

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B,
tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar te
Schiedam

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, orthodontische hulp in bijzondere
gevallen, oligodontie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202100732

Zittingsdatum : 17 november 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 15 juli 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 9 augustus 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 september 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 24 september 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 8 oktober 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021037216) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op dezelfde dag aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 november 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 19 november 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 30 november 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende Ziektekostenverzekering AV Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 21 december 2020 is ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een orthodontische behandeling.
- 3.3. De behandelend orthodontist heeft over verzekerde verklaard:

"Ik constateerde een klasse I cingulumbeet afwijking, agenesie 15 12 M3, persistente 53 55, mesiale migratie 13, reductie 22, ruimte overschot bovenkaak, crowding onderfront. Mijn behandelvoorstel is: Preprothetische therapie."

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag op 25 januari 2021 afgewezen.
- 3.5. Hierop is de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 18 maart 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan de behandelend orthodontist meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 8 oktober 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het ontbreken van twee gebitselementen in de bovenkaak is geen met schisis vergelijkbare aandoening. Voorts blijkt uit het dossier niet dat in dit geval sprake is van multidisciplinaire diagnostiek of behandeling.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzekerde een (verzekerings)indicatie heeft voor orthodontische hulp. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van preprothetische therapie bij verzekerde.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzekerde heeft geen (verzekerings)indicatie voor orthodontische hulp. (...)"

- 4. Geschil
 - 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog toestemming moet verlenen voor de aangevraagde orthodontische behandeling ten behoeve van verzekerde.
 - 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.
- 5. Bevoegdheid van de commissie
 - 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14, derde lid, onder b, van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13, derde lid, van de algemene voorwaarden aanvullende verzekering 2020.
- 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.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoekster stelt dat sprake is van agenesie van de 12 en de 15. Dit zijn twee elementen in één kwadrant. Daarom is sprake van oligodontie, hetgeen een indicatie is volgens de Indicatieve Lijst. Tevens is voldaan aan de voorwaarde van medediagnostiek of medebehandeling door een andere discipline dan de tandheelkundige, aangezien te zijner tijd augmentatie van het afwijkend kaakbot door de kaakchirurg moet plaatsvinden.

- 6.3. Onder verwijzing naar artikel 2.7, derde lid, Bzv, een bindend advies van de commissie (GcZ201102379), en een advies van het Zorginstituut van 1 maart 2018 (in zaak nummer 201702004, blz. 8) stelt de ziektekostenverzekeraar dat bij verzekerde geen sprake is van oligodontie of een andere, in ernst met schisis vergelijkbare afwijking. Tevens is niet voldaan aan de eis van medediagnostiek of medebehandeling door een andere discipline dan de tandheelkundige. In dit verband moet worden gedacht aan een osteotomie, uit te voeren door een kaakchirurg.
- Zoals uit een eerder bindend advies (GcZ201900151) blijkt, geeft het vóórkomen op de Indicatieve Lijst niet automatisch aanspraak. Bepalend is de functionele ernst van de aandoening. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat bij verzekerde een (verzekerings)indicatie voor orthodontische hulp in bijzondere gevallen ontbreekt. Ingevolge artikel 2.7, zesde lid, Bzv komt hij overigens wel in aanmerking voor een tandheelkundig implantaat ter plaatse van de 12. Op een implantaat ter plaatse van de 15 bestaat geen aanspraak.
- 6.4. Op grond van artikel 33, lid 2.3.1, van de zorgverzekering bestaat aanspraak op orthodontische hulp in bijzondere gevallen, indien sprake is van een zeer ernstige ontwikkelingsstoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel en waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkundige nodig is.
- In de Nota van toelichting bij artikel 2.7 Bzv, dat ten grondslag ligt aan artikel 33, lid 2.3.1, 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 dit onder andere aan de orde kan zijn bij agenesie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief de derde molaren.
- 6.5. Anders dan verzoekster veronderstelt, betekent het vóórkomen van een indicatie op de lijst echter niet dat automatisch aanspraak bestaat. Daartoe is namelijk vereist dat de aandoening van het tand-kaak-mondstelsel leidt tot een objectieveerbare functiestoornis.
- Uit de in de procedure overgelegde stukken is niet af te leiden dat bij verzekerde sprake is van een objectieve functiestoornis en dat de orthodontische behandeling noodzakelijk is om de tandheelkundige functie te behouden, die zou hebben bestaan indien de aandoening - het ontbreken van vier elementen, waarvan twee in één kwadrant - zich niet had voorgedaan. In de onderhavige procedure is het aan verzoekster aannemelijk te maken dat verzekerde een (verzekerings)indicatie heeft voor orthodontie. Daarin is verzoekster niet geslaagd.
- Het voorgaande wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 8 oktober 2021. Nu een (verzekerings)indicatie ontbreekt, kan in het midden blijven of al dan niet is voldaan aan de tweede voorwaarde, te weten die van medediagnostiek of medebehandeling door een andere discipline dan de tandheelkundige. Beide voorwaarden zijn cumulatief.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.6. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering worden de kosten van orthodontische hulp vergoed op basis van 75%, waarbij voor personen tot 18 jaar, zoals verzekerde, een maximum geldt van € 2.000,- voor de gehele periode dat betrokkene bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd. Partijen zijn hierover niet verdeeld.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 december 2021,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

