



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Mondzorg, implantaatbehandeling t.b.v. een uitneembare volledige prothese in de  
bovenkaak

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden  
aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201902035

Zittingsdatum : 5 februari 2020



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

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 18 september 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 november 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 2 december 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 11 december 2019 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019060409) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 13 december 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Op 29 december 2019 heeft verzoeker de commissie aanvullende informatie gezonden. Een kopie hiervan is op 6 januari 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 februari 2020 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en een kopie van het nagekomen stuk van verzoeker zijn op 10 februari 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. De commissie heeft het Zorginstituut hierbij verzocht een aantal vragen te beantwoorden. Bij brief van 18 februari 2020 heeft het Zorginstituut deze vragen beantwoord en de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie hiervan is op 19 februari 2020 aan partijen gezonden. Hen is de mogelijkheid geboden op de brief van het Zorginstituut te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 20 februari 2020 van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is op 24 februari 2020 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OZF Zorgpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Royaal en Tand Royaal.
- 3.2. Verzoeker heeft boven een conventionele gebitsprothese. Deze heeft echter onvoldoende houvast, waardoor problemen ontstaan, bijvoorbeeld bij het eten. Om de problemen te verhelpen, heeft zijn voormalig tandarts een aanvraag bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar

ingediend voor een implantaatbehandeling ten behoeve van een uitneembare volledige prothese in de bovenkaak.

- 3.3. De rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 31 oktober 2018 aan verzoeker meegedeeld dat hij de aanvraag afwijst.
- 3.4. Verzoeker heeft de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar heeft hem vervolgens opgeroepen voor het spreekuur van zijn tandheelkundig adviseur op 14 november 2018. Het verslag van dit spreekuurbezoek luidt als volgt:  
*"Verzekerde: op 9 jarige leeftijd gevallen. Na verloop van tijd een plaatje en daarna een brug. Edentaat met prothese Rebasing. Met name met eten een probleem. Het rammelt dan in de mond. Bij spreken is er geen probleem. Altijd problemen gehad. Geen problemen tandvlees volgens mondhygiëniste en tandarts. Komt elk jaar bij de mondhygiëniste. Heeft onder een brug.  
AT: reden uitnodiging. Wet- en regelgeving.  
Prothese BK matige stabiliteit. Kipretentie li en re redelijk, front matig. Geen gebalanceerde occlusie en articulatie.  
OK: aanwezig 37-33, frontbrug, 43 44 46 47 Onderfront iets uitgegroeid. Occlusievlak (curve) prothese loopt gebogen (premolaren en eerste molars staat meer caudaal - tweede molaren staat weer meer cranial) ipv vlak naar boven. Door de eigen dentitie onder is er geen sprake van een gebalanceerde articulatie noch van een vrij front bij proale beweging.  
BK licht geresorbeerde kaak. Een vlakker gehemelte. Beetje flabby in het front echter er is geen uitgebreid botverlies in het bovenfront, dus geen echte Kelly. Aanwezige tubera, maar niet zeer uitgesproken. OK exostosen aanwezig. Pockets in de onderkaak tot 5 mm.  
Het feit dat de prothese loskomt bij eten en niet bij spreken geeft aan dat het een articulatieprobleem is.  
Beslissing: Afwijzen 6 implantaten BK. Geen ernstig geslonken kaak.  
Probleem op te lossen door curveherstel door verhogen van de eigen elementen (postcanine regio onderkaak)  
(...)"*
- 3.5. In vervolg op het spreekuurbezoek heeft de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij e-mailbericht van 4 december 2018 meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing op de aanvraag van de voormalig tandarts van verzoeker handhaaft.
- 3.6. De behandelend implantoloog heeft hierna ten behoeve van verzoeker opnieuw een aanvraag voor een implantaatbehandeling van de bovenkaak bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar ingediend. De implantoloog heeft bij de aanvraag de noodzaak voor de behandeling toegelicht. De rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar heeft de implantoloog op 24 mei 2019 digitaal meegedeeld dat hij de aanvraag afwijst.
- 3.7. De behandelend implantoloog heeft bij brief van 30 oktober 2019 over verzoeker verklaard:  
*"(...)  
Ik ben van mening dat hier duidelijk een zuivere indicatie is voor een implantaatgedragen bovenprothese, om de volgende redenen:  
De bestaande conventionele bovenprothese is een goed vervaardigde prothese die desondanks onvoldoende retentie biedt op de geresorbeerde kaak.  
De volgende complicerende factoren die geven mij aanleiding om toch met zekerheid te stellen dat er sprake is van een zuivere indicatie voor het plaatsen van implantaten in de bovenkaak:  
- er is sprake van een ondiep verhemelte.  
- er is sprake van een vlakke omslagplooï, met name in de zijdelingse delen.  
- dhr heeft een flink disto-profiel waardoor er sprake is van een ongunstige belasting van de prothese.  
- daarbij is er [be]sprake[n] van een overbelasting van een betande kaak tegenover een onbetande kaak.*

*Dit maakt dat de prothese onvoldoende retentie heeft en een implantaatgedragen prothese noodzakelijk is.*

*[Naam vorige zorgaanbieder] heeft reeds eerder, in oktober 2018, een machtiging voor 6 implantaten in de bovenkaak aangevraagd. Deze is afgewezen en nadat er een bezwaar is ingediend, is de heer [naam verzoeker] op 7 november 2018 uitgenodigd om op het spreekuur te komen van de adviserend tandarts van zorgverzekeraar OZF. Tijdens het spreekuur is vastgesteld dat er geen sprake is van een ernstig geslonken kaak.  
(...)"*

- 3.8. Het voorlopig advies van het Zorginstituut van 11 december 2019 luidt, voor zover hier van belang:  
"(...)

***Tandheekundige beoordeling***

*(...)*

*Tandheekundige hulp voor volwassen verzekerden maakt geen deel uit van de te verzekeren prestatie krachtens de Zvw. Dit kan slechts anders zijn bij een indicatie tot bijzondere tandheekundige hulp. Daartoe moet sprake zijn van een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel. Voor aanspraak op implantaten moet sprake zijn van een ernstige geslonken tandeloze kaak. De adviserend tandarts van verweerder heeft verzoeker tijdens het spreekuur onderzocht. De adviserend tandarts heeft vastgesteld dat bij verzoeker sprake is van een betande onderkaak tegenover een onbetande bovenkaak. Dit leidt tot een ongunstige belasting van de bovenprothese. De bovenprothese is matig stabiel en vertoont geen gebalanceerde occlusie en articulatie. Er is geen sprake van een ernstig geslonken bovenkaak.*

***Conclusie***

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzoeker [een] (verzekerings)indicatie heeft voor implantaten omdat geen sprake is van een zeer ernstig geslonken kaak. De gevraagde tandheekundige behandeling komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.  
(...)"*

- 3.9. De behandelend implantoloog heeft bij e-mailbericht van 24 december 2019 aan verzoeker verklaard:

*"(...)*

*Op zich een goed advies en geeft aan dat de adviserend tandarts er wel goed naar heeft gekeken. Al ben ik het er niet helemaal mee eens en merk ik op dat er naar meerdere bepaalde argumenten niet gekeken is, bijvoorbeeld een flink disto-profiel. Graag zou ik daarvoor de mogelijkheid willen hebben om de uiteenzetting van mijn indicatiestelling en bevindingen toch graag onder de aandacht te willen brengen bij de verzekeraar en adviserend tandarts, zodat zij de beoordeling van de verzekeringsaanvraag in heroverweging kunnen nemen. Echter staan zij dit niet toe en houden ze de deur dicht!!*

*Dat is de reden dat ik u heb geadviseerd een klacht in te dienen: U heeft een specialist bezocht die een zuivere indicatie constateert voor implantaten in de bovenkaak (4 i.p.v. 6). Ik merk op uit de correspondentie dat niet alle factoren die ik constateer goed zijn benadrukt of opgemerkt in de eerdere machtigingsaanvraag, -afwijzing of ten tijde van uw consult bij de adviserend tandarts. En de zorgverzekeraar weigert uw machtigingsaanvraag, die ik voor u nauwkeurig voor u heb opgesteld met mijn bevindingen en aanvullende argumenten, te beoordelen. Dat lijkt mij onrechtvaardig en op die manier kan ik u niet verder helpen.*

*(...)"*

- 3.10. Het definitief advies van het Zorginstituut van 18 februari 2020 luidt, voor zover hier van belang:  
"(...)

