



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, orthodontie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020
Zaaknummer : 202001478
Zittingsdatum : 31 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, hierna te noemen: de
ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 7 december 2020 heeft verzoekster met het formulier 'Berichten versturen' de
Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te
brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 februari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie
uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 15 februari 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de
ziektekostenverzekeraar hebben op 15 februari 2021 respectievelijk 8 maart 2021 verklaard niet te
willen worden gehoord.
- 2.4. Op 22 februari 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer:
2021006193) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op
9 maart 2021 aan partijen gestuurd. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen veertien dagen
schriftelijk te reageren op het advies van het Zorginstituut. Partijen hebben hiervan geen gebruik
gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis
van de verzekering Eigen Keuze (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende
ziektekostenverzekeringen Aanvulling Uitgebreid en Tandarts Uitgebreid (hierna: de aanvullende
ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft problemen met haar gebit. Daarom is zij door haar tandarts voor behandeling
doorverwezen naar een orthodontist. Op 16 maart 2020 is bij de ziektekostenverzekeraar een
aanvraag ingediend voor een orthodontische behandeling.
- 3.3. De behandelend orthodontist heeft op 16 maart 2020, in de aanvraag, over verzoekster verklaard:

“Is er sprake van een zeer ernstige groei- of ontwikkelingsachterstand?

Ja

Van welke ernstige groei- of ontwikkelingsachterstand is sprake?

Distorelatie, normale verticale opbouw, disto-occlusie L+R 3/4pb, OJ 2mm, OB 4mm.

*Lichte crowding BK(ALD -1mm), omgekeerde curve BK, retrusie bfr, crowding OK(ALD -3mm),
verdiepte curve OK, protrusie ofr, gegeneraliseerd forse abrasie.*

Volwassen gemutileerde dentitie, geen M3's aanwezig."

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 maart 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

3.5. De behandelend orthodontist heeft de ziektekostenverzekeraar namens verzoekster om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Hierbij heeft zij het volgende over verzoekster verklaard:

*"Zoals ik al eerder heb aangegeven in mijn aanvragen, heeft mevrouw een ernstig verdiepte beet waardoor de beide fronten fors geabradeerd zijn. Mw. heeft overmatige gevoeligheid omdat het tandbeen op meerdere plaatsen bloot ligt. Opbouw is in de huidige positie onmogelijk met alle klachten en gevolgen van dien. U kunt deze ook zien op de bijgevoegde foto's van de gebitsmodellen en de lichtfoto's.
Een gecombineerd orthognatisch traject is noodzakelijk om de kaakrelatie te herstellen (BSSO), maar daarvoor is het ook noodzakelijk om de tandbogen op te lijnen en voor te bereiden."*

Op 16 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan de orthodontist meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Een kopie van deze brief is aan verzoekster gezonden.

3.6. De tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft in augustus 2020 het volgende verklaard:

"De aanvraag vermeldt de volgende diagnose:

Distorelatie, normale verticale opbouw, disto-occlusie L+R 3/4pb, OJ 2mm, OB 4mm.

Lichte crowding BK(ALD -1mm), omgekeerde curve BK, retrusie bfr, crowding OK(ALD -3mm), verdiepte curve OK, protrusie ofr, gegeneraliseerd forse abrasie.

Volwassen gemutileerde dentitie, geen M3's aanwezig.

(...)

Er is sprake van een gemutileerde dentitie waarbij de grote en kleine kiezen deels zwaar zijn gerestaureerd. Vooral bij de bovensnijtanden is sprake van weefselverlies aan de palatinale zijde. Bij de onder snijtanden is dat minder het geval. Voor deze aanvraag is dat minder relevant maar wel kan ik vaststellen dat een eventuele aanvraag voor restauratief herstel in de toekomst geen wettelijke zorgaanspraak betreft.

(...)

Er is daarom bij de beoordeling uitdrukkelijk naar dit aspect gekeken. Dat is bij de gevraagde herbeoordeling gedaan en ook nu op verzoek van de SKGZ.