ARTIKEL 33 - MONDZORG

LID 1 ALGEMEEN

Bij mondzorg onderscheiden wij:

- a. mondzorg voor verzekerden van alle leeftijden (zie lid 2 van dit artikel);
- b. mondzorg specifiek voor verzekerden jonger dan 18 jaar (zie lid 3 van dit artikel).
- c. mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (zie lid 4 van dit artikel)

LID 2 MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN

LID 2.1 KAAKCHIRURGIE

LID 2.1.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden zorg zoals medisch specialisten voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie die plegen te bieden, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, eenvoudige extracties en het aanbrengen van een mini-implantaat ten behoeve van orthodontie (permucosaal implantaat). Onder de zorg wordt ook verstaan het verblijf in een ziekenhuis dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.

LID 2.1.2 VOORWAARDEN

Machtiging

De meest gebruikelijke kaakchirurgische behandelingen worden door ons vergoed, maar voor onderstaande behandelingen moet eerst een aanvraag worden ingediend en een machtiging door ons zijn afgegeven:

- a. parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen);
- b. tandheelkundige behandelingen onder narcose;
- c. een kaakoperatie(osteotomie, excisie torus en/of correcties kaakbot);
- d. omslagplooiverdieping of kaakopbouw, sinuslifting en/of kaakverhoging;
- e. implantaten ten behoeve van een volledige overkappingsprothese.
- f. het aanbrengen van een mini-implantaat ten behoeve van orthodontie (permucosaal implantaat);
- g. het verwijderen van irritatie hyperplasien, flabby ridges, bindweefseltransplantaten, verwijderen exostosen en/of correctie edentate delen.

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. De hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke dient bij ons een aanvraag voor een machtiging met zorgplan in. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, dan is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk.

Verwijzing

Voor behandeling bij de kaakchirurg heeft u een verwijzing van een tandarts, huisarts of orthodontist nodig.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een kaakchirurg.

LID 2.1.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST*Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 2.2 KLIKGEBIT (VOLLEDIGE OVERKAPPINGSPROTHESE OP IMPLANTATEN)**LID 2.2.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN**

Wij vergoeden het plaatsen van tandheelkundige implantaten en het plaatsen van de drukknoppen of de staaf en het klikgebit:

- a. wanneer er sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel; en
- b. wanneer er sprake is van een zeer ernstig geslonken geheel tandeloze kaak en waarbij de implantaten dienen om een uitneembaar klikgebit te bevestigen.

Wij vergoeden de kosten van de reparatie en/of het rebasen (opvullen) van een klikgebit.

Wij vergoeden de drukknoppen of de staaf en het klikgebit op implantaten en/of het vervangingsklikgebit.

LID 2.2.2 VOORWAARDEN*Machtiging*

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. De hoofdbehandelaar/eindverantwoordelijke dient een aanvraag voor een machtiging met zorgplan in. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Definitief kunstgebit

De zorgkosten komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als er eerst een definitief kunstgebit (niet zijnde een aangepast kunstgebit of noodgebit) vervaardigd is.

