is gebeurd. De aanvraag is ingediend in het kader van de ongevallendekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hiervoor geldt een toestemmingsvereiste, tenzij sprake is van een acute situatie. De situatie direct na het ongeval lijkt een acute situatie. Uit het politierapport blijkt dat sprake was van bloed uit de mond van verzoeker en een brug die was losgeraakt. Uit de röntgenfoto valt op te maken dat de brug uit de mond was gevallen, maar dat negen implantaten zijn aangebracht en daarnaast een vierdelige, een achtdelige en nog twee driedelige bruggen zijn geplaatst. Niet alle gemelde en behandelde tandheelkundige problemen zijn het gevolg van het ongeval. Dat de vierdelige brug er al was en moest worden vervangen na het ongeval vindt de ziektekostenverzekeraar aannemelijk. Hiervoor is echter geen toestemming gevraagd. Volgens verzoeker is hij met spoed naar een tandarts gestuurd in verband met infectiegevaar. In dat geval zouden de wortels van de elementen zijn getrokken en zou er zijn gehecht. Bij infectiegevaar is het niet logisch om implantaten aan te brengen.

- 5.8. In zijn brief van 25 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat een medische indicatie iets wezenlijk anders is dan de verzekeringsrechtelijke toets of een verzekerde aanspraak heeft op de gevraagde behandeling. Het stellen van de (medisch inhoudelijke) indicatie is de verantwoordelijkheid van de behandelend (tand)arts. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar het recht te controleren of (i) de zorg die door de tandarts is geïndiceerd zorg is zoals zorgaanbieders die plegen te bieden, (ii) de zorg behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk, en (iii) de verzekerde redelijkerwijs op de zorg is aangewezen. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft de verklaringen van de behandelaars van verzoeker beoordeeld en heeft het volgende verklaard: *"De tandarts in Turkije heeft aangegeven dat er met spoed behandeld moest worden en dat de behandeling verband hield met het ongeluk. Desondanks heeft de tandarts daarbij niet aangegeven welke diagnose ten grondslag heeft gelegen aan de indicatie voor de behandelingen, waardoor het spoedeisende karakter niet te verifiëren is. De ingestuurde röntgenfoto laat afgebroken kiezen en wortelresten zien, maar ook parodontale afwijkingen. De behandelingen die verricht zijn (zichtbaar op de tweede overzichtsfoto, maar ook op de declaratie van de tandarts), zijn veel uitgebreider dan de aard en omvang van de aannemelijke schade als gevolg van dat ongeluk rechtvaardigen: niet alleen de brug rechtsboven is vervangen door een brug op implantaten, er is ook een brug gemaakt in de linker bovenkaak. En in de onderkaak zijn implantaten geplaatst met daarop 2 bruggen. Er is wel rechtvaardiging te bedenken voor de indicatie van deze behandelingen (op het OPT is duidelijk dat het gebit in zorgwekkende staat verkeerde), maar er is niet aangetoond dat die indicatie louter ongevalsgevolg is. Dat is zelfs dubieus".* De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de tandheelkundige kosten daarom zijn aangemerkt als reguliere kosten. Verzoeker heeft zich op het standpunt gesteld dat het sturen van een toestemmingsformulier met documenten automatisch zou leiden tot toestemming, ook achteraf. Voorts heeft hij gesteld dat de ziektekostenverzekeraar vanaf het begin had moeten vermelden dat de tandheelkundige



