

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : EU/EER, Spanje, mondzorg, bijzondere tandheelkunde, trekken van tanden en kiezen
(focussanering) en herstel door middel van kronen, telefonische toezegging
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, art. 20 Vo.
nr. 883/2004
Zaaknummer : 202100985
Zittingsdatum : 9 februari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 9 september 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen 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 26 september 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 6 december 2021 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 7 december 2021 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 4 januari 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021048292) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 6 januari 2022 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 zorgverzekeraar 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 ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 21 februari 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 4 januari 2021 aanpassing behoeft. Bij brief van 22 februari 2022 heeft het Zorginstituut per brief de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft al meerdere jaren last van chronische ontstekingen in haar mond. Zij is hiervoor behandeld door haar tandarts en door een kaakchirurg. Op 8 september 2020 zijn door verzoekster twee aanvragen ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, een betrekking hebbend op de verwijdering van tanden en kiezen, en een op het aanbrengen van implantaten met hierop te plaatsen kronen.
- 3.3. Omdat de situatie hierna verslechterde, besloot verzoekster de beslissing op de aanvragen niet af te wachten, en zich in Palamós, Spanje, te laten behandelen. In de periode van 14 september 2020

tot 5 oktober 2020 heeft zij aldaar verschillende tandheelkundige behandelingen laten uitvoeren door een tandarts.

- 3.4. Bij terugkomst in Nederland heeft verzoekster op 29 oktober 2020 de zorgverzekeraar verzocht de van de Spaanse kliniek ontvangen nota's te vergoeden. De zorgverzekeraar heeft op 16 november 2020 aan verzoekster meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 3.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Zowel op 1 april 2021 als op 26 april 2021 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 4 januari 2022 heeft het Zorginstituut, in zijn voorlopig advies aan de commissie, het volgende verklaard:

"De situatie van verzoekster geeft geen indicatie tot bijzondere tandheelkunde. Verweerder heeft de aanvraag terecht afgewezen.

Dat er geen verzekeringstechnische indicatie bestaat, betekent niet dat er geen behandelindicatie is. Het houdt in dat de behandelingen niet vanuit de basisverzekering vergoed kunnen worden.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De aanvraag is terecht afgewezen."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar is gehouden:

- (i) de in Spanje gemaakte kosten ter zake van bij haar uitgevoerde tandheelkundige behandelingen te vergoeden ten laste van de zorgverzekering; en
- (ii) haar een coulancevergoeding tussen de € 100,- en € 1.000,- aan te bieden.

- 4.2. De zorgverzekeraar 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. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) 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 voert aan dat zij al jaren kampt met chronische ontstekingen in haar mond. Volgens haar behandelend tandarts worden deze ontstekingen veroorzaakt door parodontitis. In de afgelopen jaren heeft verzoekster al verschillende behandelingen ondergaan om de problemen te verhelpen. Zelfs een kaakchirurgische ingreep heeft echter niet geleid tot een blijvende verbetering. Toen medio 2020 tijdens het eten enkele elementen uit haar mond vielen, was voor verzoekster de maat vol. Enige tijd daarna, te weten op 7 september 2020, heeft zij telefonisch

contact gehad met een medewerkster van de zorgverzekeraar. Deze adviseerde verzoekster bij de zorgverzekeraar een tweetal aanvragen in te dienen, een voor het trekken van de resterende tanden en kiezen, en een voor het aanbrengen van implantaten met daarop te plaatsen kronen. De dag erna - op 8 september 2020 - heeft zij de raad van de medewerkster opgevolgd. Omdat de klachten verergerden heeft zij later opnieuw telefonisch contact gehad met de betreffende medewerkster van de zorgverzekeraar. Tijdens dit gesprek is door deze medewerkster aan verzoekster toegezegd dat 80% van de kosten wordt vergoed. Verzoekster stelt zich op het standpunt dat de zorgverzekeraar deze toezegging moet nakomen.

Verder geldt dat er op een later moment voor de derde keer telefonisch contact is geweest tussen verzoekster en een medewerkster van de zorgverzekeraar. Tijdens dit telefonisch contact is volgens verzoekster niet alleen toegezegd dat zij een bos bloemen zou ontvangen, maar ook dat aan haar een bedrag tussen de € 100,- en € 1.000,- uit coulance zou worden betaald. Enige vergoeding heeft verzoekster nimmer ontvangen, zodat de zorgverzekeraar is gehouden ook deze toezegging na te komen.