Eigen bijdrage

Voor een klikgebit op implantaten gelden de volgende eigen bijdragen:

- Onderkaak
10% van de kosten van de mesostructuur (= de verbinding tussen het implantaat en de gebitsprothese) en de overkappingsprothese tezamen, inclusief techniekkosten
- Bovenkaak
8% van de kosten van de mesostructuur (= de verbinding tussen het implantaat en de gebitsprothese) en de overkappingsprothese tezamen, inclusief techniekkosten.
- Onder- en bovenkaak met in één kaak implantaten en in de andere kaak niet
17% van de kosten voor de gebitsprothesen, inclusief techniekkosten.

De eigen bijdrage voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een klikgebit bedraagt 10% van de totale kosten, inclusief techniekkosten.



Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT).

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, dan is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk. De toeslag voor het huisbezoek wordt vergoed, maar de reiskosten van de zorgaanbieder vallen hier niet onder en komen voor rekening van de verzekerde.

LID 2.2.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 2.3 BIJZONDERE ORTHODONTIE

LID 2.3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden orthodontische zorg wanneer sprake is van een zeer ernstige ontwikkelingsstoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel en waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde nodig is.

LID 2.3.2 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de aanspraak op bijzondere orthodontie te vervallen. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, orthodontist of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT).

LID 2.3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

LID 2.4 MONDZORG IN BIJZONDERE GEVALLEN

LID 2.4.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de mondzorg in bijzondere gevallen, waaronder het plaatsen van een implantaat, wanneer een gebit zonder die mondzorg niet de normale functie kan houden of krijgen die het zonder de aandoening zou hebben gehad wanneer er sprake is van:

- a. een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel;
- b. een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of
- c. een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.

LID 2.4.2 VOORWAARDEN

Machtiging

- a. Voor bijzondere tandheelkunde moet voorafgaande aan de behandeling toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Bij de aanvraag van de machtiging moet een schriftelijke motivering van de tandarts aanwezig zijn, een behandelingsplan met röntgenfoto en een kostenbegroting.
- b. Voor behandelingen onder narcose dient vooraf bij ons toestemming te zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven.
- c. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.

Wij kunnen onze machtiging intrekken als de mondzorg niet meer noodzakelijk is, de mondhygiëne ernstig verwaarloosd wordt en/of u de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de aanspraak op bijzondere tandheelkunde te vervallen. Voor meer informatie over machtigingen, zie artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Eigen bijdrage

Voor tandheelkundige zorg als bedoeld in lid 2.4.1 van dit artikel ten behoeve van een volwassen extreem angstige verzekerde, betaalt de verzekerde van 18 jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien de afwijking zich niet zou hebben voorgedaan.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of CBT, mits voldoende bekwaam en bevoegd.

LID 2.4.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

LID 3 MONDZORG SPECIFIEK VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR

Als aanvulling op de in lid 2 van dit artikel vergoedingen geldt voor verzekerden tot 18 jaar een uitgebreider vergoedingenpakket.

LID 3.1 TE VERGOEDEN TANDHEELKUNDIGE KOSTEN

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, of vaker indien dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. het incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen/gebitsreiniging;
- d. fluorideapplicatie, maximaal twee keer per jaar, bij verzekerden vanaf de leeftijd dat de eerste blijvende gebitselementen zijn doorgebroken, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen (zie ook lid 3.3 sub a);
- e. sealing (het aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen);
- f. parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen);
- g. anesthesie (verdooving);
- h. endodontische zorg (behandeling van de tandzenuw);
- i. het in de oorspronkelijke staat brengen van tanden of kiezen met plastische materialen (vulling);
- j. gnathologische zorg (behandeling van het kaakgewricht);
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp (zie ook lid 3.3 sub c).

LID 3.2 TE VERGOEDEN TANDHEELKUNDIGE KOSTEN

Verzekerden jonger dan 23 jaar hebben recht op vergoeding van tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer in zijn geheel ontbrekende blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of tanden het direct gevolg is van een ongeval (zie ook lid 3.2b) en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Zie ook lid 3.3 sub b.

