



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OHRA  
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten, vaste constructie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv,  
voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201900427

Zittingsdatum : 20 november 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 6 juni 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 27 augustus 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 16 september 2019 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019043416) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 17 september 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 november 2019 gehoord.
- 2.5. De commissie heeft de aantekeningen van de hoorzitting aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 9 december 2019 heeft het Zorginstituut verklaard dat de aantekeningen geen aanleiding geven het voorlopig advies aan te passen en dat dit als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Extra Aanvullend en OHRA Gezond (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij brief van 24 september 2018 heeft de behandelend tandarts ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor een tandheelkundige behandeling, waaronder het aanbrengen van implantaten in de boven- en onderkaak.
- 3.3. Bij brief van 24 september 2018 heeft de behandelend tandarts over verzoekster verklaard:  
*(...) Op 11-9-2018 zag ik bovengenoemde patiënt ter consult, dank voor je verwijzing. Je verwees patiënt in verband met gebitsproblematiek. Patiënt heeft in het verleden implantaten in de bovenkaak (4 implantaten 5 jaar geleden) en implantaten in de onderkaak (2 implantaten 8 jaar geleden) gehad maar is deze verloren door ontstekingen. Patiënt draagt geen onderprothese en alleen de bovenprothese op sociale momenten. Patiënt wenst een vaste constructie en geen klikgebit.*

*Uit de medische anamnese blijkt COPD, gewrichtsklachten, psychische klachten en het gebruik van de volgende medicatie: Alprazolam, Amitriptyline, Tramadol en Cetedine Discus. Er zijn geen allergieën bekend. Ze rookt 5 sigaretten per dag maar wil stoppen met roken. Uit klinisch- en röntgenologisch onderzoek blijkt het volgende:*

- sterk geslonken edentate onderkaak zonder klinische kaakhoogte als gevolg van hoge spieraanhechting
- zeer sterk geslonken edentate bovenkaak met zeer smalle processus alveolaris in het front en gepneumatiseerde sini maxillaris
- volledige bovenprothese, volledige onderprothese is onmogelijk om te dragen

*Patiënt wenst verschroefde all on four bruggen op 4 implantaten in de onderkaak en 4 implantaten in de bovenkaak. Ik heb afgesproken dat ik dit aan zal vragen bij de zorgverzekeraar maar dat normaal gesproken alleen implantologie vergoed wordt ten behoeve van overkappingsprotheses. Ik heb patiënt uitgelegd dat stoppen met roken essentieel is omdat anders de kans op mislukking te groot is, zeker omdat het al eerder is fout gegaan. (...)"*

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 september 2018 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 2 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.6. Bij brief van 16 september 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:  
*"(...) Implantaten kunnen slechts vallen onder de te verzekeren prestatie krachtens de Zvw wanneer deze dienen ter bevestiging van een uitneembare gebitsprothese. In casu gaat het om vaste voorzieningen. Deze vallen buiten de aanspraak. (...)"*

