



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. beide te Tilburg

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, orthodontie, osteotomie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2008-2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008-2017

Zaaknummer : 201900151

Zittingsdatum : 19 juni 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

1. Partijen



De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 
1. OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 2. OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 
- 2.1. Bij brief van 17 januari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de orthodontiebehandelingen in de jaren 2008 tot en met 2017 (volledig) aan hem moet vergoeden op grond van de zorgverzekering en (ii) de ziektekostenverzekeraar de in de jaren 2008 tot en met 2017 betaalde premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering Tand aan hem moet terugbetalen (hierna: het verzoek).
- 
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 april 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 april 2019 aan verzoeker gezonden.
- 
- 2.3. Bij brief van 7 mei 2019 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019022452) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een nadere toelichting op het advies. Deze heeft het Zorginstituut bij e-mailbericht van 11 juni 2019 aan de commissie gezonden. Een afschrift van het advies en de nadere toelichting is op 11 juni 2019 aan partijen gestuurd.
- 
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 juni 2019 gehoord.
- 
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 21 juni 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 25 juni 2019 heeft het Zorginstituut de commissie medegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 
- 3.1. Verzoeker was in de jaren 2008 tot en met 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tand (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 februari 2015 aan verzoeker meegedeeld dat geen aanspraak bestaat op orthodontie op grond van de zorgverzekering. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 31 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 

- 3.3. Verzoeker heeft vervolgens opnieuw een aanvraag ingediend voor orthodontie ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 7 oktober 2016 ook deze aanvraag afgewezen. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar eveneens verzocht om heroverweging van deze beslissing. Hierop volgend heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker gevraagd aanvullende informatie toe te sturen. Aan dit verzoek heeft verzoeker voldaan. Bij brief van 19 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De behandelend tandarts heeft bij brief van 6 oktober 2008 over verzoeker verklaard:
"Ik constateerde: beh. met overbeet plaat bk, klasse II/1 open beet front en een horizontale overbeet van 11 mm. Voorlopig behandelplan: non extractie en dus waarschijnlijk een activator. (...)"
- 3.5. De behandelend orthodontist heeft bij brief van 16 februari 2015 bezwaar aangetekend tegen de eerste afwijzing van de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar. In het bezwaarschrift verklaart de orthodontist het volgende over verzoeker:
"[Verzoeker] is bij een andere orthodontist in zijn jeugd (ongeveer 8 jaar geleden) behandeld ivm een overjet van 14 mm. Hij was op basis daarvan al in aanmerking gekomen voor toekennen categorie B. De toenmalige orthodontist heeft echter verzuimd de behandeling aan te vragen. Door de toenmalige orthodontische behandeling met functionele en vaste apparatuur is de overjet gereduceerd tot 8 mm. Toen niet behandelen was ook geen optie want er was duidelijk traumarisico en een jongeman met zo'n grote overbeet rond laten lopen is sociaal gezien ook niet verantwoord. Echter door de aanwezigheid van 2 melkmolaren in de onderkaak is de huidige overbeet geflateerd. De melkmolaren zijn in zeer slechte conditie, en dienen verwijderd te worden, de opvolgers zijn agenetisch (35/45). In de orthodontische voorbehandeling zullen de diastemen in de onderkaak gesloten worden, hierdoor zal de overjet toenemen tot zeker 13 mm. Hij zou op basis daarvan ook in aanmerking komen voor categorie -B. (...)"
- 3.6. De behandelend orthodontist heeft op 12 oktober 2016 over verzoeker verklaard:
"Op 17 augustus jl. heb ik reeds een SOB van 14 mm in de mond gemeten. Daarom is het opnieuw aangevraagd. [De ziektekostenverzekeraar] richt zich nu toch alleen op de beginsituatie van 2014 en heeft de huidige situatie niet beoordeeld. (...)"
- 3.7. Het Zorginstituut heeft in het advies van 7 mei 2019 verklaard:
*"Orthodontische behandeling maakt in principe geen deel uit van de basisverzekering. Dit kan slechts anders zijn bij een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Daartoe moet sprake zijn van een zeer ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij mededagnostiek of -behandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Hierbij moet gedacht worden aan schisis of met een aandoening die in ernst vergelijkbaar is met schisis.
(...)
Bij verzoeker is in 2008 - hij was toen 14 jaar oud - door de behandelend orthodontist vastgesteld dat sprake was van een klasse II/1 open beet met een horizontale overbeet van 11 mm. Later wordt vermeld dat de aandoening aanvankelijk ernstiger was dan vermeld door de eerste behandelend orthodontist.