LID 3.3 VOORWAARDEN*Machtiging*

- a. Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn verleend voor een behandeling met meer dan twee fluorideapplicaties per jaar, zoals genoemd onder lid 3.1 sub d van dit artikel.
- b. Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn verleend voor een behandeling die valt onder lid 3.2 De aandoening of het ongeval moet zich hebben voorgedaan vóór het bereiken van de leeftijd van 18 jaar (dus tot en met 17 jaar) en door de hoofdbehandelaar bij de verzekeraar te zijn aangemeld. Er dient door de verzekeraar een machtiging te worden afgegeven voor het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Deze machtiging kan gebruikt worden tot het bereiken van de leeftijd van 23 jaar. Wanneer de afwijking afdoende is behandeld, komt de betreffende aanspraak te vervallen. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.
- c. Er moet een gemotiveerde aanvraag worden ingediend wanneer een zorgaanbieder een orthopantomogram (X21) wil maken bij een verzekerde onder de 18 jaar. Dit geldt ook voor de codes X24 (schedelfoto), X25 en X26 (3D-foto). Voor een orthopantomogram en andere foto's ten behoeve van orthodontie is geen machtigingseis van toepassing. Dit betreft de prestatiecodes F152A, F155A, F156A, F157A, F158A, F159A, F160A, F161A en F162A.

Zorgaanbieder

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist of door een bevoegde zorgaanbieder die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of CBT, mits voldoende bekwaam en bevoegd.

LID 3.4 UITSLUITINGEN

Niet vergoed worden:

- a. orthodontie en bijbehorend röntgenonderzoek, tenzij lid 2.3 van dit artikel van toepassing is;
- b. kronen en bruggen, tenzij lid 3.1 sub I van dit artikel van toepassing is;
- c. onder lid 3.1 sub I van dit artikel is geen vergoeding mogelijk om ontbrekende kiezen te vervangen door middel van implantaten.

LID 3.5 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST*Wettelijke maximumtarieven*

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

LID 4 MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

LID 4.1 KUNSTGEBIT (VOLLEDIGE GEBITSPROTHESE) DOOR TANDARTS OF TANDPROTHETICUS

LID 4.1.1 TE VERGOEDEN ZOR GKOSTEN

Wij vergoeden:

- a. 75% van de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig kunstgebit of een volledig noodkunstgebit (volledige immediaatprothese) voor de boven- en/of onderkaak;
- b. 90% van de kosten van de reparatie en/of het rebasen (opvullen) van een bestaande uitneembare volledig kunstgebit.

LID 4.1.2 VOORWAARDEN

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven wanneer:

- a. de totale kosten van het volledig (nood)kunstgebit vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer dan € 560,- per onder- of bovenkaak bedragen;
- b. het volledig kunstgebit binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen, met uitzondering van het vervangen van een noodkunstgebit;
- c. wanneer het volledige boven- en/of onder (nood)kunstgebit gemaakt en geplaatst wordt door een zorgaanbieder die is verbonden aan een CBT.

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Eigen bijdrage

Er geldt een eigen bijdrage van 25% van de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig (nood) kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak.

Wanneer het volledige (nood) kunstgebit wordt vervaardigd in een CBT geldt eveneens een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De eigen bijdrage voor een rebasing (opvullen) of reparatie van een bestaande uitneembare volledig kunstgebit bedraagt 10% van de totale kosten, inclusief techniekkosten.

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, dan is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk. De toeslag voor het huisbezoek wordt vergoed, maar de reiskosten van de zorgaanbieder vallen hier niet onder en komen voor rekening van verzekerde.

LID 4.1.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Wettelijke maximumtarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen tarieven zijn overeengekomen en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

TANDHEELKUNDE

AV-STANDAARD

zie tabel met
behandelcodes en
verrichtingen op de
volgende pagina's

AV-TOP

zie tabel met
behandelcodes en
verrichtingen op de
volgende pagina's

In uw aanvullende verzekering is ook dekking opgenomen voor tandheelkunde.

Het trekken van tanden en kiezen wordt volledig vergoed zonder beperking in aantal of bedrag.

De AV-Standaard en de AV-Top kennen voor vullingen (V-codes) een ruime vergoeding. Eventuele bijkomende kosten zijn echter van vergoeding uitgezonderd. In onderstaande tabel hebben we alle V-codes opgenomen die wij geheel vergoeden. Bij meer dan € 1.000,- aan V-codes (vullingen) moet vooraf een aanvraag bij DSW worden ingediend voor het verkrijgen van een machtiging.

Lokale verdoving wordt zowel in de AV-Standaard als in de AV-Top voor 100% vergoed.

