



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : EU/EER, Duitsland, mondzorg, plaatsen kronen, gebitslijtage
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 20 Vo. nr. 883/2004
Zaaknummer : 202000497
Zittingsdatum : 7 oktober 2020

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: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 19 juni 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 augustus 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 13 augustus 2020 aan verzoeker gezonden.

2.3. Op 7 september 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020035279) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 10 september 2020 aan partijen gestuurd.

2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 oktober 2020 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 13 oktober 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Daarbij heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd nader toe te lichten of bij de beoordeling uitsluitend is afgegaan op het oordeel van de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar, of dat de beoordeling ook aan de hand van eigen bevindingen heeft plaatsgevonden. Daarnaast heeft de commissie het Zorginstituut gevraagd toe te lichten welk beoordelingskader hierbij is gehanteerd. Op 20 oktober 2020 heeft het Zorginstituut per brief de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut de vragen van de commissie beantwoord. Een kopie van de brief van het Zorginstituut is op 22 oktober 2020 aan partijen gestuurd die daarbij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Van deze mogelijkheid is door hen geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Werkt Beter en de VGZ Werkt Tand Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoeker heeft al gedurende langere tijd last van ernstige klachten aan zijn gebit. Door slijtage van de elementen kan hij niet meer warm of koud eten en drinken. Ook moet verzoeker meerdere keren per jaar vullingen laten bijwerken die door slijtage zijn aangetast. Na lang zoeken heeft verzoeker een tandarts in Duitsland bereid gevonden het gebit weer te herstellen. Nadat deze tandarts op 5 juni 2019 een begroting had opgesteld, heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd de desbetreffende kosten te vergoeden.

3.3. De behandelend tandarts heeft op 19 oktober 2019 het volgende over verzoeker verklaard:

"Hiermee motiveer ik de aanvraag om een vergoeding te bemachtigen voor bijgevoegde begroting. De patiënt [naam verzekerde], heeft een sterk geabradeerd gebit. De tanden en kiezen hebben veel tandmateriaal in verticale hoogte verloren. Hierdoor is zijn beet erg verdiept! Dit heeft weer geleid[t] tot een kompressie van het kaakgewricht en dit weer tot ernstige nekklachten, hoofdpijn en uitstralingen in rug en schouder. Dit zijn de zogenoemde CMD-klachten. Om dit geheel weer te herstellen en van deze problematiek af te komen is vast kroon en brugwerk noodzakelijk om de beethoogte weer te herstellen. Een begroting hiervoor is bijgevoegd."

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 februari 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de aangevraagde behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar per ongedateerde brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker opgeroepen voor het spreekuur van de tandheelkundig adviseur. Dit spreekuurbezoek heeft plaatsgevonden op 16 juni 2020. Een en ander heeft niet tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar geleid.

3.7. Op 7 september 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
"(...) Ernstige gebitsslijtage kan een ernstige aandoening zijn, zoals de Zvw als voorwaarde voor indicatie stelt. In richtlijnen is bepaald wanneer van zodanige gebitsslijtage sprake is dat men kan spreken van een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel. In het dossier wordt naar deze richtlijnen verwezen.

Verzoeker is door de adviserend tandarts van verweerder op zijn spreekuur onderzocht. Uit dit onderzoek is gebleken dat verzoeker niet voldoet aan de geldende criteria voor ernstige gebitsslijtage. Er is derhalve geen sprake van een zeer ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel en zodoende ook geen indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Verzoeker kan daarom vanuit de basisverzekering geen aanspraak maken op de gevraagde vergoeding. Uit het dossier blijkt niet dat er aanwijzingen zijn voor gebitsschade als gevolg van de medische aandoening. De aanvraag is door verweerder om de juiste reden afgewezen. (...)"

