

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, ongeval
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202101407
Zittingsdatum : 9 februari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 12 augustus 2021 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 27 augustus 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 29 oktober 2021 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 2 november 2021 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 29 november 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021042780) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 30 november 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 februari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Op 17 februari 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend*** en Aanvullend Tand** (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 15 december 2020 is verzoekster gevallen, waarbij vier tanden verloren zijn gegaan. Dit volgt uit de brief van de behandelend kaakchirurg van 16 december 2020.

- 3.3. Op 10 maart 2021 heeft de behandelend tandarts ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. In deze aanvraag heeft de tandarts over verzoekster verklaard:

"(...) Hierbij vraag ik bijgevoegd behandelplan aan namens bovengenoemde bij u verzekerde.

Historie

Mevrouw is al zeker 10 jaren bij mij onder behandeling. Er is sprake van een goed verzorgde minimaal gerestaureerde gemutileerde dentitie. Onlangs meldde zij zich na een valpartij. Op 16 december is mevrouw in een algemene ruimte van het appartementen complex gestruikeld over een plantenbak. Ten gevolge van de val verloor mevrouw gebitselementen 12,11,21,22 (zie correspondentie kaakchirurg).

Op 21 december bezocht mevrouw mijn praktijk, waar ik goed genezende extractie alveoli constateerde. Op de bijgevoegde röntgenfoto's is het beeld na het trauma te zien. Van het front zijn geen röntgenopnames beschikbaar van voor het trauma.

Momenteel heeft mevrouw geen vervanging, omdat ze geen uitneembare voorziening kan verdragen in verband met een kokhalsreflex. Het plan is een keramische brug van de 14 naar de 24 te maken. De begroting is bijgevoegd.

Nazorg

Mevrouw zal voorlopig elke 4, 6, 8, 12 en 24 weken terug worden gezien om de overige gebitselementen te beoordelen. (...)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 april 2021 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag wordt afgewezen op grond van de zogenoemde ongevallenregeling en dat zij recht heeft op een maximale vergoeding van € 500,- per jaar voor mondzorg op grond van de verzekering Aanvullend Tand**, waarvan op dat moment reeds € 49,74 was uitgekeerd.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 23 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 1 juni 2021 heeft de behandelend tandarts de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. In deze brief heeft de tandarts over verzoekster verklaard:
- "(...) Bovengenoemde bij u verzekerde, heeft mij gevraagd u te verzoeken de afwijzing nog eens te beoordelen.*

U stelt terecht dat gebitselementen parodontaal aangetast waren. Vanwege de hoge mate van verzorging was de parodontale situatie al jaren stabiel. Naar alle waarschijnlijkheid had dit ook nog jaren zo kunnen blijven. Vanwege een kokhalsneiging is het maken van een plaatprothese geen optie bij mevrouw. Een valpartij als deze had ook bij parodontaal gezonde gebitselementen tot avulsies en/of gecompliceerde kroon-wortelfracturen geleid.

Wilt u bovengenoemde in overweging nemen, en de aanvraag nog eens bekijken? (...)"

- 3.7. Bij brief van 25 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.

- 3.8. Bij brief van 29 november 2021 heeft het Zorginstituut verklaard:
 "(...) Vooraf merkt het Zorginstituut nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding op grond van de basisverzekering. Er is een BIG-geregistreerde tandheelkundig adviseur betrokken bij de beoordeling van het geschil. Het Zorginstituut baseert het advies op de beschikbare informatie in het toegezonden dossier. Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

(...)

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het verlies van de vier centrale tanden in het bovenfront maakt dat de behandel noodzaak duidelijk is.