Voor consulten is een maximaal aantal bepaald. Als u dit aantal overschrijdt komt het meerdere voor eigen rekening.

Voor wortelkanaalbehandelingen geldt dat de behandelcodes voor de eigenlijke wortelkanaalbehandelingen volledig en zonder beperking in aantal worden vergoed. Voor bijkomende kosten geldt een maximumvergoeding.

Voor gebitsreiniging, röntgenfoto's en kronen geldt een maximumvergoeding. Als u dit bedrag overschrijdt komt het meerdere voor eigen rekening.

In de tabel op de volgende pagina's hebben we alle verrichtingen opgenomen die wij geheel of gedeeltelijk vergoeden. Hierbij is ook aangegeven of er eventueel een maximaal aantal of een maximumbedrag is opgenomen. In de tandheelkunde worden veel verschillende codes gehanteerd. De meest voorkomende codes worden door ons vergoed en treft u in de tabel aan.

Voorwaarden voor onderstaand vermelde hulp voor verzekerden van 18 jaar en ouder:

- vergoeding wordt uitsluitend verleend wanneer deze niet uit de basisverzekering mogelijk is;
- de tandheelkundige behandeling dient uitgevoerd te worden door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus;
- hulp verleend door een tandtechnicus wordt niet vergoed;
- vergoeding kan uitsluitend worden gegeven voor wettelijk goedgekeurde NZa-tarieven;
- er worden geen vergoedingen uit de aanvullende verzekering verstrekt voor behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd, dan wel tandheelkundig niet doelmatig zijn.

TABEL OVERZICHT TANDHEELKUNDIGE VERGOEDINGEN AV-STANDAARD EN AV-TOP

A. ALGEMEEN		AV-STANDAARD	AV-TOP
CONSULTEN			
C11	Periodiek onderzoek	100%	100%
C13	Probleemgericht consult	geen	100%
Jaarlijks komen de codes C11 en C13 tezamen maximaal tweemaal voor vergoeding in aanmerking.			
C85	Weekendbehandeling	100%	100%
C86	Avondbehandeling	100%	100%
C87	Nachtbehandeling	100%	100%
TANDSTEEN VERWIJDEREN (GEBITSREINIGING)			
Gebitsreiniging wordt per eenheid van 5 minuten gedeclareerd (M03). Jaarlijks komt een maximaal aantal van het 5-minuten-tarief voor gebitsreiniging (M03) voor vergoeding in aanmerking.			
M03	Gebitsreiniging (5-minutentarief)	max. 2 p/kal.jr., = max. 10 min. p/kal.jr. = max. € 26,14 p/kal.jr.	max. 3 p/kal.jr., = max. 15 min. p/kal.jr. = max. € 39,21 p/kal.jr.
TREKKEN TANDEN EN KIEZEN (EXTRACTIES/CHIRURGISCHE INGREPEN)			
H11	Trekken tand of kies	100%	100%
H16	Trekken volgende tand of kies, in dezelfde zitting en hetzelfde kwadrant	100%	100%
H26	Hechten weke delen	100%	100%
H35	Gecompleeerde extractie met opklap	100%	100%
H50	Terugzetten/terugplaatsen exclusief pulpabehandeling, eerste element	100%	100%
H55	Terugzetten/terugplaatsen exclusief pulpabehandeling, buurelement	100%	100%
Kosten voor de operatiekamer (code H90) worden niet vergoed.			
Alle overige H-codes		geen	100%
VERDOIVING (ANESTHESIE)			
Lokale verdovingen worden volledig en onbeperkt in aantal vergoed. Narcose, lachgassedatie en oppervlakte verdoving worden niet vergoed.			
A10	Verdoving	100%	100%

VULLINGEN (RESTAURATIES VAN PLASTISCH MATERIAAL)

Voor vullingen (V-codes) kent uw aanvullende verzekering een ruime vergoeding. De eventueel bijkomende behandelcodes worden niet vergoed.

Let op: bij meer dan € 1.000,- aan vullingen moet vooraf een aanvraag bij DSW worden ingediend voor het verkrijgen van een machtiging.