Uit het dossier blijkt niet dat in 2008 sprake was van een aandoening die in ernst vergelijkbaar is met schisis. De orthodontische behandeling werd dan ook niet aangevraagd bij de zorgverzekeraar.

Thans wordt wel orthodontische behandeling aangevraagd, in combinatie met een osteotomie. Uit het dossier blijkt dat wel sprake is van een behandelbehoefte situatie, maar niet van een in ernst met schisis vergelijkbare aandoening.

Naar het oordeel van de tandheelkundig adviseur heeft de verweerder de gevraagde behandelingen terecht afgewezen. (...)"*

- 3.8. Het Zorginstituut heeft bij e-mailbericht van 11 juni 2019 een nadere toelichting op zijn advies gegeven. Deze toelichting luidt:
- "De aanspraak op orthodontie in het kader van de bijzondere tandheelkundige hulp is zeer strikt gelimiteerd in artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering. Het moet gaan om een zeer ernstige stoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Met deze omschrijving is bedoeld dat het moet gaan om schisis of in ernst met schisis vergelijkbare aandoeningen. Om enig houvast te hebben bij de beoordeling van aanvragen hebben partijen in 1995 de 'indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen waaraan in dit verband kan worden gedacht. De aanspraak is functioneel omschreven. Een indicatieve lijst kan nimmer zelfstandig bepalend zijn voor de aanspraak; het gaat om de ernst van de onderliggende aandoening. In de indicatieve lijst wordt een overbeet van 13 mm of meer genoemd. Wanneer in een behandeltraject ergens een overbeet van 14 mm wordt gemeten betekent dat niet dat op dat moment aanspraak op orthodontische behandeling in het kader van de bijzondere tandheelkundige hulp ontstaat. Overigens is een overbeet geen statisch gegeven. In de loop van het groeiproces kan deze overbeet groter of kleiner worden (reden om terughoudend te zijn met zeer vroege aanvang van orthodontische behandeling). Bovendien zijn meetfouten mogelijk."*

4. Bevoegdheid van de commissie

- 4.1. Gelet op artikel A.22. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2016-2017) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover ten aanzien van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bindend advies uit te brengen.

5. Geschil

- 5.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar (i) de orthodontiebehandelingen in de jaren 2008 tot en met 2017 (volledig) aan verzoeker moet vergoeden op grond van de zorgverzekering en (ii) zo ja, of de ziektekostenverzekeraar de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering aan verzoeker moet terugbetalen.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv), en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op mondzorg zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Voorop gesteld dient te worden dat een gecombineerde behandeling, bestaande uit kaakchirurgie (osteotomie) en orthodontie, moet worden beschouwd als twee verschillende verzekerde prestaties die door de commissie afzonderlijk worden beoordeeld. Daarbij stelt de commissie vast dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een osteotomie heeft goedgekeurd en hiervoor een machtiging heeft gegeven. De aanspraak op deze behandeling vormt om die reden geen onderdeel van het geschil.

De zorgverzekering

- 6.3. Op grond van artikel B.12.3. van de zorgverzekering komt orthodontie voor vergoeding in aanmerking, indien een verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft en zonder de aangewezen mondzorg het gebit de normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad. Verder geldt de eis dat medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines nodig is bij de behandeling van de betreffende stoornis of afwijking.