Tandheelkundige behandeling voor volwassen verzekerden maakt geen deel uit van de basisverzekering, tenzij sprake is van een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Daartoe moet sprake zijn van een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel. In het geval verzoekster is geen sprake van een ernstig verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Aan de toepassing van het maatmanbeginsel wordt niet toegekomen nu er geen indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp is. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten voor het aanbrengen van een keramische brug moet vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. 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 18 van algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij als gevolg van een val op 15 december 2020 haar pols heeft gebroken, haar hand heeft gekneusd, haar kaak heeft gebroken en enkele tanden aan de voorzijde van haar gebit heeft verloren. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat zij geen recht heeft op vergoeding voor het gevraagde herstel van haar gebit, omdat haar gebitssituatie hierdoor zou verbeteren. Verzoekster gaat iedere zes maanden naar de mondhygiënist én de tandarts en zij is er nog nooit op gewezen dat haar paradontale conditie niet goed zou zijn en in het bijzonder dat zij een tandvleesbehandeling nodig zou hebben. Integendeel, de behandelend tandarts heeft dit expliciet weersproken en heeft verklaard dat de paradontale situatie al jaren stabiel is en dit nog jaren zo had kunnen blijven. Voorts kan niet ter discussie staan dat

verzoekster haar tanden heeft verloren als gevolg van het ongeval. Dit wordt namelijk bevestigd door zowel de behandelend tandarts als de behandelend kaakchirurg. Ook de buurman van verzoekster is bereid hierover een verklaring af te geven.

Verder heeft verzoekster aangevoerd dat zij op 17 december 2020 telefonisch contact heeft gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar en dat haar bij die gelegenheid is gezegd dat haar verzekering dekking biedt tot € 10.000,- aan zorgkosten als gevolg van een ongeval, dat zij zich geen zorgen hoefde te maken en dat de ziektekostenverzekeraar alleen nog in afwachting was van een offerte van de behandelend tandarts. Volgens verzoekster is dit aan te merken als een telefonische toezegging.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat op grond van artikel D.15 van de aanvullende ziektekostenverzekering recht bestaat op vergoeding van zorgkosten als gevolg van een ongeval tot maximaal € 10.000,- per jaar. In dit artikel is tevens vermeld dat de zorg erop gericht moet zijn de situatie te herstellen tot het punt zoals deze was voorafgaand aan het ongeval. Uit de medische informatie in het dossier leidt de ziektekostenverzekeraar af dat de voortanden van verzoekster al zodanig slecht waren dat deze eigenlijk hadden moeten worden getrokken. Feitelijk was dus reeds sprake van een verloren bovenfront. Als het bovenfront zou worden vervangen met een brug is volgens de ziektekostenverzekeraar sprake van overcompensatie. De gebitssituatie zou dan verbeteren ten opzichte van de situatie voorafgaand aan het ongeval. De ziektekostenverzekeraar is dan ook van mening dat hooguit aanspraak kan bestaan op vergoeding van een partiële prothese. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat niet ter discussie staat dat verzoekster haar tanden als gevolg van een ongeval heeft verloren, maar dat de aanvraag gelet op het voorgaande is afgewezen. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar erop gewezen dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor mondzorg tot een bedrag van € 500,- per kalenderjaar. Op 25 juni 2021 was reeds € 49,74 van dit budget verbruikt.

Overwegingen commissie

- 6.4. De commissie overweegt dat het geschil tussen partijen zich voorafgaand aan deze procedure heeft toegespitst op de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering, terwijl uit de aanvraag van verzoekster geenszins blijkt dat zij afstand heeft gedaan van een eventuele aanspraak op grond van de zorgverzekering. Om die reden acht de commissie het van belang eerst te beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op de aangevraagde behandeling op basis van de zorgverzekering, alvorens in te gaan op de dekking die de aanvullende ziektekostenverzekering biedt.
- 6.5. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel B12, aanspraak op mondzorg indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. Uit laatstgenoemd artikel volgt dat een indicatie voor bijzondere tandheelkunde aanwezig is 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 en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening.
- Hierbij kan worden gedacht aan een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke handicap, waardoor extra ondersteuning of zorg nodig is naast de reguliere tandheelkundige zorg. Dit is bijvoorbeeld aan de orde als iemand een ziekelijke angst heeft voor de tandarts of als iemand last heeft van epileptische aanvallen. Alleen de meerkosten van de tandheelkundige behandeling worden in deze situaties vergoed. Ook kan worden gedacht aan een niet-tandheelkundige

aandoening, waarbij deze aandoening - of de behandeling hiervan - het gebit aantoonbaar heeft verslechterd en de tandheelkundige functie als gevolg hiervan niet kan worden behouden.