#### 4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de gevraagde tandheelkundige behandeling te vergoeden op grond van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 een bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg 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 maakt aanspraak op tandheelkundige zorg, waaronder het aanbrengen van implantaten in de boven- en onderkaak om daarop een vaste constructie te bevestigen. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoekster hiervoor een (verzekerings)indicatie heeft. De commissie overweegt hierover het volgende.
- 6.3. Reguliere tandheelkundige zorg voor volwassen verzekerden wordt, met uitzondering van de volledige gebitsprothese, niet vergoed vanuit de basisverzekering. Bijzondere tandheelkundige zorg valt daarentegen wel onder de dekking. De aanspraak op deze zorg is beschreven in artikel 2.7 Bzv. De artikelen B.12.1 en B.12.2 van de zorgverzekering zijn hierop gebaseerd. Een indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg bestaat op grond van artikel 2.7, eerste lid, Bzv, in drie gevallen:
- (a) Bij een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv volgt dat hierbij moet worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen of een aandoening die in ernst hiermee te vergelijken is.
- (b) Als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft **en** de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening. Hierbij kan worden gedacht aan een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke handicap, waardoor extra ondersteuning of zorg nodig is naast de reguliere tandheelkundige zorg. Dit kan bijvoorbeeld aan de orde zijn als iemand een ziekelijke angst heeft voor de tandarts of sprake is van epileptische aanvallen. Ook kan worden gedacht aan een niet-tandheelkundige lichamelijke aandoening, waarbij de toestand van het gebit door de ziekte of de behandeling hiervan aantoonbaar is verslechterd en de tandheelkundige functie als gevolg hiervan niet kan worden behouden. Enkel de meerkosten die samenhangen met de extra ondersteuning of zorg vallen onder de reikwijdte van dit artikel.
- (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 het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening. Hierbij kan worden gedacht aan het ontstekingsvrij maken van de mond voorafgaand aan een behandeling, zoals een operatieve ingreep of een oncologische behandeling, omdat deze ingreep of behandeling anders minder kans op slagen heeft of de kans op ernstige complicaties anders onnodig groot is.
- 6.4. Op grond van artikel 2.7, tweede lid, Bzv, heeft een verzekerde tevens recht op het aanbrengen van implantaten als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Op grond van artikel 2.7, vijfde lid, sub b, Bzv, bestaat verder recht op de betreffende prothese en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. De suprastructuur is een constructie op de implantaten waarover de prothese heen klikt, zoals een steg (verbindingsstaafje tussen de implantaten), drukknoppen of magneten.
- 6.5. In zijn brief van 13 mei 2019 bevestigt de ziektekostenverzekeraar dat een tandheelkundig implantaat ook onder de zorgverzekering kan vallen, wanneer dit niet dient ter bevestiging van een uitneembare prothese. Voorwaarde is wel dat de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg is aangewezen en dat het doelmatige zorg betreft.
- 6.6. De commissie maakt uit de (medische) stukken in het dossier niet op dat één van de hiervoor onder (a) tot en met (c) genoemde indicaties bij verzoekster aan de orde is. Verzoekster is niet bekend met een stoornis of afwijking van het tand-kaak-mondstelsel die in ernst vergelijkbaar is met schisis. Evenmin volgt hieruit dat zij bekend is met een niet tandheelkundige lichamelijke geestelijke aandoening of dat de tandheelkundige zorg is aangevraagd in verband met een medische behandeling die verzoekster dient te ondergaan.




Met betrekking tot artikel 2.7, tweede lid, Bzv, overweegt de commissie dat bij verzoekster weliswaar sprake is van een sterk geslonken tandeloze boven- en onderkaak, maar dat een aanvraag is ingediend voor het aanbrengen van implantaten met een daarop te bevestigen vaste constructie. In genoemd artikel is echter bepaald dat het tandheerkundig implantaat moet dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Dit betekent dat verzoekster geen recht heeft op de gevraagde zorg op grond van dit artikel. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 16 september 2019. Dit leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag terecht heeft afgewezen.



#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**



6.7. In de aanvullende ziektekostenverzekering is enkel een vergoeding opgenomen voor mondzorg tot 18 jaar en voor orthodontie voor verzekerden vanaf 18 jaar. Er is geen vergoeding opgenomen van het aanbrengen van implantaten. Dit betekent dat het verzoek niet kan worden toegewezen op grond van deze verzekering.











6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



#### 7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 december 2019,



G.R.J. de Groot

## B.11. Diëtetiek

### Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, mits met een geneeskundig doel, tot een maximum van 3 behandelingen per jaar.

Als sprake is van:

- Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden van 18 jaar of ouder; of
- verhoogd Vasculair Risico (VRM); of
- chronische longaandoening, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD); of
- Astma,

kan de zorg ook verleend worden in de vorm van ketenzorg. Zie daarvoor artikel B.24.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetiek voor dezelfde aandoening als u op grond van artikel B.24. (ketenzorg) al diëtetiek ontvangt van een zorggroep voor dezelfde aandoening;
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetiek als die niet met een geneeskundig doel is gegeven, zoals bijvoorbeeld dieetadviezen in verband met afslanken of sport zonder dat daarvoor een medisch doel is of een medische noodzaak bestaat.

### Voorwaarden

#### Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg.

#### Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist.

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

#### Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de praktijk van de behandelend diëtist; of
- in de behandelruimte diëtetiek van een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen zonder dat sprake is van een opname; of
- bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is. Dat moet blijken uit de verwijzing.