In de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan artikel B.12.3. van de zorgverzekering, wordt uiteengezet dat de aanspraak op orthodontie beperkt is tot tandheelkundige aandoeningen waarop de bijzondere tandheelkunde betrekking heeft. Het gaat daarbij om ingrijpende orthodontische behandelingen bij verzekerden met een schisisafwijking dan wel een vergelijkbare zeer ernstige afwijking. In dat kader is voor de inhoud en omvang van mondzorg in de zorgverzekering aansluiting gezocht bij de toenmalige Regeling Tandheelkundige hulp Ziekenfondsverzekering. De vroegere Ziekenfondsraad heeft een 'indicatieve lijst' opgesteld van die gevallen waarin een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde aanwezig wordt verondersteld. Uit de 'indicatieve lijst' volgt dat sprake kan zijn van een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis bij een distorelatie (klasse II) met een overjet van meer dan 13 mm en/of een zeer diepe beet met gingivaal of platinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium. Het voorkomen van een indicatie

op de lijst betekent echter niet dat automatisch aanspraak bestaat. Daartoe is namelijk vereist dat de aandoening van het tand-kaak-mondstelsel leidt tot een objectiveerbare functiestoornis.

6.4. De ziektekostenverzekeraar hoeft op grond van de zorgverzekering geen vergoeding toe te kennen voor orthodontie als de behandeling niet is aangevraagd. Slecht op basis van een dergelijke aanvraag kan de ziektekostenverzekeraar immers beoordelen of een (verzekerings)indicatie bestaat. Het staat vast dat bij de ziektekostenverzekeraar voor het eerst op 26 januari 2015 een aanvraag is ingediend. Dit is niet aan de ziektekostenverzekeraar te wijten. Tevens kan in het midden blijven of verzoeker in het verleden een (verzekerings)indicatie had voor orthodontie op grond waarvan hij toen mogelijk aanspraak had op de betreffende behandelingen ten laste van de zorgverzekering.

6.5. De vraag die vervolgens moet worden beantwoord is of de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van 26 januari 2015 naar de situatie op dat moment goed heeft beoordeeld. In dit verband hebben partijen het volgende aangedragen.
Verzoeker heeft aangevoerd dat bij hem in 2008 een overbeet van 13 mm is vastgesteld. Hierop volgend heeft hij orthodontische zorg ontvangen, waarbij functionele en vaste apparatuur is geplaatst om de overbeet te reduceren. Hierdoor was de overbeet eind 2011 teruggebracht tot 5 mm. In de loop van 2012 is de geplaatste apparatuur verwijderd door de orthodontist, omdat een draad was gebroken. In 2013 is verzoeker doorverwezen naar een andere orthodontist die heeft vastgesteld dat de overbeet inmiddels weer was toegenomen. Gelet op de klachten die verzoeker hierdoor ondervond, heeft de betreffende orthodontist een osteotomie in combinatie met orthodontie geadviseerd.
De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat ten tijde van de aanvraag van 26 januari 2015 niet is gebleken dat verzoeker een (verzekerings)indicatie had voor orthodontie op grond van de zorgverzekering.

6.6. Uit het bezwaarschrift van de behandelend tandarts van 16 februari 2015 volgt dat de orthodontische behandeling erop was gericht de diastemen in de onderkaak te sluiten, waardoor de overjet zou toenemen tot zeker 13 mm. Uit het bezwaarschrift noch uit de onderliggende stukken volgt echter dat de overjet groter was geworden dan 13 mm. Ook is uit deze stukken niet af te leiden dat sprake was van een objectieve functiestoornis en de orthodontie noodzakelijk was om de tandheelkundige functie te behouden, die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet had voorgedaan. In de onderhavige procedure is het aan verzoeker aannemelijk te maken dat hij ten tijde van de betreffende aanvraag een (verzekerings)indicatie had voor orthodontie. Daarin is verzoeker niet geslaagd.