(c) Als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening. Hierbij kan worden gedacht aan het ontstekingsvrij maken van de mond voorafgaand aan een behandeling, zoals een operatieve ingreep of een oncologische behandeling, omdat deze ingreep of behandeling anders minder kans van slagen heeft of de kans op ernstige complicaties anders onnodig groot is.

- 6.6. Het staat vast dat een situatie als bedoeld onder (b) en (c) in het geval van verzoekster niet aan de orde is. De gevraagde tandheelkundige zorg hangt immers niet samen met een niet-tandheelkundige lichamelijk aandoening die verzoekster heeft of een medische behandeling die zij dient te ondergaan. De vraag die dan ook rest is of verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft als bedoeld onder (a), waarbij in het bijzonder moet worden beoordeeld of sprake is van een ernstig verworven afwijking. Uit het advies van het Zorginstituut van 29 november 2021 volgt dat hiervan geen sprake is. De commissie ziet geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op bijzondere tandheelkunde ten laste van de zorgverzekering.
- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt op grond van artikel D.15 dekking voor tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval tot maximaal € 10.000,- per ongeval. Verder is in de verzekeringsvoorwaarden vermeld dat de zorg gericht moet zijn op het directe letsel als gevolg van het ongeval tijdens de looptijd van de verzekering en dat de zorg moet plaatsvinden binnen één jaar na het ongeval. Zowel tijdens het ongeval als tijdens de behandeling moet de verzekering dekking bieden. Verder is in het artikel vermeld dat slechts aanspraak bestaat op vergoeding van tandheelkundige zorg voor zover deze is gericht op herstel van het gebit tot de situatie voorafgaand aan het ongeval en dat geen recht bestaat op vergoeding als de indicatie voor de gevraagde behandeling al voorafgaand aan het ongeval aanwezig is.
- 6.8. De commissie stelt vast dat bij verzoekster, als gevolg van een ongeval, vier elementen verloren zijn gegaan. De voorgestelde behandeling is erop gericht deze vier elementen te vervangen door een keramische brug. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt hiervoor slechts dekking voor zover de behandeling leidt tot herstel van het gebit tot de situatie voorafgaand aan het ongeval. Volgens de ziektekostenverzekeraar betekent het plaatsen van een keramische brug een verbetering ten opzichte van de situatie van vóór het ongeval, omdat het bovenfront zeer zwak was en elementen 11 en 21 al waren aangetast, zodat deze eigenlijk al hadden moeten worden getrokken.
De commissie kan de ziektekostenverzekeraar hierin niet volgen. Uit de verklaring van de behandelend tandarts van 1 juni 2021 volgt namelijk dat de parodontale situatie al jaren stabiel was en dat dit naar alle waarschijnlijkheid nog jaren zo had kunnen blijven. Dit betekent dat voor zover al sprake is van parodontale problemen deze kennelijk onder controle waren. Voorts richt het verweer van de ziektekostenverzekeraar zich erop dat de elementen 11 en 21 reeds waren aangetast. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar slechts ten algemene naar de patiëntenkaart van de tandarts van verzoekster verwezen, maar is geen toelichting en/of uiteenzetting gegeven waaruit de aantasting van element 21 blijkt. Daarbij neemt de commissie voorts in overweging dat ook de elementen 12 en 22 verloren zijn gegaan en dat met betrekking tot deze elementen is gesteld noch gebleken dat die reeds voorafgaand aan het ongeval waren aangetast. Gelet op het voorgaande valt dan ook niet in te zien waarom verzoekster slechts aanspraak zou hebben op een partiële prothese en waarom hiermee wel, maar met een keramische brug niet, de situatie van het gebit wordt benaderd die het meest overeenkomt met de situatie voorafgaande aan het ongeval. Hierbij hecht de commissie voorts betekenis aan het feit dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft erkend dat uit de verklaring van de behandelend tandarts blijkt dat verzoekster niet kan uitkomen met een partiële prothese vanwege kokhalsneigingen. Hoewel dit volgens de ziektekostenverzekeraar niet wegneemt dat er mogelijk nog andere, minder ingrijpende, behandelopties zijn, werden deze, daarnaar door de commissie

gevraagd, niet genoemd, terwijl dit ook niet anderszins is onderbouwd. Het is om deze reden dat de commissie aan deze stelling voorbijgaat.