behandeling niet zou worden vergoed vanwege het ontbreken van een voorafgaande aanvraag. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij een aanvraag dan wel een verzoek tot vergoeding zorgvuldig behandelt. Pas op het moment dat alle stukken bekend zijn, kan er een beoordeling plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 februari 2023 een voorschotnota van verzoeker met betrekking tot tandartskosten ontvangen. Op 6 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat de eindnota's nodig waren om vast te stellen welke zorg verzoeker had gekregen. Op 13 maart 2023 is meegedeeld dat meer informatie nodig was en is een aanvraagformulier ongevallendeckking mondzorg meegestuurd. Op 17 maart 2023 is herhaald dat meer informatie nodig was. Op 11 april 2023 zijn het aanvraagformulier en de aanvullende stukken door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Op 13 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar foto's opgevraagd. Op 21 april 2023 is een brief gestuurd dat de gevraagde informatie niet was aangeleverd. Op 29 april 2023 is alsnog een reactie ontvangen. Voorgaande stukken zijn door de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar beoordeeld en op 2 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar een afwijzing naar verzoeker gestuurd. In de brief van 13 maart 2023 is duidelijk vermeld dat de ziektekostenverzekeraar nog niet wist of de ingediende tandartsnota zou worden betaald en dat daarom ook een aanvraagformulier ongevallendeckking mondzorg werd meegestuurd. Het had voor verzoeker duidelijk moeten zijn dat er nog gegevens ontbraken. Daarnaast is het zo dat het insturen van een aanvraagformulier met aanvullende stukken niet automatisch leidt tot toestemming van de ziektekostenverzekeraar. De verklaringen in het formulier en de meegestuurde documenten dienen te worden beoordeeld voordat toestemming kan worden verleend. Alleen in acute gevallen (als er redelijkerwijs niet kan worden gewacht tot de eerstvolgende werkdag om een huisarts of hulpverlener te raadplegen) kan die toestemming achteraf worden verleend. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband benadrukt dat verzoeker in de gelegenheid was om tijdig toestemming te vragen. De ziektekostenverzekeraar heeft verder opgemerkt dat in de brief van 2 juni 2023, naast het ontbreken van de voorafgaande toestemming, wordt gesteld dat er geen direct verband bestaat tussen het ongeval en alle uitgevoerde behandelingen. De ziektekostenverzekeraar betwist de stelling van verzoeker dat geen toestemming van hem is gevraagd voordat er medische documenten en informatie zijn gedeeld die volgens verzoeker niet relevant zijn voor dit onderwerp. In het kader van de vrije bewijsleer staat het de ziektekostenverzekeraar namelijk vrij informatie aan te leveren die hij noodzakelijk acht voor zijn verweer. Hiervoor is geen toestemming van verzoeker nodig. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar gedaan en deze informatie (een chat en telefooncontact) ingebracht in het geschil. In de brief van 6 oktober 2023 is reeds uitgelegd waarom deze informatie relevant is. Verzoeker heeft gesteld dat hij in de periode dat hij zich tot de tandarts in Turkije wendde, er door omstandigheden niet aan heeft gedacht contact met de ziektekostenverzekeraar te zoeken. Uit de chat en het telefooncontact blijkt echter dat verzoeker in deze periode wel met de ziektekostenverzekeraar contact heeft gezocht over andere onderwerpen. Verzoeker was derhalve in de gelegenheid (ook) tijdig toestemming te vragen voor de tandheelkundige behandelingen.

## 6. Advies Zorginstituut

6.1. In zijn brief van 1 november 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"U hebt Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) op 16 oktober 2023 om advies gevraagd over het geschil tussen verzoeker en verweerder. Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld. De conclusie is dat het Zorginstituut in dit geschil geen adviesbevoegdheid heeft.*

*Het geschil gaat over de vergoeding van een tandheelkundige behandeling na een ongeval. De tandheelkundige behandeling is uitgevoerd in Turkije.*

*Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Dit geschil heeft geen betrekking hierop. Verzoeker heeft namelijk een aanvraag gedaan op grond van de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering, en niet op grond*

van de basisverzekering. Het Zorginstituut is niet bevoegd te adviseren over een aanvullende ziektekostenverzekering en brengt in dit geschil geen advies uit."

- 6.2. In zijn nader advies van 8 februari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

**"Beoordeling**

*De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.*

*Uit de beschikbare informatie in dossier, specifiek de röntgenoverzichtsfoto's (OPT) gedateerd direct en enige maanden na het ongeval, valt op te maken dat ten gevolge van het ongeval een brug verloren is gegaan ter plaatse van de elementen 16 tot en met 13. Daarnaast zijn er parodontale en periapicale problemen bij de elementen 16, 12, 21, 24, 37, 35 en 46.*

*De vraag is of verzoeker een indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp, zoals bijvoorbeeld het geval kan zijn bij een blijvend dento-alveolair defect ten gevolge van een ongeval. Bij verzoeker is echter geen sprake van een trauma waarbij één of meer elementen en een deel van het omliggende kaakbot verloren is gegaan. De parodontale en periapicale problemen zijn niet voortgekomen uit het ongeval aangezien bot gerelateerde ontstekingen zich ontwikkelen over een langer tijdsbestek, in het geval van de parodontitis meerdere jaren en wat betreft de periapicale problemen meerdere maanden. Het afbreken van de brug ter plaatse van de 16, 15, 14 en 13 kan ook niet anderszins aangemerkt worden als een zeer ernstige functiestoornis, zoals bedoeld in de regelgeving.*

**Conclusie**

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker een indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp. De uitgevoerde tandheelkundige behandeling in Turkije komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.*

**Advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker heeft geen indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp."*

- 6.3. In zijn definitief advies van 26 februari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft de reactie van verzoeker op het voorlopig advies ontvangen.*

*Uit de reactie 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."*

**7. Bevoegdheid van de commissie**

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18.4. van de voorwaarden van de zorgverzekering en 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 artikelen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv), en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen en het

'redelijkerwijs aangewezen zijn op' alsmede de artikelen 7:944 en 7:960 BW zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. Voorts zijn de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikel 13 van het Nederlands-Turks verdrag inzake sociale zekerheid hierin weergegeven. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 8.2. Verzoeker heeft gesteld dat kosten ten bedrage van € 6.000,- ter zake van behandelingen fysiotherapie voor zijn rekening zijn gebleven. Het is niet gebleken dat deze kosten door hem of de zorgaanbieder zijn gedeclareerd, dat de ziektekostenverzekeraar de declaratie heeft afgewezen, en dat verzoeker heeft gevraagd om heroverweging van die afwijzende beslissing. Uit artikel 114 Zvw en het toepasselijke reglement volgt dat de commissie in dat geval niet bevoegd is een uitspraak te doen. Hetgeen verzoeker over de behandelingen fysiotherapie heeft aangevoerd wordt daarom slechts voor kennisgeving aangenomen.
- 8.3. Partijen zijn daarnaast verdeeld over de vergoeding van de kosten van de door verzoeker in Istanbul ondergane tandheelkundige behandeling. Een deel van deze kosten is intussen vergoed. Naar de commissie begrijpt gaat het hierbij om een bedrag van totaal € 500,- en betreft dit de maximale vergoeding per kalenderjaar voor 2022 en 2023 op grond van de aanvullende verzekering Tand 1 (2 x € 250,-). Met betrekking tot de vergoeding van de resterende kosten overweegt de commissie als volgt.

#### Zorgverzekering

- 8.4. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg gedurende een tijdelijk verblijf, indien de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Om hiervan te kunnen gebruikmaken had verzoeker het zogenoemde N/Tur 111-formulier moeten tonen aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kon in dat geval de kosten declareren bij het Turkse uitvoeringsorgaan, voor zover deze kosten althans onder de dekking van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering vallen. Verzoeker heeft van deze weg geen gebruik gemaakt, waarbij de commissie niet kan bepalen wat de reden hiervan is geweest. Het is niet aan de commissie achteraf te beoordelen of en, zo ja, tot welk bedrag de kosten eventueel op basis van de Turkse sociale ziektekostenverzekering hadden moeten worden vergoed.
- 8.5. Gelet op artikel B.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv, bestaat een indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp in drie gevallen:
- (a) als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft. Uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv volgt dat hierbij moet worden gedacht aan oligodontie, schisis en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.
  - (b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft én de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening. Hierbij kan worden gedacht aan een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke handicap, waardoor extra ondersteuning of zorg nodig is naast de reguliere tandheelkundige zorg. Dit is bijvoorbeeld aan de orde als iemand een ziekelijke angst heeft voor de tandarts of als iemand last heeft van epileptische aanvallen. Alleen de meerkosten van de tandheelkundige behandeling worden in deze situaties vergoed. Ook kan worden gedacht aan een niet-tandheelkundige aandoening, waarbij deze aandoening - of de behandeling hiervan - het gebit aantoonbaar heeft verslechterd en de tandheelkundige functie als gevolg hiervan niet kan worden behouden.
  - (c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder die mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening. Hierbij kan worden gedacht aan het ontstekingsvrij maken van de mond voorafgaand aan een behandeling, zoals een operatieve ingreep of een oncologische behandeling, omdat deze ingreep of behandeling anders minder kans van slagen heeft of de kans op ernstige complicaties anders onnodig groot is.

- 8.6. In het advies van 8 februari 2024 aan de commissie heeft het Zorginstituut opgemerkt dat niet kan worden geconcludeerd dat verzoeker een indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp. Met name is geen sprake van een dento-alveolair defect. Het afbreken van de brug ter plaatse van de elementen 16, 15, 14 en 13 is geen zeer ernstige functiestoornis als bedoeld in de regelgeving.
- De parodontale en periapicale problemen zijn niet voortgekomen uit het ongeval, aangezien bot gerelateerde ontstekingen zich ontwikkelen over een langer tijdsbestek, in het geval van de parodontitis meerdere jaren en wat betreft de periapicale problemen meerdere maanden. De uitgevoerde behandeling komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering. De commissie ziet geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de in Istanbul gemaakt kosten op basis van de zorgverzekering.

#### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 8.7. Artikel D.7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering gaat over tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval. In het artikel wordt als maximale vergoeding € 10.000,- per ongeval genoemd. Verder is in deze bepaling onder 1 opgenomen dat vooraf toestemming moet zijn verkregen. Onder 4 staat dat hiertoe een behandelplan met kostenbegroting en eventueel beschikbare röntgenfoto's moeten worden overgelegd.
- 8.8. Waar het erom gaat of het hanteren van een toestemmingsvereiste op zichzelf genomen is toegestaan, beantwoordt de commissie die vraag bevestigend. In artikel D.7 onder 1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft de ziektekostenverzekeraar bedongen dat hij niet alleen de rechtmatigheid, maar ook de doelmatigheid van de aangevraagde tandheelkundige zorg beoordeelt. Die beoordeling is daarom niet louter een formaliteit. Het toestemmingsvereiste is daarnaast bedoeld om, voorafgaand aan een behandeling, de verzekerde duidelijkheid te verschaffen over de dekking.
- 8.9. Tussen partijen staat vast dat in de situatie van verzoeker vooraf geen toestemming is gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 2 juni 2023 maakt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker dit niet heeft tegengeworpen en dat hij het dossier achteraf heeft beoordeeld. Dit laatste betekent echter niet dat het risico dat de kosten van de uitgevoerde behandeling buiten de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering vallen, is overgegaan op de ziektekostenverzekeraar.
- 8.10. Met betrekking tot die dekking geldt het volgende. In artikel D.7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar de kosten vergoedt die moeten worden gemaakt, voor zover deze zijn gericht op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Een verzekerde heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al vóór het ongeval aanwezig was. Dit is in overeenstemming met de artikelen 7:944 en 7:960 BW. Hierin is bepaald dat een verzekerde krachtens de verzekering geen vergoeding zal ontvangen waardoor hij in een duidelijk voordeliger positie zou geraken.
- 8.11. De ziektekostenverzekeraar heeft zich in dit verband op het standpunt gesteld dat de uitgevoerde behandeling veel verder ging dan het herstel van de directe ongevalsschade, bestaande uit het verlies van de brug ter plaatse van de elementen 16, 15, 14 en 13. Er zijn implantaten aangebracht en - naast de verloren gegane brug - nog drie bruggen geplaatst. De parodontale en periapicale problemen bestonden al vóór het ongeval, zoals hiervoor al is geconcludeerd. Verzoeker heeft ter zitting verklaard dat de mogelijkheid bestaat dat niet alle tandheelkundige schade het gevolg was van het ongeval, maar bijvoorbeeld wel voor 70%. De commissie volgt hem hierin niet. Het staat vast dat verzoeker, door de in Istanbul uitgevoerde behandeling, in een duidelijk voordeliger positie is geraakt dan wanneer uitsluitend de schade door het ongeval zou zijn hersteld. De kosten van deze behandeling komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking.

- 8.12. Omdat de behandeling al heeft plaatsgevonden, kunnen eventuele alternatieven die mogelijk wél onder de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering zouden zijn gevallen niet meer worden onderzocht en uitgevoerd. Zoals hiervoor is opgemerkt, heeft het toestemmingsvereiste mede tot doel dat de verzekerde vooraf duidelijkheid krijgt over de dekking. Dat die duidelijkheid er ten tijde van de behandeling niet was - omdat niet tijdig contact werd opgenomen met de ziektekostenverzekeraar - ligt in de risicosfeer van verzoeker. Ook hetgeen verzoeker heeft aangevoerd over de ernst van het ongeval, de chaotische situatie rond het ongeval, het toesturen van het formulier door de ziektekostenverzekeraar en de documenten die hij heeft aangeleverd, kan niet ertoe leiden dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de uitgevoerde tandheelkundige behandeling geheel of gedeeltelijk te vergoeden. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Istanbul uitgevoerde tandheelkundige behandeling ten laste van de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering.

*Slotsom*

- 8.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 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



---

# 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 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.

---

# 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.

---

## **Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek Turkije inzake sociale zekerheid, Ankara, 05-04-1966**

---

### **Artikel 13**

1. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.
2. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde, die recht op prestaties heeft verkregen ten laste van een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en die op het grondgebied van die Partij woonachtig is, behoudt dat recht indien hij zijn woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij overbrengt; vóór de overbrenging moet de werknemer echter toestemming hebben van het bevoegde orgaan dat deze slechts kan weigeren op advies van een geneeskundige van dit orgaan die vastgesteld heeft dat de gezondheidstoestand van de werknemer de overbrenging van de woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verhindert.
3. Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.
4. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde Orgaan daartoe machtiging heeft verleend.
5. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden de uitkeringen overeenkomstig de wettelijke regeling van het bevoegde land verleend.