Op de foto's van de modellen[,] waarbij vooral de foto met een linguaal aanzicht belangrijk is heb ik niet kunnen vaststellen dat sprake is van gingivaal of palatinaal trauma. De klinische lichtfoto's laten voor wat [betreft] de bovenkaak geen aantoonbare schade aan het parodontium zien. De frontale foto's in maximale occlusie laten een verdiepte beet zien maar geen zeer diepe beet en evenmin een zodanig diepe beet dat voldaan is aan de situatie zoals beschreven in de indicatieve lijst. De indicatieve lijst spreekt immers over een zeer diepe beet die ik niet heb kunnen vaststellen.

De laterale schedel[]foto's laten evenmin zien dat het aannemelijk is dat de beet zodanig diep is dat sprake is van de in de indicatieve lijst beschreven situatie.

Eerder is sprake van een verdiepte beet en een restricted envelope of function waardoor de beet in het front op slot zit en mede daardoor vooral ter plaatse van de snijtanden sprake is van weefselverlies. De vele grote wat ingesleten restauraties zullen daar mogelijk mede in enige mate aan bijgedragen hebben."

3.7. Op 22 februari 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In het geval van verzoekster is er sprake van een verdiepte beet zonder aantoonbare schade aan parodontium of palatum, en een klasse II kaakrelatie met een overbeet van 4 mm. Het gaat hier niet om een in ernst met schisis vergelijkbare aandoening.

Verweerder heeft bij zijn beslissing de geldende regelgeving op juiste wijze toegepast. Het gaat hierbij niet om de vraag of verzoekster op de betreffende behandeling medisch-tandheelkundig is aangewezen, maar om de vraag of de behandeling verzekeringstechnisch valt onder de zeer beperkte aanspraak krachtens de Zorgverzekeringswet. Dit is niet het geval.

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 ziektekostenverzekeraar haar alsnog een machtiging moet verlenen voor de aangevraagde orthodontische behandeling.
- 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 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

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.
- 6.2. Verzoekster voert aan dat haar toenmalige tandarts verzoekster al een paar jaar geleden heeft verteld dat zij problemen met haar gebit had en dat deze zouden verergeren. Door omstandigheden heeft verzoekster er toen niets mee gedaan. In 2018 is verzoekster bij een andere tandarts onder behandeling gekomen. Ook deze constateerde gebitsproblemen. De problemen met het tandvlees zijn toen eerst behandeld. Eind 2019 heeft de tandarts verzoekster verteld dat een verdere behandeling van haar gebit noodzakelijk was vanwege de 'grove slijtage'. Hij heeft haar daarom doorverwezen naar een orthodontist. Verzoekster benadrukt dat de aangevraagde behandeling noodzakelijk is voor het behoud van haar gebit. Dit is bevestigd door twee tandartsen en de orthodontist. Verzoekster kan de kosten van de orthodontische behandeling niet zelf dragen.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor de orthodontische behandeling in het kader van de zorgverzekering afgewezen, omdat de orthodontische afwijking niet zodanig ernstig is dat kan worden gesproken van een afwijking die in ernst vergelijkbaar is met schisis. Het betreft niet een in de 'Indicatieve Lijst' genoemde afwijking. Zo is met name van een traumatische palatambeet met schade aan het parodontium geen sprake. Dit laatste is desgevraagd ook telefonisch bevestigd door de behandelend orthodontist.

De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk verklaard dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak biedt op vergoeding van (een deel van) de kosten van de onderhavige behandeling. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 11 februari 2021 aan de commissie toegelicht dat dit berust op een misverstand. De tandheelkundig


adviseur had de aanvraag namelijk alleen beoordeeld op grond van de zorgverzekering. De tandheelkundig adviseur is van oordeel dat verzoekster wel aanspraak heeft op een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, omdat de aanvraag is ingediend door de orthodontist en ziet op een behandeling in verband met een functionele afwijking dan wel functionele klachten. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat hij in 2020 reeds verschillende nota's betreffende orthodontie heeft vergoed ten behoeve van verzoekster. Het betreft hierbij de periode van maart 2020 tot en met juni 2020. Met de vergoeding van deze nota's is het maximale bedrag van € 1.000,-- bereikt.