V71	Eénvlaksvulling amalgaam	100%	100%
V72	Tweevlaksvulling amalgaam	100%	100%
V73	Drievlaksvulling amalgaam	100%	100%
V74	Meervlaksvulling amalgaam	€ 50,73	100%
V81	Eénvlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	100%	100%
V82	Tweevlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	100%	100%
V83	Drievlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	100%	100%
V84	Meervlaksvulling glasionomeer/glascarbomeer/compomeer	€ 62,39	100%
V91	Eénvlaksvulling composiet	100%	100%
V92	Tweevlaksvulling composiet	100%	100%
V93	Drievlaksvulling composiet	100%	100%
V94	Meervlaksvulling composiet	€ 72,88	100%

SPOEDBEHANDELINGEN

E03	Consult na tandheelkundig ongeval	100%	100%
E40	Directe pulpa-overkapping (alleen bij trauma)	100%	100%
E42	Terugzetten verplaatst gebitselement	100%	100%
E43	Vastzetten gebitselement d.m.v. spalk	100%	100%
E44	Verwijderen van spalk	100%	100%
E77, E78	Initiële wortelkanaalbehandeling bij waarneming	100%	100%

WORTELKANAALBEHANDELINGEN (ENDODONTIE)

De behandelcodes voor de eigenlijke wortelkanaalbehandelingen worden volledig vergoed (met uitzondering van E02), zonder beperking in aantal. Voor de bijkomende verrichtingen (de niet vermelde E-codes, met uitzondering van codes E90, E95 en E97 (bleken van tanden)) bedraagt de totale vergoeding maximaal € 55,- per kalenderjaar.

E01	Wortelkanaal consult	100%	100%
E02	Uitgebreid wortelkanaal consult	€ 22,16	€ 22,16
E13	Element met 1 kanaal	100%	100%
E14	Element met 2 kanalen	100%	100%

		AV-STANDAARD	AV-TOP
--	--	--------------	--------

WORTELKANAALBEHANDELINGEN (ENDODONTIE) - VERVOLG

E16	Element met 3 kanalen	100%	100%
E17	Element met 4 of meer kanalen	100%	100%

TANDVLEESBEHANDELINGEN (PARODONTOLOGIE)

Uit de AV-Top wordt 50% van de kosten voor tandvleesbehandelingen (verrichtingen met T-codes) vergoed tot een maximum van € 150,- per kalenderjaar.

RÖNTGENFOTO'S

Uit de AV-Standaard worden jaarlijks maximaal twee kleine röntgenfoto's vergoed. Uit de AV-Top worden jaarlijks maximaal drie kleine röntgenfoto's vergoed.

De maximale vergoeding voor X10 en X21 tezamen bedraagt in de AV-Standaard € 32,66 per kalenderjaar en in de AV-Top € 48,99 per kalenderjaar.

X10	Kleine röntgenfoto	100%, max. 2	100%, max. 3
X21	Kaakoverzichtsfoto	€ 32,66	€ 48,99

KAAGEWRICHTSBEHANDELINGEN (GNATHOLOGIE)

G69	Opbeetplaat (inclusief techniekkosten)	geen	50%
-----	--	------	-----

B. PROTHESES

KUNSTGEBIT (VOLLEDIGE GEBITSPROTHESE)

Voor een kunstgebit geldt dat 75% wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Van de overige 25% wordt een deel vergoed uit de aanvullende verzekering. Wanneer de kosten, inclusief techniekkosten, hoger zijn dan € 560,- per kaak dient de behandelaar vooraf een machtiging aan te vragen. Opvullen (rebasen) en reparatie van een volledig kunstgebit worden voor 90% vergoed uit de basisverzekering. De eigen bijdrage voor opvullen (rebasen) en reparatie komt niet voor vergoeding uit de aanvullende verzekering in aanmerking.

P21, P25	Volledig kunstgebit boven- of onderkaak incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten	50%, max. € 61,25	100%, max. € 122,50
P30	Volledig kunstgebit boven- en onderkaak incl. bijkomende verrichtingen en techniekkosten	50%, max. € 115,-	100%, max. € 230,-
P40	Immediaattoeslag	50%	100%
P45	Noodprothese	50%	100%
P78	Uitbreiding tot volledige prothese	50%	100%

KLIKGEBIT (VOLLEDIGE OVERKAPPINGSPROTHESE OP IMPLANTATEN)

De kosten van een klikgebit worden vergoed vanuit de basisverzekering, met uitzondering van de wettelijke eigen bijdrage. De eigen bijdrage van de kosten van de gebitsprothese en het kliksysteem (mesostructuur) tezamen bedraagt:

- 17% voor de onderkaak i.c.m. de bovenkaak (J50)
- 10% voor de onderkaak (J51)
- 8% voor de bovenkaak (J52)

Deze eigen bijdrage wordt gedeeltelijk vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Er dient altijd vooraf een machtiging aangevraagd te worden.