## B.12. Mondzorg voor alle leeftijden

### B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen

#### Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Deze mondzorg in bijzondere gevallen is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt; en/of
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en/of
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvolgende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Als u 18 jaar of ouder bent en u krijgt mond- zorg terwijl bij u niet één van de hiervoor genoemde indicaties is gesteld, dan wordt deze mond- zorg niet onder artikel B.12.1. vergoed.
- Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71, G72 en G73) worden niet vergoed als mond- zorg. Het betreft een hulpmiddel tegen snurken.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

### B.12.2. implantaat

#### Zorg: waar hebt u recht op?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden; en
- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder

B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

**Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt. Zie hiervoor artikel B.14.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

**B.12.3. Orthodontie in bijzondere gevallen**

**Zorg: waar hebt u recht op?**

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

- u voldoet aan de eisen die genoemd zijn in artikel B.12.1.; en
- sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

**Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.

**Voorwaarden (B.12.1., B.12.2. en B.12.3.)**

**Algemeen**

Als bij een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling prothetische nabehandeling noodzakelijk is, moet een multidisciplinair behandelplan door alle betrokken zorgverleners opgesteld worden.

**Zorgverlener**

- De zorg onder B.12.1. wordt verleend door een tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg, orthodontist of een bevoegde mondzorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
- De zorg onder B.12.2. wordt verleend door een tandarts, kaakchirurg of een bevoegde mondzorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.);
- De zorg onder B.12.3. wordt verleend door een geregistreerd orthodontist;

- Als sprake is van een tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie of sedatie wordt deze verleend:
  - in een door Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) erkend Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
  - door een zorgverlener waarmee wij voor deze behandeling afspraken hebben gemaakt.

**Verwijzing**

Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten, hebt u voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een tandarts, orthodontist of tandarts-implantoloog.

**Zorgadvies en akkoordverklaring**

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen voor de zorg onder B.12.1. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen. Bij de aanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelplan. Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken als:
  - de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
  - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
  - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.
- Voor het plaatsen van een tandheelkundig implantaat vraagt u bij ons zorgadvies en voorafgaand aan de behandeling een akkoordverklaring aan. Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. U moet bij de zorgaanvraag een schriftelijk onderbouwd behandelplan en een kostenbegroting meesturen.

**Tarieven**

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

**Plaats**

De zorg vindt plaats:

- in de instelling voor medisch specialistische zorg;
- in een tandartspraktijk;
- in een centrum voor mondzorg;
- in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.),
- in de praktijk van de orthodontist of
- op de plaats waar u verblijft; u hebt hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist nodig.

welk artikel zorg vergoed wordt. U krijgt zorg ook niet 2x vergoed. Pas als is vastgesteld dat geen sprake is van verzekerde zorg op grond van uw zorgverzekering, Jeugdwet, Wlz, Wmo of een ander artikel uit uw aanvullende verzekering(en) valt, bepalen wij of die zorg als alternatieve zorg of psychosociale zorg voor vergoeding in aanmerking komt;

- o experimentele behandelingen en behandelingen die nog in onderzoeksfase verkeren;
- o laboratoriumonderzoeken die zijn aangevraagd door een therapeut of arts die alternatieve of psychosociale zorg verleent;
- o ontspanningsoefeningen zoals yoga, Qigong en Thai Chi en behandelingen gericht op ontspanning zoals massagetherapie;
- o zorg die aan u wordt verleend door een zorgverlener die uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad is, tenzij wij u vooraf toestemming geven.

### Voorwaarden

#### Algemeen

De zorg vindt plaats volgens de doelstellingen, behandelprotocollen en richtlijnen van de beroepsvereniging of het register waarbij de behandelend zorgverlener is aangesloten.

#### Zorgverlener

- De alternatieve behandelingen worden uitsluitend gegeven door een therapeut of arts die lid is van een door ons erkende beroepsvereniging voor alternatieve geneeswijzen.
- De psychosociale behandelingen worden uitsluitend gegeven door een therapeut of arts die lid is van een door ons erkende beroepsvereniging voor psychosociale zorg.

Een lijst met door ons erkende beroepsverenigingen kunt u vinden op onze internetsite.

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### D.7.2. Alternatieve medicijnen

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden antroposofische en homeopathische medicijnen en producten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel

A.21. en C.10.

- Zelfzorggeneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen, vergoeden wij ook niet als alternatief geneesmiddel. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl).
- Wij vergoeden niet de kosten van medicijnen of producten die zijn voorgeschreven door een zorgverlener die uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad is, tenzij wij u vooraf toestemming geven.

### Voorwaarden

In artikel B.15.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw recht op geneesmiddelen op grond van de zorgverzekering. Deze gelden ook voor dit artikel D.7.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

#### Algemeen

- De medicijnen en producten zijn volgens de Geneesmiddelenwet geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen;
- De medicijnen en producten zijn opgenomen in de G-Standaard van de Z-Index. Deze kunt u vinden op [www.z-index.nl/g-standaard](http://www.z-index.nl/g-standaard).

#### Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apothekhoudend huisarts of internetapothek.

#### Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een arts, tandarts, verloskundige of alternatief zorgverlener heeft vastgesteld dat de medicijnen medisch noodzakelijk zijn. De behandeling van de voorschrijver is verzekerd volgens uw zorgverzekering of aanvullende verzekering.

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

#### Plaats

U krijgt de medicijnen in de praktijk van een apothekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apothek of op uw woonadres (via een internetapothek).

### D.8. Mondzorg

#### D.8.1. Mondzorg algemeen

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar hebt u recht op?

Uit de artikelen D.8.1. tot en met D.8.6. vergoeden wij mondzorg zoals tandartsen die plegen te bie-



den.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
  - Kosten van een mondzorg-abonnement die worden gedeclareerd door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "Z", omdat deze kosten geen betrekking hebben op daadwerkelijk plaatsgevonden en geleverde mondzorg;
  - Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71, G72 en G73). Het betreft een hulpmiddel tegen snurken;
  - Kosten van mondzorg die naar hun aard deel uitmaken van de zorgverzekering en waarvoor voorafgaand aan de behandeling een akkoordverklaring afgegeven moet zijn. Uitdrukkelijk noemen wij de volgende prestatiecodes:
    - A20: behandeling onder algehele anesthesie (narcose) of sedatie (roesje);
    - X611: behandeling onder intraveneuze (injectie) sedatie (roesje);
    - X631: behandeling onder algehele anesthesie (narcose);
    - B10, B11 en B12: sedatie door middel van een roesje (lachgassedatie). Sedatie is het verlagen van de staat van het bewustzijn van een patiënt met het doel een medische procedure of ingreep aangenamer te maken;
    - C84: voorbereiding behandeling onder algehele narcose;
    - U05, X731 en X831: tijdtarieven begeleiding moeilijk behandelbare patiënten; het betreft hier de behandeling in het kader van mondzorg van bijzondere zorggroepen.
    - X21: maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT) bij verzekerden tot 18 jaar.
  - E97 en E98: kosten van het uitwendig bleken van tanden;
  - Myofunctionele apparatuur (bijvoorbeeld Trainers) met de code F401A\*.

### Voorwaarden

#### Zorgverlener

- een tandarts;
- een mondhygiënist;
- een tandprotheticus;
- een zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg;
- een zorgverlener die verbonden is aan een

instelling voor jeugd tandverzorging.

#### Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een tandarts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### D.8.2. Kronen, bruggen en inlays

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van kronen, bruggen en inlays. Dit is inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.

#### Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

#### Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "R".

#### Zorgverlener

Een tandarts verleent de zorg.

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### D.8.3. Kunstgebit en implantaten

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van mondzorg zoals tandartsen die plagen te bieden:

- a. kunstgebit (uitneembare, gedeeltelijke gebitsprothesen);
- b. de wettelijke eigen bijdragen die u volgens uw zorgverzekering zelf moet betalen voor:
  - een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprothesen), niet geplaatst op implantaten;

- o een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprotheses), geplaatst op implantaten en het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem);
- c. implantologie die niet onder artikel B.12.2. van de zorgverzekering wordt vergoed. En de suprastructuur als deze niet onder artikel B.14. van de zorgverzekering wordt vergoed.

Bij alle genoemde vergoedingen gaat het om de tandheeskundige prestaties en bijbehorende materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- In de zorgverzekering kunnen delen van deze, of soortgelijke zorg al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In de artikelen B.12.2., B.13. en B.14. kunt u lezen of u daar recht op hebt.

### Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

#### Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheeskundige zorg. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "P" of "J".