Zorgverzekering


- 6.4. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 18.19, aanspraak op mondzorg voor volwassen verzekerden als sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Onder deze aanspraak valt ook een orthodontische behandeling in bijzondere gevallen. Hierbij geldt als bijkomende voorwaarde dat het moet gaan om medediagnostiek of medebehandeling door een andere discipline dan de tandheelkundige. De hiervoor aangehaalde bepaling in de verzekeringsvoorwaarden is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. Uit het eerste lid van laatstgenoemd artikel volgt dat een indicatie tot bijzondere tandheelkunde kan voorkomen in de volgende gevallen:
- a) bij een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel;
 - b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en 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.
- In de situatie van verzoekster zijn de onder b en c vermelde indicaties niet aan de orde. Zij heeft namelijk geen andere, in dit verband relevante niet-tandheelkundige aandoening en er ligt geen relatie tussen de aangevraagde mondzorg en een medische behandeling die zij ondergaat of moet ondergaan.
- 6.5. Bij de indicatie, genoemd in artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv, gaat het om ernstige stoornissen of afwijkingen van het tand-kaak-mondstelsel. Uit de toelichting op artikel 2.7 Bzv blijkt dat voor de invulling van deze bepaling aansluiting is gezocht bij de toenmalige Regeling Tandheelkundige hulp Ziekenfondsverzekering. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'indicatieve lijst' opgesteld van die gevallen waarin een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde aanwezig kan zijn. De bij verzoekster aanwezige diepe beet komt niet voor op deze indicatieve lijst. Een *"zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium"* komt hierop wél voor. Het Zorginstituut concludeert in zijn advies van 22 februari 2021 dat hiervan bij verzoekster geen sprake is en adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek. De commissie constateert dat door de behandelend orthodontist is bevestigd dat voornoemde indicatie bij verzoekster niet aan de orde is. Van een andere (verzekerings)indicatie - dat wil zeggen een situatie die in ernst vergelijkbaar is met schisis - is niet gebleken, en daarom neemt zij het advies van het Zorginstituut over. Hieruit volgt dat verzoekster geen recht heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering


- 6.6. Artikel 3.19 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt voor een orthodontische behandeling aanspraak op een vergoeding van 80% tot maximaal € 1.000,-- gedurende de periode die betrokkene is verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Als voorwaarde geldt onder meer dat sprake moet zijn van een functionele afwijking en functionele klachten. Esthetische behandelingen worden niet vergoed.




6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 11 februari 2021 verklaard dat in 2020 verschillende nota's betreffende orthodontie ten behoeve van verzoekster zijn vergoed, tot een totaal van € 1.000,--. Dit is door verzoekster niet weersproken. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. Hiermee is de maximale vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aan verzoekster toegekend. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een hogere vergoeding.




6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.




7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 31 maart 2021,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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.

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.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kunt u vinden op www.wetten.overheid.nl.

Artikel 18.19 Mondzorg

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, mondhygiënist of tandprotheticus, ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Waar u precies recht op heeft hangt ervan af of u jonger dan 18 jaar of 18 jaar of ouder bent. Voor ieder kind vanaf 2 jaar is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan. Bijna alle behandelingen voor kinderen door de tandarts worden volledig vergoed. De kosten van deze behandelingen zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

Bijzondere tandheelkunde is mondzorg voor mensen bij wie gebruikelijke tandheelkunde niet toereikend is. U kunt hierbij denken aan zeer ernstige overbeet of een verhemeltespleet.

Algemeen

Onder mondzorg verstaan wij zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Het moet hierbij gaan om tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- omdat u een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel heeft dat u zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening; of
- omdat u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en u zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening; of
- als een medische behandeling zonder deze zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Onder mondzorg valt ook het verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.

Indien u bent aangewezen op mondzorg door de kaakchirurg dan is hiervoor een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende.

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag van uw zorgverlener is een schriftelijke motivering van de tandarts, orthodontist of kaakchirurg nodig.

Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven kunt u vinden op www.allesoverhetgebit.nl.