*Voor de beoordeling van het geschil maakt het aantal aangevraagde implantaten echter niet uit. Voor aanspraak op implantaten moet sprake zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarbij de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Op basis van de beschikbare informatie is niet aangetoond dat sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Verzoeker kan daarom geen [aanspraak] maken op vergoeding van de tandheekundige behandeling ten laste van de basisverzekering.*

De Geschillencommissie Zorgverzekeringen heeft verder de volgende vragen gesteld:

(1) Wilt u in uw definitief advies gemotiveerd ingaan op de (zorginhoudelijke) argumenten van [naam behandelend implantoloog], zoals verwoord in de aanvraag van 22 mei 2019, zijn brief van 30 oktober 2019 en zijn e-mail van 24 december 2019?

(2) Wilt u in uw definitief advies gemotiveerd ingaan op de conclusie van de tandheekkundig adviseur van verweerder dat bij [naam verzoeker] geen sprake is van een ernstig geslonken kaak? De Geschillencommissie Zorgverzekeringen vraagt u hierbij aan te geven of de informatie van [naam behandelend tandarts] iets zegt over de toestand van de bovenkaak van [verzoeker], en met name of sprake is van een ernstige geslonken tandeloze kaak, zoals bedoeld in de zorgverzekering. Het Zorginstituut merkt naar aanleiding van de vragen het volgende op. De zorginhoudelijke argumenten van de behandelend tandarts betreffen de ongunstige anatomische verhoudingen in de mond van verzoeker. De adviserend tandarts van verweerder heeft verzoeker op zijn spreekuur onderzocht en deze ongunstige verhoudingen onderkend. Het gaat echter bij de beoordeling van de aanspraak op vergoeding ten laste van de basisverzekering niet om de vraag of verzoeker behandeling behoeft, maar of de gevraagde behandeling onder de te verzekeren prestaties krachtens de Zorgverzekeringswet valt. Tandheekkundige hulp valt daar in beginsel niet onder, tenzij sprake is van een indicatie tot bijzondere tandheekkundige hulp. In het Besluit zorgverzekering is expliciet vastgelegd dat voor aanspraak op implantaten sprake moet zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. De adviserend tandarts van verweerder heeft vastgesteld dat daar bij verzoeker geen sprake van is. De meegezonden informatie in de vorm van röntgenfoto's en lichtfoto's van de mond van verzoeker geven geen aanleiding om dit oordeel in twijfel te trekken. (...)"

#### 4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat hij aanspraak heeft op de implantaatbehandeling, zoals beschreven in de aanvraag van 22 mei 2019, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Royaal en Tand Royaal.

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 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering in samenhang met pagina 43 van de 'Polisvoorwaarden: Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen 2018'.

#### 6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over mondzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

#### **Zorgverzekering**

6.2. Bij verzoeker is sprake van een tandeloze bovenkaak. Ten behoeve van verzoeker is op 22 mei 2019 een aanvraag gedaan voor een implantaatbehandeling. De zorgverzekering biedt dekking voor implantaten, inclusief de drukknoppen of staaf, en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur ten behoeve van een uitneembare volledige prothese als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Dit blijkt uit artikel 12 van de zorgverzekering. Genoemd artikel is gebaseerd op artikel 2.7, tweede lid, Bzv.

- 6.3. De rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar heeft, op basis van het onderzoek door zijn tandheelkundig adviseur naar de tandheelkundige situatie van verzoeker, gesteld dat de tandeloze bovenkaak niet zeer ernstig is geslonken. Verzoeker heeft dit onder verwijzing naar de verklaringen van de behandelend implantoloog betwist. Uit het definitief advies van het Zorginstituut van 18 februari 2020 blijkt echter dat de informatie van de implantoloog geen betrekking heeft op de mate waarin de tandeloze bovenkaak van verzoeker is geslonken. De overgelegde röntgenfoto's en lichtfoto's geven volgens het Zorginstituut bovendien geen aanleiding aan de bevinding van de tandheelkundig adviseur van de ziektekostenverzekeraar te twijfelen. Dit leidt tot de conclusie dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden die gelden voor vergoeding van de implantaatbehandeling, zoals aangevraagd op 22 mei 2019. Hij heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van deze behandeling ten laste van de zorgverzekering. Dat het voor verzoeker niet duidelijk is waarom hij niet aan genoemde voorwaarde voldoet, doet hieraan niets af. Om dit te beoordelen wordt als regel gebruik gemaakt van de Cawood classificatie. Aan de hand hiervan zal zijn vastgesteld dat bij verzoeker geen sprake is van een zeer ernstig geslonken kaak. Zijn beleving kan evenwel een andere zijn.
- 6.4. De door de behandelend implantoloog gegeven onderbouwing voor de noodzaak van de implantaatbehandeling bij verzoeker, zoals een flink disto-profiel, kan niet leiden tot een ander oordeel. De aangedragen argumenten zijn voor de aanspraak van verzoeker op de implantaatbehandeling niet relevant, omdat deze geen betrekking hebben op het al dan niet aanwezig zijn van een ernstig geslonken (boven)kaak. De beslissing van de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar geen contact te zoeken met de behandelend tandarts over zijn aanvraag is, gelet hierop en gelet op het onderzoek door zijn tandheelkundig adviseur naar de tandheelkundige situatie, begrijpelijk. Dat de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar in zijn primaire beslissing een andere afwijsggrond heeft aangevoerd dan in zijn heroverweging kan evenmin leiden tot een ander oordeel. Inherent aan een heroverweging is dat de kwestie opnieuw, integraal wordt beoordeeld. Dit kan leiden tot toewijzing van de aanvraag, maar ook tot handhaving van de afwijzing, al dan niet op basis van een andere afwijsggrond. De heroverweging is als zodanig geregeld in artikel 114, tweede lid, Zvw.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.5. De verzekering AV Royaal kent geen dekking voor tandheelkundige zorg. Het verzoek kan daarom niet op basis hiervan worden toegewezen. De verzekering Tand Royaal dekt reguliere tandheelkundige zorg en mondhygiëne, afhankelijk van de hoedanigheid van de behandelaar en van de verrichtingen, volledig of tot 80%. Voor reguliere tandheelkundige zorg en mondhygiëne geldt geen maximumvergoeding. De verzekering Tand Royaal kent tevens een vergoeding van 80% voor kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief de techniekkosten, tot maximaal € 750,- per jaar. Deze maximumvergoeding geldt voor al deze vormen van zorg tezamen. Niet gebleken is dat met de uitvoering van de aangevraagde tandheelkundige behandeling in 2019 is aangevangen, zodat de vergoeding op basis van de verzekering Tand Royaal geen onderdeel van het onderhavige geschil vormt.

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### 7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat het verzoek wordt afgewezen.

Zeist, 4 maart 2020,

G.R.J. de Groot

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

een 3<sup>e</sup> land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

- Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Natuurlijk kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

#### Voorwaarden voor vergoeding geneesmiddelen en dieetpreparaten

- De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- Een apotheek levert de geneesmiddelen. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver (zie onder het 1<sup>e</sup> punt) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
- U heeft alleen recht op vergoeding van dieetpreparaten als:
  - U een aanpak heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg.
  - U niet uitkomt met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten.
  - Is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens een lopend kalenderjaar. U vindt de meest actuele bijlage met de voorwaarden op: <http://wetten.overheid.nl>. Typ in het zoekvenster 'Regeling zorgverzekering'. Klik op 'Vind'. Klik erna op Regeling zorgverzekering en dan in de lijst op Bijlage 2.
  - Ze zijn voorgeschreven door een jeugdarts, medisch specialist of diëtist. De huisarts kan dieetpreparaten alleen voorschrijven bij allergieën die met een provocatie-eliminatie test vastgesteld zijn.