6.7. Op 21 september 2016 is ten behoeve van verzoeker opnieuw een aanvraag ingediend voor orthodontie. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Uit de brief van 7 oktober 2016 van de ziektekostenverzekeraar volgt dat bij de beoordeling is uitgegaan van de reeds aanwezige informatie uit 2014 en dat de aanvraag op grond van die informatie is afgewezen. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat ten onrechte van die informatie is uitgegaan en dat moet worden gekeken naar de situatie zoals die ten tijde van de aanvraag was.

Deze stelling wordt door de behandelend orthodontist gesteund met zijn verklaring van 12 oktober 2016. Uit de betreffende verklaring valt op te maken dat op 17 augustus 2016 sprake was van een overbeet van 14 mm.

- 6.8. Het is aan de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of op het moment dat een aanvraag wordt ingediend een (verzekerings)indicatie bestaat voor orthodontie. Het is niet uit te sluiten dat de situatie van verzoeker sinds de aanvraag in 2015 is verslechterd. Er valt dan ook niet in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar zich bij zijn beoordeling heeft beperkt tot de informatie die destijds beschikbaar was. Sterker nog, uit de verklaring van de behandelend orthodontist blijkt dat op 17 augustus 2016 sprake was van een overbeet van 14 mm. Dit is door de ziektekostenverzekeraar ook niet betwist. Dit betekent dat ten tijde van de aanvraag een aandoening als beschreven in de 'indicatieve lijst' bestond, hetgeen een aanwijzing is dat sprake kan zijn van een ernstige groei- of ontwikkelingsstoornis van het tand-kaak-mondstelsel als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden.
- Uit het advies van het Zorginstituut van 7 mei 2019 en zijn toelichting hierop van 11 juni 2019 volgt evenwel dat het enkele feit dat sprake is van een aandoening als beschreven op de 'indicatieve lijst' niet leidt tot aanspraak op orthodontie. Het gaat om de ernst van de onderliggende aandoening. Hoewel uit het dossier wel naar voren komt dat sprake is van een behandelbehoeftige situatie, volgt hieruit niet dat kan worden gesproken van een in ernst met schisis vergelijkbare aandoening. Het Zorginstituut komt om die reden tot de conclusie dat geen aanspraak bestaat op orthodontie ten laste van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.
- 6.9. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, met name dat hij in het verleden wél een (verzekerings)indicatie had voor orthodontie of dat een (verzekerings)indicatie zal ontstaan als de orthodontische hulp niet wordt uitgevoerd, maakt de uitkomst niet anders. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt op het moment dat een aanvraag voor orthodontie bij hem wordt ingediend of een (verzekerings)indicatie bestaat voor deze zorg op grond van de zorgverzekering. Of in het verleden dan wel in de toekomst mogelijk een (verzekerings)indicatie bestond of ontstaat, maakt deze beoordeling niet anders.

De aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.10. Verzoeker heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering aan hem moet terugbetalen, als zou blijken dat hij aanspraak had op orthodontie op grond van de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering zou dan namelijk niet nodig zijn geweest, aldus verzoeker. Hoewel dit laatste niet aan de orde is, heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting aangeboden de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering terug te betalen. In deze beslissing zal de commissie niet treden.
- Partijen zijn het er ter zitting over eens geworden dat (i) totaal € 1.159,-- aan premie is betaald en (ii) de vergoeding die op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft plaatsgevonden, te weten € 196,-- aan mondzorg en € 345,-- voor orthodontie, hierop in mindering moet worden gebracht. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een bedrag van € 618,-- zal terugbetalen.
- 6.11. Aangezien de ziektekostenverzekeraar verzoeker in deze procedure deels tegemoet is gekomen, dient hij ook het entreegeld aan hem te voldoen.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- 
- 
1. verzoeker geen aanspraak heeft op orthodontische hulp ten laste van de zorgverzekering in de jaren 2016 en 2017;
 2. de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker dient te voldoen.



