

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, osteotomie en orthodontie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022
Zaaknummer : 202202073
Zittingsdatum : 13 september 2023

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

1. Partijen

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

en

IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 5 december 2022 heeft verzoeker de SKGZ ervan op de hoogte gebracht dat hij een klacht heeft over de ziektekostenverzekeraar. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker op 21 maart 2023 meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Hierop heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) bij brief van 31 mei 2023 gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 juni 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 17 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 18 juli 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 26 juli 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023029335) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 juli 2023 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. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 september 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 22 september 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 26 juli 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 27 september 2023 heeft het Zorginstituut meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd en heeft de door de commissie gestelde vraag beantwoord.
Het advies van 27 september 2023 van het Zorginstituut is op 28 september 2023 aan partijen gestuurd. Partijen hebben de mogelijkheid gekregen hierop te reageren, maar hiervan hebben zij geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZA Extra Zorg 3 en IZA Extra Tand 2 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Bij de ziektekostenverzekeraar zijn in september 2022 ten behoeve van verzoeker aanvragen gedaan voor een kaak chirurgische ingreep (osteotomie) en een orthodontische behandeling. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 27 september 2022 aan verzoeker meegedeeld dat de aangevraagde osteotomie is goedgekeurd. De aanvraag voor de orthodontische behandeling is bij brief van 29 september 2022 door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing met betrekking tot de orthodontische behandeling gevraagd. Bij brief van 3 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 26 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 27 september 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde orthodontische behandeling moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat de behandelend orthodontist op de aanvraag het volgende heeft verklaard:
"Cup KL I Mol KL II. L + R kruisbeet door te smalle bovenkaak. Open beet en matige tot ernstige crowding. Ademhalings en snurkproblemen, onder behandeling bij kaakchirurg. MRA kan niet volgens kaakchirurg omdat de bovenkaak te smal is. transversale discrepantie BK / OK."
 Gelet op deze verklaring stelt verzoeker in zijn brief van 31 mei 2023 dat de orthodontische behandeling een essentieel onderdeel is van het gehele traject, dus inclusief het kaakchirurgische deel. Verzoeker stelt zich daarom ook op het standpunt dat de orthodontische behandeling in samenhang met de reeds toegekende kaakchirurgische ingreep moet worden beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft de orthodontische behandeling ten onrechte aangemerkt als tandkeelkundige zorg.
 Verder stelt verzoeker dat hij bij de ziektekostenverzekeraar ook aanvullend is verzekerd. Op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van orthodontie tot een maximum van € 750,-. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan verzoeker geen aanspraak maken op deze vergoeding omdat de orthodontist dan A-codes moet gebruiken. Volgens de orthodontist mag hij deze codes niet gebruiken omdat de orthodontische behandelingen worden uitgevoerd na een chirurgische ingreep. Verzoeker voelt zich hierdoor dubbel benadeeld.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker herhaald dat het voor hem niet te begrijpen is dat de kaakchirurgische ingreep wél en de orthodontische behandeling niet wordt vergoed. Des te opmerkelijker is dat ook de kaakchirurgische ingreep die ná de orthodontische behandeling moet plaatsvinden eveneens door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed. Dit betekent dat alleen de tussenliggende behandeling niet wordt vergoed. Verzoeker had graag gezien dat de ziektekostenverzekeraar maatwerk levert en niet strikt kijkt naar de regels.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn brief van 17 juli 2023 dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering. Dit omdat een verzekeringsindicatie voor een dergelijke behandeling ontbreekt. Op basis van de ingediende aanvraag, de overgelegde foto's en de verklaring van de behandelend orthodontist stelt de ziektekostenverzekeraar dat de situatie van verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden om voor vergoeding van een orthodontische behandeling in aanmerking te komen.
- Voor zover verzoeker stelt dat de goedkeuring van de eveneens aangevraagde osteotomie automatisch betekent dat ook de orthodontische behandeling moet worden goedgekeurd, deelt de ziektekostenverzekeraar dit standpunt niet. Dit omdat een osteotomie een verzekerde prestatie is in het kader van medisch-specialistische zorg en orthodontie moet worden beoordeeld aan de hand van de criteria voor tandheelkundige zorg. Voor kaakchirurgie gelden andere criteria dan voor een orthodontische behandeling.
- Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van orthodontische kosten tot een bedrag van € 750,-. Dit bedrag geldt voor de gehele verzekeringsduur. Omdat ten behoeve van verzoeker al kosten ten laste van deze verzekering zijn vergoed, resteert nog een maximaal te vergoeden bedrag van € 496,53 voor de gehele verzekeringsduur.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoeker een verzekeringsindicatie heeft voor een kaakchirurgische ingreep. Om die reden zijn daarvoor goedkeuringen gegeven. Voor de aanspraak op orthodontie geldt dat sprake moet zijn van een tandheelkundige afwijking die in ernst vergelijkbaar is met schisis. Dit is bij verzoeker niet aan de orde. Om die reden is vergoeding van de kosten van de orthodontische behandeling afgewezen.
- Verder heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard contact op te nemen met de orthodontist van verzoeker als deze problemen heeft met het declareren van de orthodontische kosten met A-codes.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 26 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Krachtens artikel 2.7 van het Bzv gelden verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgie (osteotomie) en een orthodontische behandeling. Voor vergoeding van een kaakchirurgische behandeling ten laste van de basisverzekering moet de verzekerde redelijkerwijs zijn aangewezen op deze behandeling. Voor orthodontische hulp gelden strengere criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Bij verzoeker is geen sprake van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Een klasse II molaar relatie is geen zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis. Bij een kruisbeet is geen sprake van een transversale disclusie zodanig dat er geen contact is tussen de kaken.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoeker sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Verzoeker heeft derhalve geen (verzekerings)indicatie voor orthodontie.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van de orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 27 september 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