In artikel 4.4 van het Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor vergoeding van specifieke geneesmiddelen. Wij vergoeden de kosten van deze geneesmiddelen alleen als u voldoet aan deze aanvullende bepalingen.

#### Voorwaarden voor vergoeding van (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. Wij vergoeden deze (deel)prestaties alleen als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde apotheek

Krijgt u farmaceutische zorg van een apotheek die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen.

**Let op!** Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar: bij plaatsing door een gynaecoloog vergoeden wij zowel de plaatsing als de spiraal zelf vanuit de basisverzekering. Er kan dan dus sprake zijn van inhouding van eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts vergoeden wij zowel de plaatsing als de spiraal zelf vanuit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor het plaatsen van de spiraal door de huisarts betaalt u geen eigen risico.

#### Wat wij niet vergoeden

De volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie vergoeden wij niet:

- Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar of ouder, tenzij er een medische indicatie voor is: endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies).
- Geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis.
- Farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat wij deze niet mogen vergoeden.
- Geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, 3<sup>e</sup> lid, onder b van de Geneesmiddelenwet.
- Geneesmiddelen die staan in artikel 40, 3<sup>e</sup> lid, onder f van de Geneesmiddelenwet.
- Geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.
- Zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen.
- Alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg.
- Homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genes)middelen.
- Niet-geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd middel niet mogelijk is. U kunt dan een machtiging aanvragen voor vergoeding van een niet-geregistreerd allergen. Wij vergoeden alleen op basis van een door ons afgegeven machtiging en op individuele basis.

#### Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plagen te bieden. In de artikelen 7 tot en met 13 gaan wij hierop in.

#### Artikel 7 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel? En kunt u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aanpak? Dan vergoeden wij de kosten van deze behandeling.

**Let op!** In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Verzekerden tot 22 jaar kunnen hiervoor Tand Royaal afsluiten: zie artikel 56 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen. Voor Tand Royaal geldt wel een medische selectie.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.



- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- Voor deze behandeling is mededagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u dan ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's mee. Uw zorgverlener stelt het behandelplan en de begroting op en maakt de röntgenfoto's. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

#### Wat wij niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij reparatie of vervanging hiervan niet.

#### Artikel 8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoeden wij de volgende tandheelkundige behandelingen:

- Periodiek preventief tandheelkundig onderzoek: 1 keer per jaar (jaarlijkse controle). Of meerdere keren per jaar als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen.
- Incidenteel tandheelkundig consult.
- Het verwijderen van tandsteen.
- Maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen. Bent u meer dan 2 keer per jaar op die tandheelkundige hulp aangewezen? Dan moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven.
- Sealing (afdichten groeven van kiezen).
- Parodontale hulp (behandeling van tandvlees).
- Anesthesie (verdooving).
- Endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling).
- Restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen).
- Gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen).
- Uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit).
- Chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg.
- Röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus voert de behandeling uit. Deze moet bevoegd en bekwaam zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
- Behandelt een kaakchirurg u? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, tandarts-specialist of een huisarts.
- Het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling vergoeden wij alleen als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 7 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis) waarvoor u dan al toestemming van ons heeft gekregen.
- Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel 7, 11.2, 12 of 13 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis? Dan geven wij u hier vooraf toestemming voor. Meer hierover leest u in de betreffende artikelen.
- Wij moeten u vooraf toestemming geven voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (code X21). Uw zorgverlener kan toestemming bij ons aanvragen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen.

#### Wat wij niet vergoeden

- Het beslijpen en/of fluorideren van een melkelement (code M05).
- Orthodontie. Orthodontie kan onder voorwaarden vanuit artikel 7 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis vergoed worden. Of voor verzekerden tot 22 jaar vanuit Tand Royaal: zie artikel 56 van de Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen. Voor Tand Royaal geldt wel een medische selectie.
- Implantaten. Deze kunnen onder voorwaarden vanuit artikel 11.1 of artikel 13 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis vergoed worden. Of vanuit Tand Royaal: zie artikel 55 van de Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen. Voor Tand Royaal geldt wel een medische selectie.

#### Artikel 9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder - kaakchirurgie

Wij vergoeden chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek, eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis.

Wordt u behandeld door een kaakchirurg? Dan heeft u ook recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is. Zie hiervoor artikel 25 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- Een kaakchirurg voert de behandeling uit.
- U bent doorverwezen door een huisarts, tandarts, orthodontist, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of een andere medisch specialist.
- Wij moeten u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
  - Osteotomie (kaakoperatie) voor de behandeling van Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS).
  - Kinplastiek als zelfstandige verrichting.
  - Pre-implantologische chirurgie.
  - Plastische chirurgie.
- Extracties mogen alleen onder narcose als daar zwaarwegende medische gronden voor zijn.
- U heeft alleen recht op ophoging bodem bijholte, kaakverbreding en/of verhoging, als u recht heeft op de bijbehorende implantaten vanuit de basisverzekering.
- Het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling vergoeden wij alleen als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 7 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis) waarvoor u dan al toestemming van ons heeft gekregen.
- Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen.

### Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Parodontale chirurgie.
- Implantaten. Deze kunnen onder voorwaarden vanuit artikel 11.1 of artikel 13 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis vergoed worden. Of vanuit Tand Royaal: zie artikel 55 van de Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen. Voor Tand Royaal geldt wel een medische selectie.
- Een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken). Dit kan onder voorwaarden vergoed worden vanuit artikel 54 van de Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen.

### Artikel 10 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) al dan niet op implantaten

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij het laten maken, plaatsen, repareren en rebasen van de volgende prothesen:

- Een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak.
- Een uitneembare volledige immediaatprothese.
- Een uitneembare volledige vervangingsprothese.
- Een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen.
- Een volledige prothese (klikgebit) op implantaten voor boven- en/of onderkaak en bevestigingsmaterialen (zoals drukknoppen en staaf).

Voor de prothesen zoals beschreven bij de eerste 4 bullets geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Voor de prothese en bevestigingsmaterialen (drukknoppen of staaf) op implantaten (5<sup>e</sup> bullet) geldt een wettelijke eigen bijdrage van 8% voor de bovenkaak en van 10% voor de onderkaak. De wettelijke 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%. Deze wettelijke eigen bijdragen (25%, 8%, 10% of 17%) kunnen onder voorwaarden vergoed worden vanuit Tand Royaal: zie artikel 57 van de Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen. Voor Tand Royaal geldt wel een medische selectie.

Laat u een volledige immediaatprothese, een bestaande uitneembare volledige prothese, een bestaande volledige overkappingsprothese of een prothese op implantaten repareren of rebasen? Dan geldt een wettelijke eigen bijdrage van 10%. Deze wettelijke eigen bijdrage vergoeden wij niet vanuit de Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen.

Wij hanteren maximum bedragen voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

### Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de behandeling uitvoeren.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts of tandarts-specialist u hebben doorverwezen.
- Een tandtechnicus kan een reparatie uitvoeren zoals omschreven staat bij de laatste bullet van deze opsomming.
- Moet binnen 5 jaar een volledige prothese voor boven- en/of onderkaak, een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese worden vervangen? Of moet een immediaatprothese binnen een halfjaar worden vervangen? Dan moeten wij u hiervoor vooraf toestemming geven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.

- Wij hanteren een maximum bedrag voor techniek- en materiaal-kosten. U kunt dit maximum bedrag vinden op onze website of bij ons opvragen. Zijn de techniek- en materiaalkosten hoger dan ons maximumbedrag? Dan moeten wij u vooraf toestemming geven.
- Laat u een nieuwe volledige prothese (klikgebit) op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor boven- en/of onderkaak maken? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Dit is niet nodig voor het repareren en rebasen van een uitneembare volledige prothese op implantaten die ouder is dan 5 jaar.
- Wij vergoeden reparaties aan een volledige prothese door een tandtechnicus, als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in de prothese waarbij de delen van de prothese eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan de prothese.

### Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen de volledige overkappingsprothese en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels) niet.

### Artikel 11 Implantaten

#### 11.1 Implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u zou hebben zonder deze aandoening? En is er sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak? Dan vergoeden wij de tandheelkundige implantaten die nodig zijn voor een uitneembare volledige prothese (klikgebit) inclusief de drukknoppen of staaf (het klikgebit dat vastzit aan de implantaten). Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten die u laat plaatsen dienen ter bevestiging van de uitneembare prothese (klikgebit).

Wij hanteren maximum bedragen voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

### Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voert de behandeling uit.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg voor de behandeling? Dan moet uw tandarts of tandarts-implantoloog u hebben doorverwezen. De tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar een tandarts of tandarts-implantoloog.
- Wij geven u vooraf toestemming voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's mee. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

**Let op!** U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel 13 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen.

### 11.2 Fronttandvervangings voor verzekerden tot 23 jaar

Heeft u 1 of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die vervangen moeten worden omdat deze tanden niet zijn aangelegd of omdat het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval? En is deze indicatie aantoonbaar voor het 18<sup>e</sup> jaar gesteld? Dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen. Deze omvat onder andere een vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in het front.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.
- Behandelt een kaakchirurg u? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts of tandarts-specialist.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde kaakchirurgen). Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen.

### Artikel 12 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Heeft u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap? En kunt u zonder tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder de lichamelijke en/of verstandelijke handicap? Dan heeft u recht op vergoeding van tandheelkundige zorg.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voert de behandeling uit.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.
- Wij geven u vooraf toestemming voor deze zorg. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's mee. Uw zorgverlener stelt het behandelplan en de begroting op en maakt de röntgenfoto's. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen.

### Artikel 13 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op een tandheelkundige behandeling:

- Als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening.
- Als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de (extra) zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de aandoening.
- Als u, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde, een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar of ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een angststandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voert de behandeling uit.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- Wij geven u vooraf toestemming. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u ook een behandelplan en kostenbegroting mee. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Narcosebehandelingen worden alleen vergoed als laatste middel in een angstreductietraject. De narcosebehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcosebehandelingen. Voor behandelingen onder narcose moeten wij u altijd vooraf toestemming hebben gegeven. Wij toetsen per aanvraag of er recht is op vergoeding.

**Let op!** U heeft misschien ook recht op vergoeding van implantaten vanuit artikel 11.1 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen.

## Ogen en oren

### Artikel 14 Audiologisch centrum

#### 14.1 Gehoorproblemen

Heeft u gehoorproblemen? Dan heeft u recht op vergoeding van zorg in een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

# Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen

## Tand Compact en Tand Royaal

Alleen van toepassing als deze dekking op uw polisblad staat. Voor Tand Royaal geldt een medische selectie. Voor deze verzekering vragen wij u om vooraf een tandheelkundige gezondheidsverklaring in te vullen en in te dienen. Deze vindt u op onze website.

### Mond en tanden (mondzorg)

#### Artikel 54 Reguliere tandheelkundige zorg en mondhygiëne

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij u tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg of tandprotheticus.

Gaat u naar een tandarts? Dan vergoeden wij verdovingen (A-codes), consulten (C-codes), mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes), extracties (H-codes), foto's (X-codes) en een second opinion voor 100%.

Gaat u naar een mondhygiënist? Dan mag de mondhygiënist consulten (C-codes), mondhygiënebehandelingen (M-codes), kleine vullingen (V-codes) en parodontologische behandelingen (T-codes) uitvoeren. Wij vergoeden de C-codes, M-codes en V-codes voor 100%. Heeft u Tand Compact? Dan vergoeden wij de T-codes voor 75%. Als u Tand Royaal heeft vergoeden wij de T-codes voor 80%.

Gaat u naar een kaakchirurg? Dan vergoeden wij parodontale chirurgie voor 75% vanuit Tand Compact. En voor 80% vanuit Tand Royaal. Een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken) door een kaakchirurg vergoeden wij voor 100% vanuit Tand Compact en Tand Royaal.

Wij vergoeden de kosten van de overige tandheelkundige behandelingen voor 75% als u Tand Compact heeft. Heeft u Tand Royaal? Dan vergoeden wij de overige behandelingen voor 80%. Onder overige tandheelkundige behandelingen vallen onder andere behandelingen parodontologie (T-codes).

**Let op!** Vanuit Tand Compact geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar van € 250.

#### Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Keuringsrapporten.
- Tandheelkundige verklaringen.
- Een afspraak die u niet bent nagekomen.
- Het uitwendig bleken van tanden en kiezen.
- Een Mandibulair Repositie Apparaat (MRA): een prothese tegen snurken, en de diagnostiek en nazorg hiervoor.
- Een mondbeschermer.
- Kronen, bruggen, inlays en implantaten (zie hiervoor artikel 55 op deze bladzijde).
- Orthodontie (zie hiervoor artikel 56 op deze bladzijde).
- Cosmetische behandelingen.
- Abonnementen.
- Volledige narcose.
- Een gecompliceerde extractie (kies of tand trekken) door de kaakchirurg (zie hiervoor artikel 9 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).
- Beslijpen en/of fluorideren melkelement (M05).

#### Tand Compact

Verdovingen (A-codes), consulten (C-codes), mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes), extracties (H-codes), foto's (X-codes) en een second opinion: 100%  
Overige tandheelkundige behandelingen: 75%

Totale vergoeding maximaal € 250 per kalenderjaar

#### Tand Royaal

Verdovingen (A-codes), consulten (C-codes), mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes), extracties (H-codes), foto's (X-codes) en een second opinion: 100%  
Overige tandheelkundige behandelingen: 80%

Geen maximum vergoeding per kalenderjaar

#### Artikel 55 Tandheelkundige zorg - kronen, bruggen, inlays en implantaten

Wij vergoeden u kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief de techniekkosten.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts of kaakchirurg voert de behandeling uit.
- De tandarts of kaakchirurg moet de behandeling achteraf, als 1 totale prestatie declareren. De behandeling mag dus niet gesplitst (in 2 kalenderjaren) gedeclareerd worden. Deze voorwaarde voor vergoeding geldt niet voor implantaten.

#### Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden gedeeltelijk voltooid werk (R90) niet.

#### Tand Compact

Geen vergoeding

#### Tand Royaal

80% tot maximaal € 750 per kalenderjaar

#### Artikel 56 Tandheelkundige zorg - orthodontie (beugel) voor verzekerden tot 22 jaar

Wij vergoeden tot 22 jaar orthodontie (beugel) en een second opinion.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- Een orthodontist of tandarts voert de behandeling uit of geeft de second opinion.
- U bent jonger dan 22 jaar.

#### Wat wij niet vergoeden

- Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij reparatie of vervanging hiervan niet.
- Een mondbeschermer.

**Tand Compact**

Geen vergoeding

**Tand Royaal**

80% tot maximaal € 2.000 voor de totale duur van de aanvullende verzekering

**Artikel 57 Tandheelkundige zorg - wettelijke eigen bijdragen uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) al dan niet op implantaten**

Krijgt u een uitneembare volledige prothese (kunstgebit)? Of een uitneembare volledige prothese op implantaten? En vergoeden wij u die prothese vanuit de OZF Zorgpolis? Dan betaalt u hiervoor vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage (zie artikel 10 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis). Wij vergoeden deze wettelijke eigen bijdrage.