Voorstelbaar was geweest dat de ziektekostenverzekeraar de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering had willen beperken tot de goedkoopste en meest eenvoudige behandeloptie. In dat geval had de ziektekostenverzekeraar een en ander echter moeten opnemen in de verzekeringsvoorwaarden. Hiervan is niet gebleken.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten voor het plaatsen van een keramische brug moet vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 18 februari 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. U heeft alleen recht op deze deelprestaties als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u, voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

Let op!

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts of verloskundige is geen eigen risico verschuldigd.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

- anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

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. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. 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 www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Mond en tanden (mondzorg)

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van [B.5](#) tot en met [B.12](#)) gaan wij hierop in.

B.5 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op deze behandeling.

Let op!

In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- Voor deze behandeling is mededagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting, lichtfoto's en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening indien u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid;
- b. beugelcategorie 0 (myofunctionele apparatuur);
- c. beugelcategorie 7 (vacuümgevormde beugels, aligners).

B.6 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u recht op de volgende tandheelkundige behandelingen:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen. Wij moeten u hier wel vooraf toestemming voor hebben gegeven;
- e. sealing (afdichten groeven van kiezen);
- f. parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
- g. anesthesie (verdoving);
- h. endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- j. gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
- k. uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
- l. chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten en autotransplantaten (J39) vallen niet onder deze zorg;
- m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

- 1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Deze moet bevoegd en bekwaam zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
- 2. Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, orthodontist, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of andere medisch specialist. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de volgende behandelingen: extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose, correctie van de kaak in combinatie met een extractie, osteotomie (kaakoperatie), kinplastiek als zelfstandige verrichting, pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw) en het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
- 3. U heeft alleen recht op het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel [B.5](#)). Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- 4. Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel [B.5](#), [B.7](#), [B.10](#), [B.11](#) of [B.12](#)? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.
- 5. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (X21). Uw zorgverlener kan toestemming bij ons aanvragen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05) en behandeling van witte vlekken (M80 en M81);
- b. orthodontie. Dit valt, met uitzondering van de bijzondere orthodontie zoals omschreven in artikel [B.5](#), niet onder de basisverzekering. Dit kan uit een aanvullende verzekering vergoed worden;
- c. implantaten. Deze vallen mogelijk onder artikel [B.7](#) of artikel [B.12](#) of kunnen uit een aanvullende tandartsverzekering vergoed worden;
- d. autotransplantaten (J39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies);
- e. een therapeutische injectie met botox (G44).

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. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. 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 www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op!

Reguliere orthodontische hulp valt niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar!

B.7 Fronttandvervanging voor verzekerden tot 23 jaar

Heeft u één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die vervangen moeten worden, omdat deze tanden niet zijn aangelegd of omdat het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval en is deze indicatie aantoonbaar voor het 18e levensjaar gesteld? Dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen. Dit omvat onder andere een vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in het front.

Voorwaarden voor het recht op een fronttandbehandeling

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg.
2. Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts of tandarts-specialist.
3. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op autotransplantaten (I39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).

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. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. 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 www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie

U heeft recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek. Dit eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis.

U heeft recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is in verband met kaakchirurgie. Zie hiervoor artikel [B.30](#).

Voorwaarden voor het recht op kaakchirurgie

1. Een kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, orthodontist, tandprotheticus, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze mond.
3. Wij moeten u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
 - extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose;
 - correctie van de kaak in combinatie met een extractie;
 - osteotomie (kaakoperatie);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw);
 - het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
 - plastische chirurgie.
4. Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. parodontale chirurgie;
- b. het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- c. een ongecompliceerde extractie;
- d. autotransplantaten (I39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).