Zeist, 3 juli 2019



J.A.M. Strens-Meulemeester

Besluit zorgverzekering (Bzv)

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.

ketenzorg. Zie daarvoor artikel B.24.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetik voor dezelfde aandoening als u op grond van artikel B.24. (ketenzorg) al diëtetik ontvangt van een door ons gecontracteerde zorggroep voor dezelfde aandoening;
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetik als die niet met een geneeskundig doel is gegeven, zoals bijvoorbeeld dieetadviezen in verband met afslanken of sport zonder dat daarvoor een medisch doel is of een medische noodzaak bestaat.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de praktijk van de behandelend diëtist; of
- op de afdeling diëtetik van een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen waar diëtetik wordt geleverd aan patiënten zonder dat sprake is van een opname; of
- bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is.

B.12. Mondzorg voor alle leeftijden

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"); zie ook artikel A.2.5.

B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Deze mondzorg in bijzondere gevallen is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei-

stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt; en/of

- u een niet-tandheeskundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en/of
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheeskundige zorg aantoonbaar onvolgende resultaat heeft. Bij deze tandheeskundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Als u 18 jaar of ouder bent en u krijgt mondzorg terwijl bij u niet één van de hiervoor genoemde indicaties is gesteld, dan wordt deze mondzorg niet onder artikel B.12.1. vergoed.
- Kijk voor de voorwaarden achter artikel B.12.3.

B.12.2. Tandheeskundige implantaten in bijzondere gevallen

Zorg: waar hebt u recht op?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheeskundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop de uitneembare prothese vastgemaakt kan worden; en
- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder B.12.1. en uw gebit zonder die tandheeskundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Er geldt een eigen bijdrage voor de volledige gebitsprothese die op een tandheeskundig implantaat wordt vastgemaakt.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden achter artikel B.12.3.

B.12.3. Orthodontie in bijzondere gevallen

Zorg: waar hebt u recht op?

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

- u voldoet aan de eisen die genoemd zijn in artikel B.12.1.; en
- sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medidiagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.

Voorwaarden (B.12.1., B.12.2. en B.12.3.)

Algemeen

Als bij een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling prothetische nabehandeling noodzakelijk is, moet een multidisciplinair behandelplan door alle betrokken zorgverleners opgesteld worden.

Zorgverlener

- De zorg onder B.12.1. wordt verleend door een tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg, orthodontist of een bevoegde mondzorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
- De zorg onder B.12.2. wordt verleend door een tandarts, kaakchirurg of een bevoegde mondzorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.);
- De zorg onder B.12.3. wordt verleend door een geregistreerd orthodontist;
- Als sprake is van een tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie of lachgas-sedatie wordt deze verleend:
 - in een door COBIJT (Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde) erkend Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - door een zorgverlener waarmee wij voor deze behandeling schriftelijke afspraken hebben gemaakt.

Verwijzing

Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten, hebt u voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een tandarts, orthodontist of tandarts-implantoloog.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen voor de zorg onder B.12.1. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvul-

lende voorwaarden stellen.

- Bij de aanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelplan. Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken als:
 - de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
 - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.
- Voor het plaatsen van een tandheelkundig implantaat vraagt u bij ons zorgadvies en voorafgaand aan de behandeling een akkoordverklaring aan. Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. U moet bij de zorgaanvraag een schriftelijk onderbouwd behandelplan en een kostenbegroting meesturen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de instelling voor medisch specialistische zorg;
- in een tandartspraktijk;
- in een centrum voor mondzorg;
- in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.),
- in de praktijk van de orthodontist of
- op de plaats waar u verblijft (dus op een andere plaats dan waar de behandelaar zijn praktijk heeft); u hebt hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist nodig.

B.13. Mondzorg tot 18 jaar

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"); zie ook artikel A.2.5.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Deze mondzorg bestaat naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12. uit:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, zo nodig vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. verwijderen van tandsteen;
- d. aanbrengen van fluoride maximaal 2 keer per jaar bij kinderen vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen (dus niet het melkgebit);
- e. aanbrengen van een beschermend laklaagje