Opvullen (rebasen) en reparatie van een volledig klikgebit, zowel door tandarts als tandprotheticus, worden voor 90% vergoed uit de basisverzekering. De eigen bijdrage voor opvullen (rebasen) en reparatie komt niet voor vergoeding uit de aanvullende verzekering in aanmerking.

J50	Volledige onderprothese op implantaten, i.c.m. een volledige bovenprothese	max. € 90,-	max. € 180,-
J51	Volledige onderprothese op implantaten	max. € 45,-	max. € 90,-
J52	Volledige bovenprothese op implantaten	max. € 45,-	max. € 90,-

GEDEELTELIJK KUNSTGEBIT (PARTIËLE PROTHESE)

Gedeeltelijke protheses en frameprotheses (incl. techniekkosten), gemaakt bij een tandarts of tandprotheticus, worden vergoed tot een maximumbedrag.

P10	Gedeeltelijk kunstgebit 1 - 4 elementen	€ 85,-	€ 130,-
P15	Gedeeltelijk kunstgebit 5 - 13 elementen	€ 150,-	€ 230,-
P34	Frame 1 - 4 elementen	€ 190,-	€ 285,-
P35	Frame 5 - 13 elementen	€ 240,-	€ 360,-
P51, P52, P53, P54	Opvullen gedeeltelijk kunstgebit	geen	€ 80,- p/kal.jr.
P57, P58	Reparatiekosten gedeeltelijk kunstgebit	€ 60,- p/kal.jr.	€ 80,- p/kal.jr.
P79	Uitbreiden gedeeltelijk kunstgebit	€ 60,- p/kal.jr.	€ 80,- p/kal.jr.
De vergoeding van alle onder B genoemde prothetische hulp tezamen kent een maximumbedrag per verzekerde per 2 kalenderjaren.		€ 500,- p/2 kal.jr.	€ 700,- p/2 kal.jr.

C. UITGEBREIDE TANDHEELKUNDIGE HULP
AV-STANDAARD
AV-TOP
KRONEN EN BRUGGEN; OVERIGE TANDHEELKUNDIGE HULP

Er geldt een maximumvergoeding voor het nieuw plaatsen van de volgende voorzieningen inclusief techniekkosten uit de AV-Top.

P31	Gegoten wortelkappen met stift	geen	€ 95,-
P32	Extra per precisieverankering	geen	€ 65,-
R13	Drievlaksinlay	geen	€ 250,-
R24	Kroon	geen	€ 250,-
R32	Gegoten opbouw indirecte methode	geen	€ 95,-
R33	Gegoten opbouw directe methode	geen	€ 95,-
R40	Eerste brugtussendeel	geen	€ 155,-
R45	Tweede en volgend brugtussendeel	geen	€ 105,-
R60	Plakbrug zonder preparatie	geen	€ 130,-
R61	Plakbrug met preparatie	geen	€ 155,-
R65	Toeslag voor elk volgend brugdeel in hetzelfde tussendeel	geen	€ 80,-
R78	Aanbrengen schildje van tandkleurig materiaal zonder preparatie	geen	€ 110,-
R79	Aanbrengen schildje van tandkleurig materiaal met preparatie	geen	€ 110,-
De maximale vergoeding van implantaten in een betande kaak inclusief opbouw en kroon of brug (inclusief techniekkosten). Te vergoeden na afronding van de totale behandeling en na indiening van de totale nota voor het implanteren en plaatsing kroon/brug.		geen	€ 450,-
Vanuit de AV-Top kent de vergoeding van alle onder C genoemde uitgebreide tandheelkundige hulp tezamen een maximumbedrag van € 450,- per kalenderjaar.		geen	€ 450,- p/kal.jr.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.7

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

noodzakelijk is.

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