3.8. Op 20 oktober 2020 heeft het Zorginstituut het volgende toegelicht:


"De beoordeling is gedaan op grond van de gegevens in het dossier. Uit het dossier blijkt dat de adviserend tandarts van verweerder verzoeker heeft onderzocht op zijn spreekuur. De adviserend tandarts heeft getoetst aan de hand van de toetsingsrichtlijn slijtage/erosie bij volwassenen (2018). Deze toetsingsrichtlijn is opgesteld door het college van adviserend tandartsen en te vinden op www.college-at.nl, als u kijkt onder 'wetten en regels' en vervolgens 'uitspraken!'."

4. Geschil


4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde tandheelkundige behandeling in Duitsland moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.


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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

 6. Beoordeling

 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikel 20 van Vo.nr. 883/2004 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

 6.2. Verzoeker voert aan dat verschillende tandartsen hebben bevestigd dat hij ernstige slijtage heeft aan zijn gebit. Omdat de tandheerkundige klachten ook andere klachten - zoals nekproblemen en migraine - veroorzaken, hebben al behandelingen in de onderkaak plaatsgevonden. Sindsdien heeft verzoeker veel minder last van migraine en zijn de andere klachten eveneens afgenomen. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoeker op het spreekuur van zijn tandheerkundig adviseur is geweest. Deze heeft tijdens dit bezoek vastgesteld dat de slijtage in de bovenkaak niet dusdanig ernstig is dat gesproken kan worden van een functieprobleem. Ook anderszins is niet komen vast te staan dat bij verzoeker sprake is van een verzekeringsindicatie voor bijzondere tandheerkunde. De mate van slijtage in de onderkaak was niet meer te beoordelen, omdat de behandeling daar al had plaatsgevonden. Daardoor is niet meer vast te stellen of verzoeker vóór uitvoering hiervan aan de voorwaarden voldeed.


 6.3. Het gaat hier om een tandheerkundige behandeling in een andere EU- lidstaat, namelijk Duitsland. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo.nr. 883/2004. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de behandeling van de bovenkaak om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft de gevraagde toestemming geweigerd omdat een (verzekerings)indicatie ontbreekt. Met betrekking tot de (verzekerings)indicatie overweegt de commissie als volgt.

 6.4. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 31, aanspraak op mondzorg indien er sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheerkunde. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. Uit laatstgenoemd artikel volgt dat een indicatie voor bijzondere tandheerkunde aanwezig is 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-tandheerkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheerkundige 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 tandheerkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad.

 6.5. Bij de indicatie, genoemd in artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv, gaat het om een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel, zoals schisis of een in ernst met schisis vergelijkbare aandoening. Zo'n aandoening kan zijn een omvangrijke glazuuraantasting van niet-carieuze aard. Dit is aan de orde als bij acht of meer elementen per kaak sprake is van een TWI (Tooth Wear Index Smith and Knight) classificatie 3 of 4:

TWI 3: blootliggend dentine op meer dan 1/3e van het oppervlak buccaal, linguaal en occlusaal.

Incisaaal glazuur en substantieel dentineverlies maar nog geen blootliggende pulpa. Cervicaal defect 1-2 mm diep.

TWI 4: compleet glazuurverlies, of blootliggend dentine/pulpa, buccaal, linguaal en occlusaal. Incisaaal blootliggend secundair dentine/pulpa. Cervicaal defect meer dan 2 mm diep, of blootliggend secundair dentine/pulpa.

- 6.6. Een bepaalde score op een slijtage-index is overigens geen formeel vereiste voor een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. De ernst van de functionele aandoening is bepalend voor de vraag of van een ernstige aandoening kan worden gesproken.

Bij verzoeker is weliswaar sprake is van gebitsslijtage, maar deze slijtage is niet dusdanig ernstig dat dit een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel vormt. Dit blijkt onder andere uit de door verzoeker overgelegde gebitsfoto's in combinatie met het verslag van het bezoek aan de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Dat de bevindingen van deze tandheelkundig adviseur niet juist zijn, en dat er wél sprake is van ernstige gebitsslijtage, is door verzoeker weliswaar gesteld maar niet nader onderbouwd. Een en ander wordt ook bemoeilijkt doordat verzoeker de behandeling van de onderkaak al heeft laten uitvoeren. Hoewel de commissie de keuze van verzoeker begrijpt om zich bij klachten zo snel mogelijk te laten behandelen, betekent dit wel dat daarna niet meer valt te beoordelen of voordien werd voldaan aan de voorwaarden. Dit risico komt voor rekening van verzoeker.