**Wat wij niet vergoeden**

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage van 10% voor repareren of rebasen van een volledige prothese niet (zie artikel 10 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

**Tand Compact**

Geen vergoeding

**Tand Royaal**

100%

## Artikel 14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

### 14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering

Dat doen we:

- Met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering.
- Op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz).
- Als u militair in werkelijke dienst wordt.
- Bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel 20 van deze Algemene voorwaarden.
- Bij overlijden.
- Als wij geen basisverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hierover bericht.
- Als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daarover van ons bericht. In dit bericht leest u waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

### 14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

### 14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

**14.3.1** Heeft het Centraal Administratie Kantoor (CAK) u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d, lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

**14.3.2** Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee kijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

**14.3.3** U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d, lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Dit wijkt af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het 4<sup>e</sup> lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

## Artikel 15 Is er sprake van een medische noodsituatie buiten het woonland?

Belt u dan met onze alarmcentrale Eurocross Assistance via +31 71 364 1 282. Dit nummer staat ook op uw zorgpas. Is er sprake van een opname in een zorginstelling in het buitenland? Meldt u dit dan zo spoedig mogelijk, in ieder geval binnen 48 uur, telefonisch aan

Eurocross Assistance. Onder woonland wordt verstaan het land waar u zich vestigt voor een periode van 3 maanden of langer. Eurocross Assistance is 24 uur per dag telefonisch bereikbaar voor het melden van opnames en voor adviezen of hulp in noodsituaties. Ook verstrekken zij betalingsgaranties bij opnames en onderhouden contacten met u (de verzekerde), familie en/of behandelend artsen. Is een geneesmiddel ter plaatse niet verkrijgbaar? Dan kan Eurocross het geneesmiddel voor u versturen. Eurocross organiseert en verzorgt indien noodzakelijk ook de repatriëring van de patiënt naar het woonland. Ook organiseert ze het vervoer van het stoffelijk overschot van verzekerde naar het woonland. **Let op!** Wij vergoeden de repatriëringskosten alleen als deze in opdracht van of in overleg met en onder goedkeuring van Eurocross Assistance plaatsvinden.

Is er sprake van medische kosten die uitgaan boven het dekkingmaximum van deze polis? Dan vergoeden wij deze niet. Heeft Eurocross deze medische kosten betaald? Dan worden deze geacht voor rekening van de verzekerde te zijn betaald. U wordt dan geacht ons een machtiging tot automatische incasso te hebben verleend ter terugbetaling van de onverzekerde kosten.

## Artikel 16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

## Artikel 17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

### 17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel?

Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

### 17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze Algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

### 17.3 Zonder toestemming mag u geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

## Artikel 18 Heeft u een klacht?

### 18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen?

Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling klachten en geschillen. Doet u dit dan wel binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per fax. Klachten moeten geschreven zijn in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal schrijft, betaalt u de kosten van de eventuele vertaling zelf.

### 18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Na ontvangst van uw klacht krijgt u binnen 3 werkdagen een ontvangstbevestiging. Wij nemen uw klacht op in ons klachtenregistratiesysteem. Binnen 10 werkdagen na ontvangst van uw klacht geven wij u een inhoudelijke reactie. Is er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen? Dan ontvangt u hierover van ons bericht.

**18.3 Niet eens met onze reactie? Dan is herbeoordeling mogelijk**

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen om uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling klachten en geschillen indienen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per fax. Na ontvangst krijgt u binnen 3 werkdagen een ontvangstbevestiging. En binnen 10 werkdagen na ontvangst van uw herbeoordelingsverzoek geven wij u een inhoudelijke reactie. Is er meer tijd nodig voor de herbeoordeling van uw klacht? Dan ontvangt u hierover van ons bericht.

**18.4 Voldoet onze herbeoordeling niet aan uw verwachtingen?**

Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ): SKGZ, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Informatie over SKGZ vindt u op: skgz.nl. SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

**18.5 Behandeling door burgerlijk rechter**

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

**18.6 Klachten over formulieren**

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De uitspraak van de NZa over zo'n klacht geldt als bindend advies.

**18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing**

Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ en/of de burgerlijk rechter? Op onze website vindt u de brochure 'Klachtenbehandeling'. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

**Artikel 19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?****19.1 Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens**

OZF is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. Deze gebruiken wij binnen Achmea B.V.:

- Om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren.
- Om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea B.V. behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden.
- Om producten en diensten te verbeteren.
- Om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen.
- Om risico's in te schatten.
- Voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse.
- Voor relatiebeheer.
- Om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens en volgens de in mei 2018 veranderende wetgeving. Bovengenoemde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

**19.2 Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten**

Wilt u geen informatie over onze producten en/of diensten? Of wilt u uw toestemming intrekken voor het gebruik van uw e-mailadres? Dan kunt u dit schriftelijk aan ons melden: Zorgverzekeraar OZF, Afdeling WBP, Postbus 94, 7550 AB Hengelo.

**19.3 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie**

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op stichtingcis.nl.

**19.4 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden**

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis, Centraal Administratie Kantoor en/of Zorginstituut Nederland) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt uw gegevens niet.

**19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer (BSN)**

Wij zijn wettelijk verplicht uw BSN in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN als wij communiceren met deze partijen.

**19.6 Meer informatie over uw rechten en het gebruik van uw gegevens door Achmea?**

U vindt meer informatie in ons Privacy Statement op onze website. U neemt hier kennis van de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en uw rechten inclusief de wettelijke wijzigingen die per mei 2018 hierin optreden.

**Artikel 20 Wat zijn de gevolgen van fraude?****20.1 Wat is fraude?**

Fraude is als iemand een recht en/of vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar of een verzekeringsovereenkomst met ons krijgt:

- Onder valse voorwendselen.
- Op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek 1 of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de aanspraak en/of vergoeding:

- Een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven.
- Vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd.
- Een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering.
- Feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

**20.2 Bij fraude geen recht op vergoeding**

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

**20.3 Andere gevolgen van fraude**

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- Aangifte doen bij de politie.
- Uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten.
- U registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS).
- Uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

# Algemene voorwaarden

## Aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen

De Algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering zijn ook van toepassing op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Uitzonderingen hierop zijn: Artikel 1.1 - Waarop is uw verzekering gebaseerd, de 1<sup>e</sup> 3 punten. Artikel 4.3 - niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen. Deze artikelen uit de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis, een naturapolis, zijn dus niet van toepassing op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Daarnaast zijn er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

### Artikel 1 Hoe sluit u de aanvullende (tandheelkundige) verzekering af?

#### 1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende (tandheelkundige) verzekering aanvragen. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt het aanvraagformulier ook via onze website invullen. Wij gaan een aanvullende (tandheelkundige) verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1, op bladzijde 44 van deze Algemene voorwaarden.

#### 1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende (tandheelkundige) verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag, als:

- U (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten.
- U zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis.
- Uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft.
- U op het moment dat u zich aanmeldt al zorg heeft of zorg te verwachten is die wij vergoeden vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.
- U geen zorgverzekering heeft afgesloten en het Centraal Administratie Kantoor u een bestuurlijke boete heeft opgelegd. Tijdens de 12 maanden dat u ambtshalve verzekerd bent, kunt u geen aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen bij ons afsluiten.

#### 1.3 Verzekerden jonger dan 18 jaar

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? En zijn ze jonger dan 18 jaar? Dan kunt u een aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en) voor uw kinderen afsluiten. Heeft u of uw meeverzekerde partner een aanvullende (tandheelkundige) verzekering? Dan betaalt u voor die aanvullende (tandheelkundige) verzekering geen premie voor kinderen jonger dan 18 jaar. Voorwaarde is wel dat uw kinderen geen uitgebreidere aanvullende (tandheelkundige) verzekering afsluiten dan die van u of die van uw meeverzekerde partner. Wilt u voor uw kinderen toch een uitgebreidere aanvullende (tandheelkundige) verzekering afsluiten? Dan betaalt u hiervoor de premie die geldt voor verzekerden in de leeftijdsklasse van 18 tot en met 29 jaar. Die premie geldt ook indien geen ouder (of voogd) bij ons verzekerd is.

### Artikel 2 Wat verzekert de aanvullende (tandheelkundige) verzekering?

#### 2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van kosten vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering, mits u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende (tandheelkundige) verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum

die op de nota staat en dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven.

**Let op!** Het kan zijn dat wij vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen de kosten alleen vergoeden als u naar een gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we bij een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling een lager bedrag vergoeden. Dit leest u dan ook in het artikel.

#### 2.2 Vergoeding van zorg bij verblijf in het buitenland

Ontvangt u in het buitenland medische zorg? Dan gelden voor de vergoeding van deze zorg bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen 11 en 12 onder Vergoedingen aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel 15 van de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis van toepassing op zorg in het buitenland.

**Let op!** Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is. Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 12 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

#### 2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons geen recht op vergoedingen vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering die via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende (tandheelkundige) verzekering vallen. Vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- Vanuit de basisverzekering verstrekte lagere vergoedingen omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg.
- Kosten die met het (verplicht en/of vrijwillig) eigen risico van de basisverzekering zijn verrekend. Dat geldt niet voor het verplicht eigen risico als u gekozen heeft voor gespreide betaling ervan.
- Wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende (tandheelkundige) verzekering.



- Is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens een lopend kalenderjaar. U vindt de meest actuele bijlage met de voorwaarden op: <http://wetten.overheid.nl>. Typ in het zoekvenster 'Regeling zorgverzekering'. Klik op 'Vind'. Klik erna op Regeling zorgverzekering en dan in de lijst op Bijlage 2.
- Ze zijn voorgeschreven door een arts of diëtist.

In artikel 4.4 van het Reglement Farmaceutische Zorg staat nog een aantal aanvullende bepalingen voor vergoeding van specifieke geneesmiddelen. Wij vergoeden de kosten van deze geneesmiddelen alleen als u voldoet aan deze aanvullende bepalingen.

#### Voorwaarden voor vergoeding van (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. Wij vergoeden deze (deel)prestaties alleen als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde apotheek

Krijgt u farmaceutische zorg van een apotheek die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen.

**Let op!** Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar: bij plaatsing door een gynaecoloog vergoeden wij zowel de plaatsing als de spiraal zelf vanuit de basisverzekering. Er kan dan dus sprake zijn van inhouding van eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige vergoeden wij zowel de plaatsing als de spiraal zelf vanuit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor het plaatsen van de spiraal door de huisarts of verloskundige betaalt u geen eigen risico.

#### Wat wij niet vergoeden

De volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie vergoeden wij niet:

- Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar of ouder, tenzij er een medische indicatie voor is: endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies).
- Geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis.
- Farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat wij deze niet mogen vergoeden.
- Geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, 3<sup>e</sup> lid, onder b van de Geneesmiddelenwet.
- Geneesmiddelen die staan in artikel 40, 3<sup>e</sup> lid, onder f van de Geneesmiddelenwet.
- Geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.
- Zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen.
- Alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg.
- Homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

- Niet-geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd middel niet mogelijk is. U kunt dan een machtiging aanvragen voor vergoeding van een niet-geregistreerd allergeen. Wij vergoeden alleen op basis van een door ons afgegeven machtiging en op individuele basis.

#### Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de artikelen 7 tot en met 14 gaan wij hierop in.

#### Artikel 7 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel? En kunt u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan vergoeden wij de kosten van deze behandeling. **Let op!** In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Verzekerden tot 18 jaar kunnen hiervoor Tand Royaal afsluiten: zie artikel 52 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen. Voor orthodontie vanuit Tand Royaal geldt wel een wachttijd van 12 maanden.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u dan ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's mee. Uw zorgverlener stelt het behandelplan en de begroting op en maakt de röntgenfoto's. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

#### Wat wij niet vergoeden

- Reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening als u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid.
- Beugelcategorie 0 (Myobracetrainers).
- Beugelcategorie 7 (vacuümgevormde beugels, aligners).

#### Artikel 8 Fronttandvervangning voor verzekerden tot 23 jaar

Heeft u 1 of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die vervangen moeten worden omdat deze tanden niet zijn aangelegd of omdat het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval? En is deze indicatie aantoonbaar voor het 18<sup>e</sup> jaar gesteld? Dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen. Deze omvat onder andere een vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in het front.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.
- Behandelt een kaakchirurg u? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts of tandarts-specialist.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde kaakchirurgen). Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen.

### Artikel 9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoeden wij de volgende tandheelkundige behandelingen:

- Periodiek preventief tandheelkundig onderzoek: 1 keer per jaar (jaarlijkse controle). Of meerdere keren per jaar als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen.
- Incidenteel tandheelkundig consult.
- Het verwijderen van tandsteen.
- Maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen. Bent u meer dan 2 keer per jaar op die tandheelkundige hulp aangewezen? Dan moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven.
- Sealing (afdichten groeven van kiezen).
- Parodontale hulp (behandeling van tandvlees).
- Anesthesie (verdooving).
- Endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling).
- Restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen).
- Gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen).
- Uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit).
- Chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg.
- Röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

### Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus voert de behandeling uit. Deze moet bevoegd en bekwaam zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
- Behandelt een kaakchirurg u? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, tandarts-specialist of een huisarts.
- Het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling vergoeden wij alleen als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 7 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis). Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel 7, 8, 13 of 14 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis? Dan geven wij u hier vooraf toestemming voor. Meer hierover leest u in de betreffende artikelen.
- Wij moeten u vooraf toestemming geven voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (code X21). Uw zorgverlener kan toestemming bij ons aanvragen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen

### Wat wij niet vergoeden

- Niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05).
- Orthodontie. Orthodontie kan onder voorwaarden vanuit artikel 7 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis vergoed worden. Of voor verzekerden tot 18 jaar vanuit Tand Royaal: zie artikel 52 van de Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen. Voor vergoeding van orthodontie geldt wel een wachttijd van 12 maanden vanaf de ingangsdatum van Tand Royaal.
- Implantaten. Deze kunnen onder voorwaarden vanuit artikel 12 of artikel 14 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis vergoed worden. Of vanuit Tand Royaal: zie artikel 51 van de Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen. Voor Tand Royaal geldt wel een medische selectie.

### Artikel 10 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder - kaakchirurgie

Wij vergoeden chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek, eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis.

Wordt u behandeld door een kaakchirurg? Dan heeft u ook recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is. Zie hiervoor artikel 26 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

### Voorwaarden voor vergoeding

- Een kaakchirurg voert de behandeling uit.
- U bent doorverwezen door een huisarts, tandarts, orthodontist, tandprotheticus, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of een andere medisch specialist. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze kaak.
- Wij moeten u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
  - Extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose.
  - Correctie van de kaak in combinatie met een extractie.
  - Osteotomie (kaakoperatie).
  - Kinplastiek als zelfstandige verrichting.
  - Pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw).
  - Het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
  - Plastische chirurgie.

Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen.

### Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Parodontale chirurgie.
- Implantaten. Deze kunnen onder voorwaarden vanuit artikel 12 of artikel 14 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis vergoed worden. Of vanuit Tand Royaal: zie artikel 51 van de Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen. Voor Tand Royaal geldt wel een medische selectie.
- Een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken).

## Artikel 11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) al dan niet op implantaten

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij het laten maken, plaatsen, repareren en rebasen van de volgende prothesen:

- Een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak.
- Een uitneembare volledige immediaatprothese.
- Een uitneembare volledige vervangingsprothese.
- Een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen.
- Een volledige prothese (klikgebit) op implantaten voor boven- en/of onderkaak en bevestigingsmaterialen (zoals drukknoppen en staaf).

Voor de prothesen zoals beschreven bij de eerste 4 bullets geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Voor de prothese en bevestigingsmaterialen (drukknoppen of staaf) op implantaten (5<sup>e</sup> bullet) geldt een wettelijke eigen bijdrage van 8% voor de bovenkaak en van 10% voor de onderkaak. De wettelijke 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%.

Laat u een volledige immediaatprothese, een bestaande uitneembare volledige prothese, een bestaande volledige overkappingsprothese of een prothese op implantaten repareren of rebasen? Dan geldt een wettelijke eigen bijdrage van 10%. Deze wettelijke eigen bijdrage vergoeden wij niet vanuit de Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen.