De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

#### Zorgverlener

- Een tandarts, een tandprotheticus of bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde verleent de zorg.
- Een kaakchirurg, verbonden aan een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

#### Verwijzing

Verwijzing van een tandarts is nodig als prothetische zorg verleend wordt door een tandprotheticus. Het gaat dan om zorg die aangeduid is met P-codes en/of J-codes bij verzekerden die nog eigen tanden en/of tandheeskundige implantaten hebben.

Verwijzing van een tandarts is ook nodig als de implantologische zorg geleverd wordt door een kaakchirurg.

### Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk, een praktijk van een tandprotheticus, een centrum voor mondzorg, een instelling voor jeugdtandverzorging of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

## D.8.4. Overige mondzorg

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

### Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden overige vormen van mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden, voor zover die zorg niet is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- In de zorgverzekering kunnen onderdelen van deze of van soortgelijke zorg al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In de artikelen B.13. en B.14. kunt u lezen of u daar recht op hebt.

### Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

#### Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheeskundige zorg. Dit gebeurt door middel van andere prestatiecodes dan zijn genoemd in artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6. De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

#### Zorgverlener

- Een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus of andere bevoegde zorgverlener (dit kan een kaakchirurg zijn) die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of instelling voor jeugdtandverzorging verleent de zorg;
- Een kaakchirurg die verbonden is aan een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

## VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2018

### **aanvullende verzekering OHRA Extra Aanvullend (modelnummer: 7700104) versie 1**

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering OHRA Extra Aanvullend.

Dit Vergoedingen Overzicht bestaat uit een aantal kolommen:

- In de middelste kolom "Hoeveel krijgt u vergoed" staan bedragen, aantallen, uren en/of termijnen. Dit zijn altijd de maximale bedragen, aantallen, uren en/of termijnen.

De vergoedingspercentages (in %) berekenen wij over de wettelijke (punt)tarieven, afgesproken tarieven of marktconforme tarieven. Zie ook hiervoor artikel A.20.

- In de laatste kolom "Voorwaarden" staat een nummer. Dit nummer verwijst naar een artikel in de Verzekeringsvoorwaarden. In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de betreffende zorg vergoed te krijgen.

<b>Wat krijgt u vergoed</b>	<b>Hoeveel krijgt u vergoed</b>	<b>Voorwaarden</b>
<b>Alternatieve geneeswijzen</b>		<b>D.7.</b>
Alternatieve geneeswijzen	€ 500,- per jaar voor alternatieve en/of psychosociale behandelingen (€ 45,- per dag) en medicijnen (100%) samen	D.7. D.7.1.a./b. en D.7.2.
<b>Buitenland spoedzorg</b>		<b>D.14.</b>
Buitenland spoedzorg	100% van het gedeclareerde tarief buiten Nederland of uw woonland	D.14.a.
- Mondzorg bij spoed in het buitenland	€ 250,- per jaar vanaf 18 jaar	D.14.b.
- Vervoer stoffelijk overschot	100%	D.14.f.
- Opsturen van medicijnen en hulpmiddelen	100%	D.14.g.
- Telecommunicatiekosten	€ 350,- per jaar	D.14.h.
- Medische advies	100% door hulpdienst	D.14.i.
- Repatriëring	100% (bij ziekte)	D.14.c.
<b>Diëtetiek</b>		<b>D.18.</b>
Diëtetiek	€ 100,- per jaar	D.18.
<b>Ergotherapie</b>		<b>D.17.</b>
Ergotherapie	2 uur per jaar tot 18 jaar	D.17.1.
Begeleiding bij ergotherapie	2 uur per jaar voor uw mantelzorger als u ergotherapie krijgt	D.17.2.
<b>Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck</b>		<b>D.16.</b>
Fysiotherapie en/of oefentherapie	9 behandelingen per jaar en 100% van een screening voorafgaand aan de behandeling	D.16. D.16.
<b>Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)</b>		<b>D.6.</b>
Lichttherapie	€ 150,- per jaar bij winterdepressie	D.6.4.
Traumaverwerking	100% bij arbeidsgerelateerde gebeurtenis	D.6.5.
<b>Huidtherapieën</b>		<b>D.10.</b>
Acnebehandeling	€ 100,- per jaar	D.10.3.
Camouflagetherapie	€ 100,- per jaar	D.10.4.
Ontharing	€ 150,- per jaar	D.10.2.
<b>Hulpmiddelen</b>		<b>D.1. en D.4.</b>
Aangepaste lingerie	€ 90,- (na borstamputatie) zolang u bij ons verzekerd bent	D.4.22.

## VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2018

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Hulpmiddelen	€ 500,- per jaar van de wettelijke eigen bijdrage of van het bedrag dat uitkomt boven de max. vergoeding van de basisverzekering	D.4.1.
Alarmering bij epilepsie	100%	D.4.20.
Hoofdbedekking	€ 75,- per jaar voor hoofdbedekking anders dan een pruik	D.4.4.b.
Plaswekker	100% bij koop; 4 maanden bij huur zolang u bij ons verzekerd bent	D.4.6.
Braces en bandages	€ 150,- per jaar	D.4.18.
Redressiehelm	100%	D.4.21.
Steunzolen en voetzorg hulpmiddelen	€ 100,- per jaar	D.4.8. en D.4.9.
<b>Kuurbehandeling</b>		<b>D.9.</b>
Kuurbehandeling	€ 500,- per jaar	D.9.
<b>Mantelzorgcursus en mantelzorgvervanging</b>		<b>D.24.</b>
Mantelzorgcursus	€ 150,- zolang u bij ons verzekerd bent	D.24.1.
Mantelzorgvervanging	14 dagen per jaar	D.24.2.
<b>Medicijnen</b>		<b>D.3.</b>
Anticonceptie	€ 200,- per jaar vanaf 21 jaar en 100% van de wettelijke eigen bijdrage tot 21 jaar	D.3.5. D.3.2.a.
Medicijnen wettelijke eigen bijdrage	€ 50,- per jaar van de wettelijke eigen bijdrage van het geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS) (behalve anticonceptie)	D.3.2.b.
<b>Mondzorg</b>		<b>D.8.</b>
Mondzorg tot 18 jaar	€ 500,- per jaar voor kronen, bruggen en inlays (R-codes)	D.8.2.
Orthodontie	€ 1.000,- tot 18 jaar, zolang u bij ons verzekerd bent; € 250,- vanaf 18 jaar, zolang u bij ons verzekerd bent	D.8.1. en D.8.5. D.8.1. en D.8.5.
<b>Preventie</b>		<b>D.2.</b>
Griep prik	1x per jaar	D.2.1.a.
Vaccinaties	€ 250,- per jaar voor preventieve inenting, medicijnen, bloedonderzoek hepatitis B en mantoux-test tuberculose i.v.m. een vakantiereis	D.2.3.e.
Voedingsadvies	€ 150,- per jaar	D.2.7.
<b>Stottertherapie</b>		<b>D.5.</b>
Stottertherapie	€ 250,- per jaar voor therapiekosten	D.5.a.
<b>Verblijf</b>		<b>D.13.</b>
Hospice	€ 500,- per jaar van de eigen bijdrage	D.13.7.
Herstellingsoord	€ 500,- per jaar	D.13.6.
<b>Vervoer</b>		<b>D.12.</b>

## VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2018

---

<b>Wat krijgt u vergoed</b>	<b>Hoeveel krijgt u vergoed</b>	<b>Voorwaarden</b>
Vervoer aanvullende kilometervergoeding	€ 0,19 per km voor vervoer per auto bovenop de vergoeding uit de basisverzekering	D.12.1.b.
Vervoer auto of openbaar vervoer	€ 0,19 per km voor vervoer per auto of 100% voor openbaar vervoer 2e klasse (voor vervoer naar medisch specialistische zorg als u voor dit vervoer geen vergoeding uit de basisverzekering krijgt)	D.12.1.d.
Vervoer taxi	100%	D.12.1.c.
Vervoer wettelijke eigen bijdrage	100%	D.12.1.a.
<b>Voetzorg</b>		<b>D.15.</b>
Voetzorg	€ 100,- per jaar voor algemene voetzorg; € 100,- per jaar voor de behandeling van ernstige bloedvatproblemen in de benen en/of bij reumatoïde artritis	D.15.1. D.15.2. en D.15.3.
<b>Afwijkende voorwaarden</b>		<b>C.11.</b>
Meegroeiservice		C.11.3.8.

---