Tijdens de hoorzitting is gebleken dat verweerder ook de tweede osteotomie vergoedt. Voordat deze ingreep kan worden uitgevoerd is een orthodontisch traject noodzakelijk. Dit tussenliggende traject wordt door verweerder niet vergoed. U vraagt het Zorginstituut aan te geven of omstandigheid maakt dat het voorlopig advies dient te worden aangepast.

Zoals reeds aangegeven in het voorlopig advies gelden verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgie (osteotomie) en een orthodontische behandeling. Om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van orthodontie ten laste van de basisverzekering dient sprake te zijn van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Bij verzoeker is geen sprake van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Het feit dat de tweede osteotomie vergoed wordt maakt dit niet anders."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 8.2. De commissie overweegt dat onderscheid moet worden gemaakt tussen de kaakchirurgische ingreep (osteotomie) en de orthodontische behandeling. De kaakchirurgische operatie is een medisch-specialistische behandeling, terwijl de orthodontie een tandheelkundige behandeling betreft. Een verzekeringsindicatie voor kaakchirurgie betekent niet dat ook een verzekeringsindicatie voor orthodontie in bijzondere gevallen kan worden aangenomen.

Anders dan verzoeker stelt, betreft het twee verschillende verzekerde prestaties, die door de commissie afzonderlijk worden beoordeeld, aan de hand van de onderscheiden voorwaarden. Ten aanzien van de kaakchirurgische behandeling geldt dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 27 september 2022 heeft verklaard de kosten hiervan te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil zodat beoordeling van de aanspraak op dit punt achterwege kan blijven. Hetgeen partijen verdeeld houdt is de vraag of de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten van de eveneens aangevraagde orthodontische behandeling terecht heeft afgewezen. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 8.3. De aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel 32.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat aanspraak bestaat op deze zorg bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Uit de Nota van Toelichting bij het Bzv volgt dat het hierbij moet gaan om een situatie die in ernst vergelijkbaar is met schisis. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen die in ernst vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar zij wordt wel gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij een verzekerde een (verzekerings)indicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Ook de commissie hanteert de 'indicatieve lijst' als richtsnoer. Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Dit betekent dat de verzekerde niet uitsluitend door de orthodontist mag worden behandeld. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, Bzv.
- Verzoeker voldoet aan de voorwaarde van medebehandeling, aangezien bij het behandeltraject ook een kaakchirurg is betrokken. De vraag is dus of bij verzoeker een verzekeringsindicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, zoals hiervoor toegelicht, bestaat.
- 8.4. Aanspraak op vergoeding van een orthodontische behandeling bestaat, gelet op het voorgaande, als deze behandeling tot doel heeft een *tandheelkundig functieprobleem* als gevolg van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel te verhelpen. Verzoeker wenst de orthodontische behandeling evenwel te ondergaan in verband met snurken en ademhalingsproblemen. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat deze problemen worden veroorzaakt door de stand van het gebit en de kaak. Hiertoe geldt dat het Zorginstituut in het advies van 26 juli 2023 opmerkt dat een klasse II molaar relatie geen zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis is en dat bij een kruisbeet geen sprake is van een transversale disclusie, zodanig dat er geen contact is tussen de kaken. Om die reden concludeert het Zorginstituut dat bij verzoeker geen zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel aan de orde is, zodat hij geen verzekeringsindicatie heeft voor een orthodontische behandeling. In het definitief advies van 27 september 2023 vult het Zorginstituut aan dat het feit dat de ziektekostenverzekeraar ook een tweede osteotomie vergoedt dit niet anders maakt. De commissie, gelezen beide adviezen van het Zorginstituut, geen aanleiding van het advies af te wijken, en volgt dit. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.5. Op grond van artikel 51 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van orthodontische kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De maximale vergoeding bedraagt € 750,- en deze geldt gedurende de gehele looptijd van de verzekering. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet bestreden, dat ten behoeve van verzoeker al kosten ten laste van deze verzekering zijn vergoed en dat nog een bedrag resteert van € 496,53. Dit betekent dat verzoeker, volgens de laatst bekende opgave, gedurende de looptijd van de aanvullende ziektekostenverzekering nog aanspraak heeft op vergoeding van orthodontische kosten tot een bedrag van maximaal € 496,53. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de orthodontist de kosten dan moet declareren door middel van A-codes. Verzoeker heeft met betrekking hiertoe verklaard dat zijn orthodontist deze codes niet mag declareren omdat de orthodontie plaatsvindt na een chirurgische ingreep. In een dergelijke situatie kan alleen met B-codes worden gedeclareerd. De commissie constateert

dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard contact te zullen opnemen met de orthodontist zodat verzoeker toch aanspraak kan maken op het bedrag van € 496,53. Gelet op deze bereidverklaring laat de commissie dit punt verder rusten.

Slotsom

8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 oktober 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.7

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

onderdelen a tot en met c:

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

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

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

Artikel 51. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed

De kosten van orthodontische zorg.

IZA Extra Zorg Instap	IZA Extra Zorg 1	IZA Extra Zorg 2	IZA Extra Zorg 3
geen vergoeding	geen vergoeding	100% tot maximaal € 500 voor de hele looptijd van de verzekering	100% tot maximaal € 750 voor de hele looptijd van de verzekering

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts of orthodontist in het buitenland gaat.

Artikel 52. Eigen bijdrage kunstgebit

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:

- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknoppen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

IZA Extra Zorg Instap	IZA Extra Zorg 1	IZA Extra Zorg 2	IZA Extra Zorg 3
geen vergoeding	geen vergoeding	geen vergoeding	volledig

Artikel 53. Tandheelkundige kosten door een ongeval

Dit krijgt u vergoed

De kosten van onvoorziene tandheelkundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed. Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering IZA Extra Zorg Instap, IZA Extra Zorg 1, IZA Extra Zorg 2 of IZA Extra Zorg 3. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval plaatsvindt. Tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

IZA Extra Zorg Instap	IZA Extra Zorg 1	IZA Extra Zorg 2	IZA Extra Zorg 3
maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval

Wat krijgt u niet vergoed

De kosten:

- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;

Artikel 32. Bijzondere tandheelkunde

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

32.1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

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

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

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

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

De zorg mag worden verleend in een:

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

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

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
 - Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis

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

U vindt deze centra op onze website.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

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

32.2. Tandheelkundige implantaten

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

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

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak

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

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg. Als er sprake is van implantologie in de zeer ernstig geslonken tandeloze kaak dan mag de zorg ook worden verleend door een tandarts-implantoloog.

De zorg mag worden verleend in een:

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

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

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

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