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.3. De zorgverzekeraar verklaart dat verzoekster aanspraak maakt op vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandelingen, uitgevoerd in Spanje. Deze tandheelkundige behandelingen bestaan enerzijds uit het trekken van tanden en kiezen, en anderzijds uit het aanbrengen van implantaten met daarop te plaatsen kronen. Met betrekking tot het trekken van tanden en kiezen geldt dat dit alleen onder de dekking van de zorgverzekering valt als sprake is van een medische indicatie en de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg. Dit alles is bij verzoekster niet aan de orde, zodat vanuit de zorgverzekering hierop geen aanspraak bestaat.

Voor zover de behandeling betrekking heeft op het aanbrengen van tandheelkundige implantaten en het plaatsen van kronen moet een (verzekerings)indicatie als bedoeld in artikel 2.7 Bzv aan de orde zijn. Voor het aanbrengen van implantaten geldt als aanvullende eis dat sprake moet zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Ook hieraan wordt in het geval van verzoekster niet voldaan.

Verzoekster beroept zich daarnaast op toezeggingen die zijn gedaan tijdens verschillende telefonische contacten met medewerkers. Met betrekking hiertoe geldt dat, anders dan verzoekster stelt, het eerste contact niet op 7, maar op 8 september 2020 heeft plaatsgevonden. Daar komt bij dat niet verzoekster zelf, maar een derde dit gesprek namens haar heeft gevoerd. In verband met de privacy worden dan geen inhoudelijke dingen besproken. Dat is toegezegd dat 80% van de kosten wordt vergoed is dan ook niet juist. Verder stelt verzoekster dat zij kort voor haar vertrek naar Spanje opnieuw contact heeft gehad met een medewerkster. In het registratiesysteem van de zorgverzekeraar is dit contact echter niet opgenomen. Wél is er op 28 oktober 2020 contact geweest met verzoekster. Tijdens dit contact is met haar gesproken over de vergoeding van tandheelkundige zorg. De zorgverzekeraar ziet in de toen gemaakte registratie niet dat aan verzoekster bepaalde toezeggingen zijn gedaan. Ook blijkt hieruit niet van een toegezegde coulancevergoeding.

Overwegingen commissie

- 6.4. De commissie overweegt dat verzoekster naar een andere EU-lidstaat, namelijk Spanje, is gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Daarom is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Op grond van dit artikel heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de andere lidstaat als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) de zorg niet tijdig in Nederland beschikbaar is. Daarnaast geldt de eis dat een verzekerde voorafgaand aan de behandeling toestemming moet vragen aan de zorgverzekeraar. Doet de verzekerde dit niet, dan blijft de verordening in beginsel buiten beschouwing. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05).

Het staat vast dat verzoekster voorafgaand aan de tandheelkundige behandelingen (op of omstreeks 8 september 2020) bij de zorgverzekeraar twee aanvragen heeft ingediend. Op 14 september 2020 is met de behandelingen in Spanje gestart. De commissie concludeert dat de