Wij hanteren maximum bedragen voor techniek- en materiaal-kosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

### Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de behandeling uitvoeren.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of tandprotheticus u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.
- Moet binnen 5 jaar een volledige prothese voor boven- en/of onderkaak, een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese worden vervangen? Of moet een immediaatprothese binnen een halfjaar worden vervangen? Dan moeten wij u hiervoor vooraf toestemming geven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Wij hanteren een maximum bedrag voor techniek- en materiaal-kosten. U kunt dit maximum bedrag vinden op onze website of bij ons opvragen. Zijn de techniek- en materiaalkosten hoger dan ons maximumbedrag? Dan moeten wij u vooraf toestemming geven.
- Laat u een nieuwe volledige prothese (klikgebit) op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor boven- en/of onderkaak maken? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Dit is niet nodig voor het repareren en rebasen van een uitneembare volledige prothese op implantaten die ouder is dan 5 jaar.

- Wij vergoeden reparaties aan een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak, uitneembare volledige immediaatprothese of uitneembare volledige vervangingsprothese door een tandtechnicus, als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in de prothese waarbij de delen van de prothese eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan de prothese.

### Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen de volledige overkappingsprothese en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels) niet.

## Artikel 12 Implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verwerfingsstoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u zou hebben zonder deze aandoening? En is er sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak? Dan vergoeden wij de tandheelkundige implantaten die nodig zijn voor een uitneembare volledige prothese (klikgebit) inclusief de drukknoppen of staaf (het klikgebit dat vastzit aan de implantaten). Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten die u laat plaatsen dienen ter bevestiging van de uitneembare prothese (klikgebit).

Wij hanteren maximum bedragen voor techniek- en materiaal-kosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

### Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voert de behandeling uit.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg voor de behandeling? Dan moet uw tandarts of tandarts-implantoloog u hebben doorverwezen. De tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar een tandarts of tandarts-implantoloog.
- Wij geven u vooraf toestemming voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's mee. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

**Let op!** U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel 14 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen.

## Artikel 13 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Heeft u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap? En kunt u zonder tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder de lichamelijke en/of verstandelijke handicap? Dan heeft u recht op vergoeding van tandheelkundige zorg.

### Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voert de behandeling uit.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.
- Wij geven u vooraf toestemming voor deze zorg. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's mee. Uw zorgverlener stelt het behandelplan en de begroting op en maakt de röntgenfoto's. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen.

### Artikel 14 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op een tandheelkundige behandeling:

- Als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening.
- Als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de (extra) zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de aandoening.
- Als u, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde, een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekeren van 18 jaar of ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een angststandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

### Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voert de behandeling uit.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist, tandprotheticus, of huisarts u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.
- Wij geven u vooraf toestemming. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u ook een behandelplan en kostenbegroting mee. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

- Narcose- of lachgasbehandelingen worden alleen vergoed als laatste middel in een angstreductietraject. De narcose- of lachgasbehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcose- of lachgasbehandeling. Voor deze behandelingen moeten wij u altijd vooraf toestemming hebben gegeven. Wij toetsen per aanvraag of er recht is op vergoeding.

**Let op!** U heeft misschien ook recht op vergoeding van implantaten vanuit artikel 12 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen.

## Ogen en oren

### Artikel 15 Audiologisch centrum

#### 15.1 Gehoorproblemen

Heeft u gehoorproblemen? Dan heeft u recht op vergoeding van zorg in een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- Onderzoek doet naar uw gehoorfunctie.
- U adviseert over aan te schaffen gehoorapparatuur.
- U voorlichting geeft over het gebruik van de apparatuur.
- Psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is.

#### Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd audiologisch centrum

Wilt u zorg van een audiologisch centrum welke wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke audiologische centra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen.

#### 15.2 Spraak- en taalstoornissen bij kinderen

Heeft uw kind een spraak- of taalstoornis? Dan kan een audiologisch centrum hulp bieden bij het stellen van een diagnose.

#### Voorwaarde voor vergoeding

Uw kind is doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd audiologisch centrum

Wilt u zorg van een audiologisch centrum welke wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke audiologische centra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [ozf.nl/zorgzoeker](http://ozf.nl/zorgzoeker) of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op [ozf.nl/vergoedingen](http://ozf.nl/vergoedingen) of kunt u bij ons opvragen.

# Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen

## Tand Compact en Tand Royaal

Alleen van toepassing als deze dekking op uw polisblad staat. Voor Tand Royaal geldt een medische selectie. Voor deze verzekering vragen wij u om vooraf een tandheelkundige gezondheidsverklaring in te vullen en in te dienen. Deze vindt u op onze website via [ozf.nl/downloads](http://ozf.nl/downloads).

### Mond en tanden (mondzorg)

#### Artikel 50 Reguliere tandheelkundige zorg en mondhygiëne voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij u tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg of tandprotheticus.

Gaat u naar een tandarts? Dan vergoeden wij verdovingen (A-codes), consulten (C-codes), vullingen (V-codes), extracties (H-codes), foto's (X-codes) en een second opinion voor 100%.

Wij vergoeden de kosten van de overige tandheelkundige behandelingen voor 75%. Onder overige tandheelkundige behandelingen vallen onder andere behandelingen mondhygiëne (M-codes) en parodontologie (T-codes).

Gaat u naar een mondhygiënist? Dan mag de mondhygiënist consulten (C-codes), mondhygiënebehandelingen (M-codes), kleine vullingen (V-codes) en parodontologische behandelingen (T-codes) uitvoeren. Wij vergoeden de C-codes en V-codes voor 100%. En wij vergoeden de M-codes en T-codes voor 75%.

Gaat u naar een kaakchirurg? Dan vergoeden wij parodontale chirurgie voor 75%.

Krijgt u een uitneembare volledige prothese (kunstgebit)? Of een uitneembare volledige prothese op implantaten (klikgebit)? En vergoeden wij u die prothese vanuit de OZF Zorgpolis (zie artikel 11 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis)? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage voor 75% vanuit Tand Royaal.

**Let op!** Wij vergoeden tandheelkundige behandelingen alleen als de maximale vergoeding van uw gekozen aanvullende tandheelkundige verzekering nog niet bereikt is. Die maximale vergoeding is € 250 vanuit Tand Compact. En € 1.000 vanuit Tand Royaal.

#### Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Keuringsrapporten.
- Tandheelkundige verklaringen.
- Een afspraak die u niet bent nagekomen.
- Een niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05).
- Een fluoridebehandeling (M40).
- Het uitwendig bleken van tanden en kiezen.
- Een Mandibulair Repositie Apparaat (MRA): een prothese tegen snurken, en de diagnostiek en nazorg hiervoor.
- Een mondbeschermer.

- Kronen, bruggen, inlays en implantaten (zie hiervoor artikel 51 op deze bladzijde).
- Orthodontie (zie hiervoor artikel 52 op bladzijde 70).
- Cosmetische behandelingen.
- Abonnementen.
- Volledige narcose en lachgas.
- Een gecompliceerde extractie (kies of tand trekken) door de kaakchirurg (zie hiervoor artikel 10 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

#### Tand Compact

Verdovingen (A-codes), consulten (C-codes), vullingen (V-codes), extracties (H-codes), foto's (X-codes) en een second opinion: 100%  
Overige tandheelkundige behandelingen: 75%

Totale vergoeding maximaal € 250 per kalenderjaar

#### Tand Royaal

Verdovingen (A-codes), consulten (C-codes), vullingen (V-codes), extracties (H-codes), foto's (X-codes) en een second opinion: 100%  
Overige tandheelkundige behandelingen: 75%  
Wettelijke eigen bijdragen op uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) al dan niet op implantaten: 75%

Totale vergoeding maximaal € 1.000 per kalenderjaar

#### Artikel 51 Tandheelkundige zorg - kronen, bruggen, inlays en implantaten

Wij vergoeden u kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief de techniekkosten.

#### Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts of kaakchirurg voert de behandeling uit.
- De tandarts of kaakchirurg moet de behandeling achteraf, als 1 totale prestatie declareren. De behandeling mag dus niet gesplitst (in 2 kalenderjaren) gedeclareerd worden. Deze voorwaarde voor vergoeding geldt niet voor implantaten.

#### Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden gedeeltelijk voltooid werk (R90) niet.

#### Tand Compact

Geen vergoeding

#### Tand Royaal

75% tot maximaal € 750 per kalenderjaar

# Algemene voorwaarden

## OZF Zorgpolis

### Artikel 1 Waarop is de basisverzekering gebaseerd?

#### 1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- De Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen.
- Het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen.
- De Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen.
- Het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

#### 1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw aanspraak op zorg en/of recht op vergoeding van kosten van zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

#### Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/Hoofdstuk2/1/11/Artikel22/>.

#### 1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

### Artikel 2 Wat verzekert de basisverzekering (aanspraken en vergoedingen) en voor wie is deze bedoeld?

#### 2.1 Met deze basisverzekering heeft u aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg

De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- Verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn.
- Verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

Onder Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering. Hier leest u bij elke vorm van zorg of u recht heeft op de zorg zelf, of op (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten.

#### 2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich voor de basisverzekering aan bij ons, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

#### 2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan?

Dan sturen wij u een polisblad. De verzekeringsovereenkomst is hierop vastgelegd. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Uw zorgpas, of eventueel het polisblad, toont u aan de zorgverlener als u zorg nodig heeft. Daarna bestaat aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg volgens deze wet.

#### 2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Welke aanspraak op zorg en/of welk recht op vergoeding van kosten van zorg u heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

#### 2.5 Couulance

In bijzondere gevallen en voor zover dit niet in strijd is met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling Zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, kunnen wij aan u een tegemoetkoming geven waar de polis geen (volledige) vergoeding kent. Aan een couulancebetaling kunnen geen rechten worden ontleend.

### Artikel 3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

#### 3.1 U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van 1 van de volgende situaties in Nederland:

- Een gewapend conflict.
- Een burgeroorlog.
- Een opstand.
- Binnenlandse onlusten.
- Oproer en munitie.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

#### 3.2 U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van:

- Keuringen.
- Griep prikken.
- Behandeling tegen snurken (uvuloplastiek).
- Behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose.
- Behandelingen met sterilisatie als doel.
- Behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken.
- Behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.
- Het afgeven van doktersverklaringen.

**Let op!** In sommige gevallen heeft u wel aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan expliciet staan dat wij deze wel vergoeden.

#### 3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt

U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg als u:

- Zorgafspraken niet nakomt.
- Hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt. Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

## Artikel 18 Heeft u een klacht?

### 18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen?

Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling klachten en geschillen. Doet u dit dan wel binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per fax. Klachten moeten geschreven zijn in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal schrijft, betaalt u de kosten van de eventuele vertaling zelf.

### 18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Na ontvangst van uw klacht krijgt u binnen 3 werkdagen een ontvangstbevestiging. Wij nemen uw klacht op in ons klachtenregistratiesysteem. Binnen 10 werkdagen na ontvangst van uw klacht geven wij u een inhoudelijke reactie. Is er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen? Dan ontvangt u hierover van ons bericht.

### 18.3 Niet eens met onze reactie? Dan is herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen om uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling klachten en geschillen indienen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per fax. Na ontvangst krijgt u binnen 3 werkdagen een ontvangstbevestiging. En binnen 10 werkdagen na ontvangst van uw herbeoordelingsverzoek geven wij u een inhoudelijke reactie. Is er meer tijd nodig voor de herbeoordeling van uw klacht? Dan ontvangt u hierover van ons bericht.

### 18.4 Voldoet onze herbeoordeling niet aan uw verwachtingen?

Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ): SKGZ, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Informatie over SKGZ vindt u op: [skgz.nl](http://skgz.nl). SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

### 18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

### 18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). De uitspraak van de NZa over zo'n klacht geldt als bindend advies.

### 18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing

Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ en/of de burgerlijk rechter? Op onze website vindt u de brochure 'Klachtenbehandeling'. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

## Artikel 19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

### 19.1 Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens

OZF is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. Deze gebruiken wij binnen Achmea B.V.:

- Om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren.
- Om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea B.V. behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden.
- Om producten en diensten te verbeteren.
- Om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen.
- Om risico's in te schatten.
- Voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse.
- Voor relatiebeheer.
- Om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en volgens daaruit voortvloeiende wet- en regelgeving. Bovengenoemde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

### 19.2 Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten

Wilt u geen informatie over onze producten en/of diensten? Of wilt u uw toestemming intrekken voor het gebruik van uw e-mailadres? Dan kunt u dit schriftelijk aan ons melden:

Zorgverzekeraar OZF, Afdeling WBP, Postbus 94, 7550 AB Hengelo.

### 19.3 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op [stichtingcis.nl](http://stichtingcis.nl).

### 19.4 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis, Centraal Administratie Kantoor en/of Zorginstituut Nederland) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt uw gegevens niet.

### 19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer (BSN)

Wij zijn wettelijk verplicht uw BSN in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN als wij communiceren met deze partijen.

### 19.6 Meer informatie over uw rechten en het gebruik van uw gegevens door Achmea?

U vindt meer informatie in ons Privacy Statement op onze website. U neemt hier kennis van de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en uw rechten.

# Algemene voorwaarden

## Aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen

De Algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering zijn ook van toepassing op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Uitzonderingen hierop zijn: Artikel 1.1 - Waarop is uw verzekering gebaseerd, de 1<sup>e</sup> 3 punten. Artikel 4.3 - niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen. Deze artikelen uit de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis, een naturapolis, zijn dus niet van toepassing op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Daarnaast is er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

### Artikel 1 Hoe sluit u de aanvullende (tandheelkundige) verzekering af?

#### 1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende (tandheelkundige) verzekering aanvragen. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt het aanvraagformulier ook via onze website invullen. Wij gaan een aanvullende (tandheelkundige) verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1, op bladzijde 47 van deze Algemene voorwaarden.

#### 1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende (tandheelkundige) verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag, als:

- U (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten.
- U zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis.
- Uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft.
- U op het moment dat u zich aanmeldt al zorg heeft of zorg te verwachten is die wij vergoeden vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.
- U geen zorgverzekering heeft afgesloten en het Centraal Administratie Kantoor u een bestuurlijke boete heeft opgelegd. Tijdens de 12 maanden dat u ambtshalve verzekerd bent, kunt u geen aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen bij ons afsluiten.

#### 1.3 Meeverzekerde kinderen jonger dan 18 jaar

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? En zijn ze jonger dan 18 jaar? Dan kunt u een aanvullende (tandheelkundige) verzekering voor uw kinderen afsluiten als u of uw meeverzekerde partner zelf ook een aanvullende (tandheelkundige) verzekering bij ons heeft. Voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekering voor kinderen jonger dan 18 jaar betaalt u geen premie. Het is niet mogelijk om voor uw kinderen een aanvullende (tandheelkundige) verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan de aanvullende (tandheelkundige) verzekering van u of uw meeverzekerde partner.

### Artikel 2 Wat verzekert de aanvullende (tandheelkundige) verzekering?

#### 2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van kosten vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering, mits u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende (tandheelkundige) verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat en dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven.

**Let op!** Het kan zijn dat wij vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen de kosten alleen vergoeden als u naar een gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we bij een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling een lager bedrag vergoeden. Dit leest u dan ook in het artikel.

#### 2.2 Vergoeding van zorg bij verblijf in het buitenland

Ontvangt u in het buitenland medische zorg? Dan gelden voor de vergoeding van deze zorg bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen 8 en 9 onder Vergoedingen aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel 15 van de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis van toepassing op zorg in het buitenland.

**Let op!** Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is. Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 9 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

#### 2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons geen recht op vergoedingen vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering die via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende (tandheelkundige) verzekering vallen. Vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- Vanuit de basisverzekering verstrekte lagere vergoedingen omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg.
- Kosten die met het (verplicht en/of vrijwillig) eigen risico van de basisverzekering zijn verrekend. Dat geldt niet voor het verplicht eigen risico als u gekozen heeft voor gespreide betaling ervan.
- Wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende (tandheelkundige) verzekering.