Het voorgaande betekent dat niet is komen vast te staan dat er bij verzoeker sprake is - of was - van dusdanig ernstige gebitsslijtage dat een indicatie voor bijzondere tandheelkundige bestaat dan wel bestond.

- 6.7. Een andere aandoening die in ernst vergelijkbaar is met schisis is ernstige cranio- mandibulaire dysfunctie (CMD). De behandelend tandarts heeft op 29 oktober 2019 per brief verklaard dat dit bij verzoeker aan de orde is. Een verdere onderbouwing hiervan ontbreekt. Daarom staat niet vast dat ten aanzien van de door verzoeker genoemde klachten gesproken kan worden van een ernstig functieprobleem. Bij verzoeker is dan ook geen sprake van een indicatie als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv.

- 6.8. Bij de indicatie, genoemd in artikel 2.7, eerste lid, onder b, Bzv, gaat het om het herstel van schade in de mond die een verzekerde heeft opgelopen als gevolg van (de behandeling van) een ziekte. Schade aan het gebit die is ontstaan door de aandoening of behandeling kan in het kader van de bijzondere tandheelkunde worden hersteld. Dit is anders voor schade die al vóór de aandoening of behandeling aanwezig was. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij problemen heeft met zijn slokdarm en lijdt aan leukemie.

Uit de aanvraag en het verslag van het spreekuurbezoek blijkt dat er geen direct verband is tussen de gebitsproblemen en genoemde medische aandoeningen. Een indicatie als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, onder b, ontbreekt dan ook.

- 6.9. Tot slot is een indicatie voor de bijzondere tandheelkunde aanwezig als een medische behandeling zonder deze zorg onvoldoende resultaat heeft (artikel 2.7, eerste lid, onder c, Bzv). Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat de aangevraagde tandheelkundige behandeling een positief effect zal hebben op zijn gezondheid en met name zijn hoofdpijnklachten.

Gesteld noch gebleken is dat verzoeker voor deze klachten een behandeling moet ondergaan en dat deze behandeling zonder de aangevraagde tandheelkundige behandeling geen doorgang kan vinden.

Dit betekent dat in de situatie van verzoeker een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp ontbreekt. De gevraagde toestemming op grond van de verordening werd dan ook terecht onthouden, en ook volgens de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat hierop geen aanspraak.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.10. Volgens de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van 80% van de kosten van tandheelkundige zorg tot maximaal € 650,- per jaar. Dit bedrag kan onder andere worden gebruikt voor algemene tandheelkundige zorg en het plaatsen van kronen. Over deze vergoeding zijn verzoeker en de ziektekostenverzekeraar niet verdeeld.

6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 november 2020,



H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

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, vijftwintig procent van de kosten van die voorziening.

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

Artikel 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. (...)*”

8. Wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp)
9. Vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen)
10. Behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp)
11. Volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen)
12. Chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten
13. Röntgenonderzoek. U heeft geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

Bent u jonger dan 23 jaar? Dan heeft u recht op kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer ontbrekende blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd of geheel ontbreken als gevolg van een ongeval. De noodzaak van deze zorg moet zijn vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Bent u 18 jaar of ouder? Dan geldt voor deze zorg het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of mondhygiënist. De tandarts of mondhygiënist kunnen werkzaam zijn in een instelling voor jeugd tandverzorging.

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 31. 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.

31.1. 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.

Let op

Het ontbreken van enkele blijvende tanden of kiezen door een aanlegstoornis komt regelmatig voor. U heeft recht op bijzondere tandheelkunde als bij u ten minste 6 tanden en kiezen in aanleg ontbreken (verstandskiezen tellen niet mee).

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 gehemeltespleet 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.