zorgverzekeraar aldus geen redelijke termijn is gegund om op de aanvragen te beslissen. Van bijzondere omstandigheden als bedoeld in het arrest Elchinov van het Europese Hof van Justitie (ECLI:EU:C: 2010:581) is de commissie niet gebleken, waarbij wordt opgemerkt dat de problemen met het gebit kennelijk al veel langer bestonden en dat reeds medio 2020 meerdere elementen waren losgeraakt. Dit leidt tot de conclusie dat de verordening buiten toepassing blijft en dat moet worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 6.5. Bij verzoekster zijn verschillende tandheelkundige behandelingen uitgevoerd. Allereerst zijn bij haar in de bovenkaak meerdere elementen verwijderd. Daarna zijn implantaten met daarop kronen aangebracht. Beide behandelingen zijn aparte aanspraken op grond van de zorgverzekering. Om die reden moet afzonderlijk worden beoordeeld of verzoekster hierop is aangewezen.
Bij het trekken van tanden en kiezen (extracties) moet onderscheid worden gemaakt tussen eenvoudige extracties en gecompliceerde extracties. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering (artikel 33) vallen alleen gecompliceerde extracties onder de dekking, waarbij als voorwaarde geldt dat de extractie wordt uitgevoerd door een kaakchirurg. Gesteld noch gebleken is dat het hier gecompliceerde extracties betrof. Daarnaast staat vast dat de extracties niet zijn uitgevoerd door een kaakchirurg, maar door een tandarts, zodat ook om die reden geen aanspraak bestaat. De zorgverzekeraar heeft de kosten van het trekken van de tanden en kiezen dan ook terecht niet vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 6.6. Bij verzoekster zijn voorts implantaten aangebracht en kronen geplaatst. De zorgverzekering biedt aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waaronder het aanbrengen van implantaten en het plaatsen van kronen. Dit is vermeld in de artikelen 32.1 en 32.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze artikelen zijn gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. Uit het eerste lid van dit laatste artikel volgt dat een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp slechts kan voorkomen in drie gevallen:
a) bij een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel;
b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad.
c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad.
Daarnaast is in het tweede lid van dit artikel bepaald dat onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, tevens is begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- 6.7. Uit de overgelegde stukken is de commissie niet gebleken dat bij verzoekster, vóór de start van de behandeling, sprake was van één van de in artikel 2.7, eerste lid, Bzv genoemde situaties. Met name is niet gebleken van een indicatie, genoemd in artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv. Gelet op de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv dient hierbij met name te worden gedacht aan schisispatiënten, oligodontiepatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Ook het Zorginstituut komt in zijn advies van 4 januari 2022 tot de conclusie dat bij verzoekster geen sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. De commissie volgt dit advies zodat het de zorgverzekeraar vrij stond het verzoek om vergoeding, ten laste van de zorgverzekering, van de kosten van het aanbrengen van implantaten met hierop kronen af te wijzen.
- 6.8. Verzoekster heeft gesteld dat zij, voorafgaand aan de behandelingen, verschillende keren telefonisch contact heeft gehad met een medewerkster van de zorgverzekeraar. Bij deze gelegenheden is aan haar, zo stelt zij, toegezegd dat 80% van de kosten wordt vergoed. De zorgverzekeraar heeft deze stelling gemotiveerd bestreden.

De commissie overweegt dat vooropgesteld moet worden dat het bij een telefoongesprek lastig is de exacte vraagstelling en de beantwoording hiervan te reconstrueren. Omdat verzoekster aanspraak maakt op vergoeding van 80% van de kosten, rust op haar, gelet op artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, de stelplicht en bewijslast ter zake en moet zij aannemelijk maken dat haar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een ongeclausuleerde en eenduidige toezegging is gedaan. Verzoekster is hierin naar het oordeel van de commissie niet geslaagd. Nog daargelaten de inhoud van het gesprek, zijn door partijen hiervoor verschillende data genoemd alsmede verschillende personen die het gesprek zouden hebben gevoerd.

6.9. Verder is door verzoekster aangevoerd dat de zorgverzekeraar haar een coulancevergoeding tussen de € 100,- en 1.000,- moet betalen. Dit omdat deze vergoeding haar, eveneens telefonisch, is toegezegd. Ook bestaan en inhoud van deze toezegging zijn door verzoekster tegenover de betwisting door de zorgverzekeraar echter niet aannemelijk gemaakt, zodat ook dit onderdeel van haar verzoek moet worden afgewezen.

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 februari 2022,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

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;
- (...)

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.
 - (...)

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
(...)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.7

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

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

3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:
 - a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
 - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

Voor kronen, bruggen, implantaten en kaakoverzichtsfoto's heeft u vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

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 en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten 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.

U heeft alleen recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit heeft, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Eigen bijdrage

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

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

De zorg mag worden verleend in een:

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

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

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

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

U vindt deze centra op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

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

32.2. Tandheelkundige implantaten**Dit krijgt u vergoed**

U heeft recht op het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde:

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft;
2. Als u 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. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

De zorg mag worden verleend in een:

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

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

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

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

U vindt deze centra op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

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

Artikel 33. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u recht op kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. U heeft geen recht op de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties. Bij ongecompliceerde extracties gaat het om tanden of kiezen die uw tandarts ook kan trekken.

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

Bij een kaakchirurg.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

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

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 34. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u recht op een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten. Tot een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (de mesostructuur). U heeft ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- 10% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de onderkaak
- 8% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de bovenkaak
- 25% van de kosten voor een normale gebitsprothese
- 10% van de kosten voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

Uw eigen bijdrage is 17% van de kosten voor het tegelijk maken van een normale gebitsprothese op de ene kaak en een implantaatgedragen prothese op de andere kaak (code J50).

Eigen bijdrage gebitsprothese

U heeft recht op een gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt hiervoor een eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor de kosten van het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (mesostructuur). Een mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem). De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering heeft. Naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft, zie artikel 32.2.

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, tandarts-implantoloog of tandprotheticus.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.