Behandelplan of zorgplan

Voor uitgebreide tandheelkundige behandelingen stelt de tandarts in overleg met u een passend behandelplan en/of zorgplan op. Dit wordt gedaan om het tandheelkundig probleem te verhelpen of verergering daarvan te voorkomen. Informatie en toestemming zijn daarbij belangrijke onderdelen.

In het gesprek met uw tandarts over het behandelplan komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Beschrijving van de aandoening;
- Voorgenomen onderzoek / behandeling;
- Periode na onderzoek / behandeling;
- Kosten van de behandeling;
- Toestemming voor behandeling;
- Toestemming voor informatieverstrekking aan derden (indien nodig);
- Schriftelijke informatie;
- Dossiervorming;
- Overige informatie.

Implantaat ter bevestiging van een uitneembare prothese

Wij vergoeden het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat moet dienen om een uitneembare volledige overkappingsprothese aan te bevestigen.

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag van uw zorgverlener is een schriftelijke motivering van de tandarts, orthodontist of kaakchirurg nodig.

Orthodontie

Wij vergoeden orthodontische hulp alleen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- en/of mondstelsel. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag van uw zorgverlener is een schriftelijke motivering van de tandarts, orthodontist of kaakchirurg nodig.

Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar dan vergoeden wij de zorg zoals hierboven genoemd onder 'algemeen'. Daarnaast vergoeden we de hieronder genoemde zorg:

- controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek) eenmaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- incidenteel consult;
- verwijderen van tandsteen;
- fluorideapplicatie, vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit, maximaal tweemaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;

- verzegelen of afdichten van groeven en putjes in tanden en kiezen (sealing);
- tandvleesbehandeling (parodontale hulp);
- verdoving (anesthesie);
- wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
- vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
- behandeling bij klachten aan het kaakgewricht (gnathologische hulp);
- uitneembare prothetische voorzieningen (bijvoorbeeld kunstgebit of plaatje);
- kronen, bruggen en implantaten als vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken. Deze aanspraak loopt door tot en met uw 22^{ste} jaar als een snij- of hoektand in het geheel niet is aangelegd of voor uw 18^e jaar geheel verloren is gegaan als direct gevolg van een ongeval. De noodzaak hiervoor dient te zijn vastgesteld voor uw 18^e jaar;
- chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat. U heeft alleen recht op het aanbrengen van een implantaat als vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
- röntgenonderzoek, behalve voor röntgenonderzoek bij orthodontische hulp.

Voor het aanbrengen van een implantaat heeft u vooraf onze toestemming nodig. Bij uw aanvraag is een schriftelijke motivering en behandelplan van de tandarts nodig.

Voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (prestatiecode X21) bij verzekerden jonger dan 18 jaar moet de tandarts een machtiging bij ons aanvragen. Dit geldt niet voor kaakoverzichtsfoto's die voor orthodontie worden gemaakt (prestatiecodes F155A en 156A). Deze foto's kunnen zonder machtiging via de eventuele aanvullende verzekering worden gedeclareerd.

Tandheelkunde voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder dan vergoeden wij de zorg zoals hierboven genoemd onder 'algemeen'. Daarnaast vergoeden we de hieronder genoemde zorg:

- chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie;
- 75% vergoeding voor het maken en plaatsen van een niet implantaatgedragen uitneembare volledige immediaatprothese, uitneembare volledige overkappingsprothese of uitneembare volledige vervangingsprothese voor de boven- en/of onderkaak. Voor een implantaatgedragen prothese in de onderkaak is een eigen bijdrage van 10% van de totaalkosten van toepassing, voor de bovenkaak is dit 8%. De eigen bijdrage voor een combinatie van een prothese op implantaten op de ene kaak en een niet implantaatgedragen prothese op de andere kaak (code J50) is 17%. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur;

- reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese. Hierbij geldt een eigen bijdrage van 10% van de kosten.

Voor chirurgisch tandheelkundig hulp heeft u vooraf onze toestemming nodig.