Deze uitkeringen kunnen, volgens in een administratief akkoord te stellen regelen, voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van het andere land worden uitbetaald.

6. De bepalingen van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden, wanneer zij tijdelijk op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verblijven of wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, nadat zij ziek of zwanger zijn geworden.

---

## Burgerlijk Wetboek Boek 7

---

### **Artikel 944**

Schadeverzekering is de verzekering strekkende tot vergoeding van vermogensschade die de verzekerde zou kunnen lijden.

### **Artikel 960**

De verzekerde zal krachtens de verzekering geen vergoeding ontvangen waardoor hij in een duidelijk voordeliger positie zou geraten. De vorige zin mist toepassing bij voorafgaande taxatie van de waarde van een zaak tot stand gekomen krachtens een aan een deskundige opgedragen beslissing of krachtens een beslissing van partijen overeenkomstig het advies van een deskundige.

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 114

1. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
2. De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
3. De onafhankelijke instantie vraagt advies aan het Zorginstituut indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten.
4. Het Zorginstituut zendt zijn advies binnen vier weken na ontvangst van de adviesaanvraag aan de onafhankelijke instantie.



### Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), wanneer u de anticonceptiva vergoed krijgt vanuit de basisverzekering. Als u recht heeft op vergoeding vanuit de aanvullende verzekering geldt er geen wettelijke eigen bijdrage.

ZieZo	Dekking
Werelddekking	geen dekking
Aanvullend 1	100%
Aanvullend 2	100%

### D.7 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval

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

#### Voorwaarden voor vergoeding

- U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts.
- Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
- Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.
- Een autotransplantaat moet, voor verzekerden van 18 jaar en ouder, geplaatst worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog of door een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog.

### Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

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

ZieZo	Dekking
Werelddekking	geen dekking
Aanvullend 1	maximaal € 10.000,- per ongeval
Aanvullend 2	maximaal € 10.000,- per ongeval

### D.8 Tweede Arts Online

Wij vergoeden de kosten van Tweede Arts Online. Dit is een digitaal platform waarop u bij twijfel over een gestelde diagnose en/of behandeling een (medisch) specialist kan kiezen en hem/haar een vraag kan stellen over een gestelde diagnose en/of behandeling.

#### Voorwaarde voor vergoeding

U neemt contact op met de Persoonlijke Zorgcoach via telefoonnummer 071 - 364 02 80. De Persoonlijke Zorgcoach stuurt de aanvraag naar Tweede Arts Online.

ZieZo	Dekking
Werelddekking	geen dekking
Aanvullend 1	100%
Aanvullend 2	100%

### B.11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

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

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

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
3. U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.
4. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de zorg. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
5. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatoloog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

##### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner). Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

### B.12 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

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

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

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

#### Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

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

##### Let op!

U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel [B.10](#).

## Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner). Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

## Ogen en oren

### B.13 Audiologisch centrum

#### 13.1 Gehoorproblemen

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

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

#### Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

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

## Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner). Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

#### 13.2 Spraak- en taalstoornissen bij kinderen

Heeft uw kind een spraak- of taalstoornis? Een voor dat doel gecontracteerd audiologisch centrum kan hulp bieden bij het stellen van een diagnose. Wilt u weten welke audiologische centra wij hiervoor hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner).

#### Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

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

## Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

### Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](http://zk.nl/zorgverkenner). Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

### B.14 Zintuiglijke gehandicaptenzorg

U heeft recht op zintuiglijke gehandicaptenzorg (ZG). Deze zorg omvat multidisciplinaire zorg gericht op het leren omgaan met, het opheffen van of het compenseren van de beperking. Deze zorg heeft als doel dat u zo zelfstandig mogelijk kunt functioneren.

#### U komt voor deze zorg in aanmerking als u:

- een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend) en/of;
- een visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend) en/of;
- niet ouder bent dan 22 jaar en een communicatieve beperking heeft (u heeft ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal) als gevolg van een primaire taalontwikkelingsstoornis. Er is sprake van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis als de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Daarnaast is een voorwaarde dat de taalontwikkelingsstoornis primair is. Dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologisch) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

#### De multidisciplinaire zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid (het zichzelf kunnen redden) vergroten.