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. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. 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 www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) al dan niet op implantaten

U heeft recht op het laten maken en plaatsen van de volgende prothesen:

- a. een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- b. een uitneembare volledige immediaatprothese (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- c. een uitneembare volledige noodprothese (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- d. een uitneembare volledige vervangingsprothese (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- e. een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- f. een volledige prothese (klikgebit) op implantaten voor boven- en/of onderkaak en bevestigingsmaterialen, zoals drukknoppen en staven (wettelijke eigen bijdrage van 8% voor de bovenkaak en van 10% voor de onderkaak).

De eigen bijdrage voor een combinatie van een prothese op implantaten op de ene kaak en een niet implantaat-gedragen prothese op de andere kaak (code J50) is 17%.

Laat u een volledige prothese (a t/m f) repareren of rebasen? Dan geldt een wettelijke eigen bijdrage van 10%. Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. Deze bedragen kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op uitneembare volledige prothesen

1. Een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de behandeling uitvoeren.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of tandprotheticus 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. Als de prothesen genoemd onder a, b, d en e binnen 5 jaar of een noodprothese (c) binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
4. Laat u een volledige boven- of een volledige onderprothese maken en plaatsen? En zijn de techniek- en materiaalkosten hoger dan ons maximumbedrag? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
5. Laat u een nieuwe volledige prothese (klikgebit) op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor boven- en/of onderkaak maken? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Dit is niet nodig voor de reparatie en rebasing van een uitneembare volledige prothese op implantaten die ouder is dan 5 jaar.
6. U heeft recht op reparaties aan een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak, uitneembare volledige immediaatprothese of uitneembare volledige vervangingsprothese door een tandtechnicus, als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in de prothese waarbij de delen van de prothese eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan de prothese.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen de volledige overkappingsprothese en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels).

B.10 Implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? En is er sprake van een ernstig geslonken tadeloze kaak? Dan heeft u recht op de tandheelkundige implantaten die nodig zijn ter bevestiging van een uitneembare volledige prothese (klikgebit).

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. Deze bedragen kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op implantaten

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg voor de behandeling? Dan moet uw tandarts of tandarts-implantoloog u hebben doorverwezen. De tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar een tandarts of tandarts-implantoloog.
3. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op!

U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel [B.12](#).

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. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. 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 www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. 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 www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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.

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. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. 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 www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Ogen en oren

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

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. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. 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 www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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 www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

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. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. 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 www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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.

- a. 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);
- b. 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.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	geen dekking
Aanvullend 1 ster	100%
Aanvullend 2 sterren	100%
Aanvullend 3 sterren	100%
Aanvullend 4 sterren	100%

11.3 Geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden

Wij vergoeden de kosten van een beperkt aantal geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vergoed worden vanuit de basisverzekering. Wij vergoeden de geneesmiddelen en apotheekbereidingen in één van de volgende gevallen:

- a. als ze niet, niet meer of nog niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) voor vergoeding zijn opgenomen;
- b. als apotheekbereidingen niet vanuit de basisverzekering vergoed worden.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
2. Er is in uw situatie geen vergoedbaar alternatief.
3. Het geneesmiddel moet worden gebruikt bij een aandoening die, in combinatie met dat geneesmiddel, voorkomt op een lijst die wij hebben opgesteld. Op deze lijst staan geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen in combinatie met aandoeningen. Deze kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op!

Het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een medisch specialist of een huisarts met wie wij een contract hebben. Daarnaast moet het geneesmiddel zijn geleverd door een apotheek die wij hebben gecontracteerd. Kiest u voor een medisch specialist, huisarts of apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke zorgverleners en apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 1 ster	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 2 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 3 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 4 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar

Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticen, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen gaan wij hierop in. Heeft u ook een tandartsverzekering afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten eerst vanuit de aanvullende tandartsverzekering en daarna vanuit deze aanvullende verzekering, wanneer deze kosten bij beide verzekeringen voor vergoeding in aanmerking komen.

D.12 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion door een orthodontist of tandarts. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A'. Daarnaast vergoeden wij het plaatsen van botankers door een kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

Wachttijd orthodontie

Voor de vergoeding van de kosten van orthodontie geldt een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor de kosten van orthodontie. De wachttijd geldt als u Aanvullend 3 sterren of Aanvullend 4 sterren afsluit en in heel 2020 geen aanvullende verzekering met een vergoeding voor orthodontie bij ons had afgesloten. Uw wachttijd geldt ook als u overstapt van één van de andere zorgverzekeraars van Achmea.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	geen dekking
Aanvullend 1 ster	geen dekking
Aanvullend 2 sterren	geen dekking
Aanvullend 3 sterren	maximaal € 2.000,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Aanvullend 4 sterren	maximaal € 2.500,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

D.13 Tandheelkundige zorg – wettelijke eigen bijdrage prothesen (kunstgebitten)

Heeft u een uitneembare volledige prothese (kunstgebit) al dan niet op implantaten vergoed gekregen vanuit de basisverzekering of deze laten repareren of rebasen (zie artikel [B.9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige prothesen \(kunstgebitten\) al dan niet op implantaten](#))? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	geen dekking
Aanvullend 1 ster	geen dekking
Aanvullend 2 sterren	geen dekking
Aanvullend 3 sterren	geen dekking
Aanvullend 4 sterren	100%

D.14 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays, implantaten en autotransplantaten

Aan verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij alleen de kosten van kronen, bruggen, inlays, implantaten en autotransplantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
2. U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
3. Autotransplantaten (J39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies) moet worden uitgevoerd door een multidisciplinair team autotransplantaten dat voldoet aan onze eisen qua deskundigheid. Kijk op onze website welke zorgverleners onderdeel uitmaken van dit team.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	geen dekking
Aanvullend 1 ster	geen dekking
Aanvullend 2 sterren	100%
Aanvullend 3 sterren	100%
Aanvullend 4 sterren	100%

Let op!

De kosten van orthodontie worden vergoed vanuit artikel [D.12](#) van deze polisvoorwaarden.

D.15 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

1. U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
2. 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.
3. Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
4. 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.
5. Autotransplantaten (J39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand) moet worden uitgevoerd door een multidisciplinair team autotransplantaten dat voldoet aan onze eisen qua deskundigheid. Kijk op onze website welke zorgverleners onderdeel uitmaken van dit team.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

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

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	maximaal € 10.000,- per ongeval
Aanvullend 1 ster	maximaal € 10.000,- per ongeval
Aanvullend 2 sterren	maximaal € 10.000,- per ongeval
Aanvullend 3 sterren	maximaal € 10.000,- per ongeval
Aanvullend 4 sterren	maximaal € 10.000,- per ongeval

Ogen en oren

D.16 Brillen en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte en contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) samen per periode van 3 kalenderjaren. Het gaat hier om een periode van 3 kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december. De periode begint op 1 januari in het jaar van de eerste aanschaf.

Voorwaarde voor vergoeding

Een opticien of optiekbedrijf moet de brillen en/of contactlenzen aan u leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. (zonne)brillen en contactlenzen zonder sterkte;
- b. prismabrillen;
- c. de wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen en/of lenzen die worden vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel [B.3 Hulpmiddelen](#));
- d. losse monturen en/of accessoires;
- e. gekleurde contactlenzen.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	geen dekking
Aanvullend 1 ster	geen dekking
Aanvullend 2 sterren	maximaal € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
Aanvullend 3 sterren	maximaal € 150,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
Aanvullend 4 sterren	maximaal € 250,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

D.17 Ooglaseren en lensimplantatie

In dit artikel leest u de voorwaarden voor de vergoeding van de kosten van ooglaseren ([17.1](#)) en lensimplantatie ([17.2](#)).

17.1 Ooglaseren

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserbehandeling.

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 zeven 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.