Bij vervanging van de uitneembare volledige vervangingsprothese binnen 5 jaar heeft u vooraf onze toestemming nodig. Uw zorgverlener kan hiervoor een aanvraag indienen.

Eigen bijdrage volwassenen

Bent u 18 jaar of ouder, dan geldt bij de behandelingen hierboven genoemd bij 'Algemeen', als die niet rechtstreeks in verband staan met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg, een eigen bijdrage. De eigen bijdrage is het bedrag dat we in rekening brengen voor een behandeling die niet plaatsvindt in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg

Instelling bijzondere tandheelkunde

Als u voor mondzorg naar een instelling voor bijzondere tandheelkunde gaat heeft u vooraf onze toestemming nodig.

Artikel 18.20 Oncologische zorg bij kinderen

Het is belangrijk voor een effectieve behandeling van kanker bij kinderen dat een juiste diagnose wordt gesteld, maar ook onderzoek wordt gedaan naar uitbreiding van de ziekte en de typering van de tumor. SKION onderzoekt in een centraal laboratorium het bloed, beenmerg en hersenvocht van deze kinderen.

Wij vergoeden centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Artikel 18.21 Orgaantransplantaties

Bij een transplantatie wordt een slecht of niet meer functionerend orgaan of weefsel van een patiënt (gedeeltelijk) vervangen door dat van een donor. Voorbeelden van organen/weefsels die getransplanteerd kunnen worden zijn: het hart, de huid, de longen, de nieren, de pancreas (alvleesklier), de lever, bot en beenmerg.

Wij vergoeden voor u als ontvanger van het orgaan:

- de transplantatie van weefsels en organen;
- de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor (degene die een orgaan/weefsel aan u afstaat) en het operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de donor;
- het onderzoek, de preserving, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de transplantatie.

3.29 Orthodontie (machtiging nodig vanaf 18 jaar)

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	<p>Tot 18 jaar 80% maximaal € 1.000 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent</p> <p>In het eerste jaar nadat u deze aanvullende verzekering heeft afgesloten geldt er een vergoeding tot maximaal € 500.</p>	<p>Tot 18 jaar 80% maximaal € 2.000 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent</p> <p>Vanaf 18 jaar 80% maximaal € 1.000 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent</p> <p>In het eerste jaar nadat u deze aanvullende verzekering heeft afgesloten geldt er een vergoeding tot maximaal € 500.</p>	<p>Tot 18 jaar maximaal € 2.500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent</p> <p>Vanaf 18 jaar maximaal € 1.500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent</p> <p>In het eerste jaar nadat u deze aanvullende verzekering heeft afgesloten geldt er een vergoeding tot maximaal € 500.</p>

Voorwaarden:

- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.
- In het eerste jaar nadat u deze aanvullende verzekering heeft afgesloten geldt er een vergoeding tot maximaal € 500. Vanaf het tweede jaar kunt u de rest van het verzekerd bedrag aanspreken.
- Vergoeding die al door ons is verleend op een andere aanvullende zorgverzekering wordt op het maximum in mindering gebracht.
- Behandelingen door middel van beugelcategorie 0 en 7 worden niet vergoed.
- Als u 18 jaar wordt gedurende de behandeling wordt de vergoeding die is verleend voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd op de vergoeding daarna in mindering gebracht.
- Als u 18 jaar of ouder bent als u met orthodontie begint, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. Wij vergoeden geen esthetische behandelingen. Wij vergoeden alleen orthodontie als sprake is van een functionele afwijking en functionele klachten. Hiervoor kunt u uw tandarts of orthodontist een aanvraagformulier laten invullen.
- Orthodontie mag ook in een ander EU, EER en/of verdragsland plaatsvinden. De voorwaarden van dit specifieke artikel blijven van kracht.

3.30 Orthoptie

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	100%	100%	100%

Voorwaarden:

- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthoptist.

3.31 Overgangsconsulent

Wat krijgt u vergoed?			
Start	Extra	Uitgebreid	Optimaal
-	-	Maximaal € 500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent	Maximaal € 500 gedurende de tijd die u met deze verzekering bij De Amersfoortse verzekerd bent

Voorwaarden: