



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Centrale Ziektekostenverzekering NZV N.V. te Tilburg
Zaak : Mondzorg, implantaten, bijzondere tandheelkunde, kronen, ziekte van Lyme (Lyme borreliose), ontvankelijkheid
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2011 en 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011 en 2014
Zaaknummer : 201800773
Zittingsdatum : 4 maart 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

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

Centrale Ziektekostenverzekering NZV N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de
ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 11 april 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
 - 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 21 augustus 2019 aan verzoeker gezonden.
 - 2.3. Bij brief van 16 september 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019042889) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 20 september 2019 aan partijen gestuurd.
 - 2.4. Verzoeker heeft op 21 en 24 februari 2020 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Afschriften hiervan zijn op 24 februari 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
 - 2.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 maart 2020 gehoord.
 - 2.6. Verzoeker heeft op 6 en 9 maart 2020 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Op 12 maart 2020 heeft de commissie aan verzoeker meegedeeld dat de betreffende stukken te laat zijn ingediend. Daarom worden deze in de procedure buiten beschouwing gelaten.
 - 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 12 maart 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 19 maart 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een kopie van het definitieve advies is op 3 april 2020 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoeker heeft op 12 april 2020 gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid. Een afschrift van deze reactie is op 23 april 2020 ter kennisneming aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
3. Vaststaande feiten
- 3.1. Verzoeker was in 2011 en 2014 bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Delta Lloyd Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Verzoeker heeft op 11 februari 2015 bij de ziektekostenverzekeraar een machtiging voor tandheelkundige zorg aangevraagd. Hij heeft hierbij verwezen naar de nota's die hij in september en december 2014 ter declaratie had ingediend.
- 3.3. De behandelend tandarts heeft bij brief van 10 februari 2015 over verzoeker verklaard: *"De patiënt is al sinds 1994 onder behandeling voor zijn parodontale problemen. Na intra-oraal en röntgenologisch onderzoek is gebleken dat zijn elementen door deze parodontale problemen los zijn gaan zitten, de beste oplossing is om implantaten te plaatsten met daarop kronen ipv deze elementen. Gezien het beroep van meneer, oogarts, lijkt mij dit zeker de beste oplossing."*
- 3.4. De rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 februari 2015 aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.5. Verzoeker heeft de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 11 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.6. Verzoeker heeft begin 2018 aanvullende informatie aan de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar gezonden. De behandelend tandarts heeft bij brief van 24 januari 2018 over verzoeker verklaard: *"In 2014 zijn er bij [naam verzoeker], geboren: [geboortedatum], versneld frontelementen van het ondergebit losgeraakt. Met deze patiënt is toen besproken dat we t.p.v. de frontelementen een brug op implantaten zouden vervaardigen en wat we vervolgens ook zo hebben gedaan. [Naam verzoeker] is zelf - ook opererend - oogarts en inmiddels is nu ook gebleken dat in de periode 2010-2011 de ziekte van Lyme bij hem is gediagnosticeerd en waar nu achteraf de relatie met mondproblemen - zoals gingivitis - is gelegd. Volgens verschenen publicaties en onderzoeken over de ziekte van Lyme, is het zeer wel mogelijk, dat er door deze ziekte een versnelde parodontale afbraak op kan treden en dat daarvan hier ook sprake is geweest. Graag uw extra aandacht hiervoor bij uw (her-)beoordeling van de door mij gestelde indicatie en vanwege de bestaande situatie destijds met grote spoed uitgevoerde ingrepen."*
- 3.7. De rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 maart 2018 aan verzoeker meegedeeld dat deze informatie geen aanleiding geeft tot een andere beslissing. De tandheelkundig adviseur van de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar heeft in de heroverweging van 15 maart 2018 verklaard: *"Er dient een oorzakelijk verband aangetoond te zijn tussen de medische problematiek en de tandheelkundige problematiek. Wij moeten dus kijken of er een duidelijk causaal verband vast te stellen is tussen de in 2010-2011 optredende ziekte van Lyme en de tandvleesproblematiek. Uit de aangeleverde behandelhistorie blijkt het volgende:*
- 1. Er bestaat sinds 1994 een in de tijd toenemend ernstige mate van parodontologische problematiek, waarbij het onderfront al geruime tijd voor 2010 gespalkt moest worden. Dat wil zeggen [dat] de situatie van de tanden ruim voor 2010 (en de indicatie van Lyme) helaas al erg zwak was.*
 - 2. Uit de ontvangen informatie volgt dat u de tandarts met ruime tussenpozen heeft bezocht. Van een duurzame tandheelkundige coaching en behandeling is geen sprake.*
 - 3. Uw mondhygiëne wordt sinds 1994 matig/slecht genoemd."*

- 3.8. Bij brief van 16 september 2019 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit de zorgverzekering betreft, af te wijzen. Verder heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat verzoeker een indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp. De implantaten en kronen komen derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering"

- 3.9. Een kaakchirurg van het Erasmus MC heeft op 17 januari 2020 het volgende over verzoeker verklaard:

"Op verzoek van patiënt sturen wij u deze brief.

Bovengenoemde patiënt werd op 27-12-2019 gezien op de poli Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van het Erasmus Medisch Centrum.

Patiënt geeft aan de vraag beantwoord te willen hebben of zijn gebit in 1994 terecht als verloren werd beschouwd. Deze vraag komt voort uit een verzekeringskwestie.

Als wij het X-OPT d.d 19-3-2003 (opname uit B ziekenhuis) vergelijken met de XOPT d.d.

27-12-2019 alhier vervaardigd zien wij implantologische rehabilitatie en stabiel parodontaal botverlies.

Het gebit kon destijds of kan nu dus niet als verloren worden beschouwd."

- 3.10. Het Zorginstituut heeft op 19 maart 2020 zijn definitieve advies uitgebracht. Dit luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die Zorginstituut Nederland aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies hierbij als definitief beschouwen.

Het Zorginstituut merkt naar aanleiding van de aanvullende stukken het volgende op. De kern van het geschil ziet op de vraag of sprake is van een causaal verband tussen de aandoening van verzoeker (Lyme borreliosis) en verlies van de gebitselementen. In het voorlopig advies is geconcludeerd dat er geen wetenschappelijk bewijs bestaat voor dit verband. Verzoeker heeft daarom geen indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. De aanvullende stukken bevatten geen nieuwe informatie met betrekking tot het causale verband. De aanvullende stukken hebben betrekking op het maatmanbeginsel, ofwel de vraag in hoeverre de orale conditie van verzoeker al verzwakt was voordat een eventuele indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp ontstond. Omdat geen sprake is van een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp wordt niet toegekommen aan de beoordeling van het maatmanbeginsel."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar moet erkennen dat hij voldoende inspanningen heeft geleverd om een goed gesaneerd gebit te behouden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar moet erkennen dat de bij hem aanwezige parodontale problematiek vooral is te wijten aan medische factoren, zoals de gediagnosticeerde Lyme borreliosis en de veelvuldig gebruikte antibiotica;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar moet erkennen dat de betreffende tandheelkundige elementen in 2014 verloren zijn gegaan door chronische parodontitis, mogelijk in samenhang met Lyme borreliosis;
- (iv) dat het noodzakelijk was de betreffende elementen te extraheren en dat dit met spoed diende te gebeuren;
- (v) dat het noodzakelijk was dat bij hem implantaten werden aangebracht en dat hierop kronen moesten worden geplaatst;

(vi) dat de ziektekostenverzekeraar hem alsnog alle kosten van de in 2011 en 2014 genoten mondzorg moet vergoeden.

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 de artikelen A.25 (2011) en A.22 (2014) van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

Ontvankelijkheid

6.2. Verzoeker heeft in zijn brief aan de commissie van 11 april 2019 voor het eerst kenbaar gemaakt dat hij het niet eens is met het niet vergoeden van de tandheelkundige zorg die in 2011 door hem is genoten. De betreffende beslissing is gedateerd op 8 februari 2012. Uit het dossier is niet gebleken dat verzoeker op een eerder moment de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar om een heroverweging van deze beslissing heeft verzocht, hetgeen door de ziektekostenverzekeraar desgevraagd is bevestigd. Ter zitting heeft ook verzoeker verklaard dat hij destijds op dit punt geen stappen heeft ondernomen. Op grond van artikel 6, derde lid, van het Reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen moet een geschil worden voorgelegd binnen één jaar ná het handelen of nalaten dat tot het geschil aanleiding heeft gegeven. Het verzoek is daarom ten aanzien van voornoemde beslissing te laat ingediend. Dit onderdeel van het verzoek is daarom niet-ontvankelijk. Anders is dit voor zover het verzoek betrekking heeft op de in 2014 gemaakte kosten. De commissie gaat hier in het vervolg op in.

Zorgverzekering

6.3. Bij verzoeker is in 2010 de ziekte van Lyme vastgesteld. Hij stelt dat hij als gevolg hiervan al jaren last heeft van tandheelkundige problemen in de vorm van parodontitis. Daarnaast spelen bij hem andere omstandigheden die tot gebitsproblemen hebben geleid. Hierdoor heeft hij enkele tandheelkundige elementen verloren. Dit verband wordt in de wetenschappelijke literatuur onderschreven. De verloren gegane elementen zijn reeds vervangen door implantaten en kronen/bruggen. Verzoeker benadrukt dat destijds sprake was van een spoedsituatie. De ziektekostenverzekeraar stelt volgens verzoeker ten onrechte dat de klachten worden veroorzaakt door een onvoldoende mondhygiëne of gebrekkige tandheelkundige zorg. Op een enkel jaar na heeft verzoeker vanaf 1988 jaarlijks de tandarts bezocht. En in de brief van de kaakchirurg van 17 januari 2020 wordt bevestigd dat het gebit van verzoeker in 1994 niet als verloren moest worden beschouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft zich bij de beoordeling beperkt tot de gebits situatie in de jaren 2011-2014 en heeft de situatie daarvoor en daarna ten onrechte buiten beschouwing gelaten, aldus verzoeker.

6.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de aangevraagde tandheelkundige behandeling ten laste van de zorgverzekering. Er is geen sprake van een ernstige aandoening zoals bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden. Uit het dossier van verzoeker blijkt dat de betreffende elementen verloren zijn gegaan als gevolg van paradontale problematiek.

Er dient een oorzakelijk verband te zijn aangetoond tussen de medische en de tandheelkundige problematiek, in dit geval tussen de in 2010-2011 optredende ziekte van Lyme en de tandvleesproblematiek. Volgens de ziektekostenverzekeraar blijkt uit de aangeleverde behandelhistorie dat er sinds 1994 een in de tijd toenemend ernstige mate van parodontologische problematiek bestaat, waarbij het onderfront al geruime tijd vóór 2010 moest worden gespalkt. De tandheelkundige situatie was dus ruim vóór 2010 (en de indicatie van Lyme) al erg zwak. Daarnaast blijkt uit de ontvangen informatie dat verzoeker de tandarts met ruime tussenpozen heeft bezocht. Van een duurzame tandheelkundige coaching en behandeling is daarom geen sprake. Ook wordt de mondhygiëne van verzoeker sinds 1994 matig/slecht genoemd.

De ziektekostenverzekeraar bestrijdt niet dat in de literatuur wordt gesproken over een mogelijk verband tussen de ziekte van Lyme en gingivitis. Hij blijft echter bij zijn conclusie dat de dentitie al als verloren was te beschouwen zestien jaar vóór de diagnose Lyme. Er is dus geen oorzakelijk verband aangetoond tussen de ziekte van Lyme en het verloren gaan van de onderstanden. Ook de aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige kosten, aldus de ziektekostenverzekeraar.

- 6.5. De commissie overweegt dat op grond van artikel B.20 van de zorgverzekering aanspraak bestaat op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeiestoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel, waarbij de tandheelkundige zorg noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet had voorgedaan. Gelet op de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan artikel B.20 van de zorgverzekering, dient hierbij met name te worden gedacht aan schisispatiënten, oligodontiepatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. De commissie overweegt dat bij verzoeker geen van de hiervoor genoemde indicaties dan wel een indicatie die in ernst hiermee vergelijkbaar is aan de orde is.
- 6.6. Voorts bestaat op grond van artikel B.20 van de zorgverzekering aanspraak op bijzondere tandheelkunde in geval van een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat bij hem de ziekte van Lyme is vastgesteld, en dat dit de oorzaak is van zijn tandheelkundige problemen. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 16 september 2019 geconcludeerd dat van een oorzakelijk verband tussen de ziekte van Lyme en de tandheelkundige problemen van verzoeker niet is gebleken. De commissie neemt dit advies over.
- 6.7. Verder bestaat op grond van artikel B.20 van de zorgverzekering aanspraak op bijzondere tandheelkunde indien betrokkene een medische behandeling moet ondergaan die zonder de tandheelkundige behandeling aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. De commissie stelt vast dat deze situatie niet bij verzoeker aan de orde is. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de behandeling ten laste van de zorgverzekering. De tandheelkundige noodzaak van de verrichte behandelingen staat hierbij niet ter discussie. Dit leidt evenwel niet tot een vergoeding ten laste van de zorgverzekering, aangezien alleen aanspraak bestaat op bijzondere tandheelkunde indien is voldaan aan voornoemde indicatievereisten.
- 6.8. Aangezien hiervoor is vastgesteld dat verzoeker geen verzekeringsindicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde, blijft de beoordeling van het zogenoemde maatmanbeginsel achterwege. Wellicht ten overvloede merkt de commissie op dat verzoeker de stelling van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de situatie van zijn gebit in 1994 voldoende heeft weersproken. Dit leidt evenwel niet tot een ander oordeel.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 6 mei 2020,



mr. L. Ritzema



Besluit zorgverzekering

Geldig van 26-06-2019 t/m heden

Artikel 2.7

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

periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;

- b.** incidenteel tandheelkundig consult;
 - c.** het verwijderen van tandsteen;
 - d.** fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e.** sealing;
 - f.** parodontale hulp;
 - g.** anesthesie;
 - h.** endodontische hulp;
 - i.** restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j.** gnathologische hulp;
 - k.** uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l.** chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - m.** röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
- 5** Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a.** chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b.** uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.

6

Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Geldig van 26-06-2019 t/m heden

Artikel 2.1

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

declareren de individuele (deelnemende) zorgaanbieders.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een huisarts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt geleverd op de locatie waar een zorgaanbieder werkzaam is, op uw woonadres of op een andere geschikte locatie die u met de zorgaanbieder afspreekt.

B.11.2. Dieetadvisering in overige gevallen

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat dieetadvisering zoals diëtisten die plegen te bieden op het gebied van voeding en eetgewoonten. Dit bestaat uit voorlichting en advisering zonder dat sprake is van een of meer chronische indicaties die zijn genoemd in artikel B.11.1. U hebt recht op maximaal 3 behandelingen per jaar.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U hebt geen recht op vergoeding van dieetadvisering als u op grond van artikel B.11.1. al dieetadvisering ontvangt van een door ons gecontracteerde zorggroep.

Voorwaarden

Algemeen

Er moet een medische noodzaak zijn voor de dieetadvisering.

Zorgaanbieder

Een diëtist verleent de zorg.

Verwijzing

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

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgaanbieder naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats:

- in de praktijk van de behandelend diëtist of
- op de afdeling dieetadvisering van een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen waar dieetadvisering wordt geleverd aan patiënten zonder dat sprake is van een opname of
- bij u thuis als dat medisch noodzakelijk is.

B.12. Mondzorg voor alle leeftijden

Kijk op uw polisblad of u recht hebt op zorg (u hebt een zorgverzekering "natura", "natura direct" of "natura select") of op een vergoeding van zorg (u hebt een zorgverzekering "restitutie"); zie ook artikel A.2.5.

B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen.

Zorg: waar hebt u recht op?

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

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

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

Voorbeeld:

Het kan gaan om mensen met de volgende aandoeningen:

- hartaandoeningen;
- diabetes mellitus;
- lichen planus (huidaandoening in de mond);
- multipale sclerose;
- longontsteking.

Het kan ook gaan om mensen die behandeld worden met de volgende therapieën:

- radiotherapie in het hoofd-halsgebied;
- chemotherapie;
- intraveneuze bisfosfonaten (geneesmiddelen die in de aderen worden gespoten om de af-

- braak van botweefsel tegen te gaan);
- calciumantagonisten (middel dat kan worden gebruikt bij bepaalde hartklachten);
- difantoïne-achtige preparaten (middelen die gebruikt kunnen worden bij o.a. epilepsie).

Verder kan het ontstekingsvrij maken van de mond nodig zijn:

- bij oncologische patiënten bij wie de algemene weerstand gevaar loopt;
- bij parodontitis (ernstige tandvleesontsteking) als complicatie van een immuun-, bloed- of stofwisselingsziekte;
- in het kader van preventie van systematische complicaties bij endocarditis (ontsteking van de binnenwand van het hart), hartklepaandoeningen, stamceltransplantatie, nierfalen en orgaantransplantatie.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Als u 18 jaar of ouder bent en u krijgt mondzorg terwijl bij u niet één van de hiervoor genoemde indicaties is gesteld, dan wordt deze mondzorg niet onder artikel B.12.1. vergoed.
- Kijk voor de voorwaarden achter artikel B.12.3.

B.12.2. Tandheelkundige implantaten

Zorg: waar hebt u recht op?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem):

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop de uitneembare prothese vastgemaakt kan worden; en
- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Er geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaak voor de volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden achter artikel B.12.3.

B.12.3. Orthodontie

Zorg: waar hebt u recht op?

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

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

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

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

Algemeen

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

Zorgaanbieder

- De zorg onder B.12.1. wordt verleend door een tandarts, mondhygienist, kaakchirurg, orthodontist of een bevoegde mondzorgaanbieder die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
- De zorg onder B.12.2. wordt verleend door een tandarts, kaakchirurg of een bevoegde mondzorgaanbieder die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.);
- De zorg onder B.12.3. wordt verleend door een geregistreerd orthodontist;
- Als sprake is van een tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie of lachgas-sedatie wordt deze verleend:
 - in een door COBIJT (Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde) erkend Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - door een zorgaanbieder waarmee wij voor deze behandeling schriftelijke afspraken hebben gemaakt.

Verwijzing

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

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen voor de zorg onder B.12.1.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2014

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Huidtherapieën		
Acnebehandeling	maximaal € 200,- per jaar	D.10.3.
Camouflagetherapie	maximaal € 150,- per jaar	D.10.4.
Ontharing	maximaal € 1.000,- per jaar	D.10.2.
UV-B lichtapparatuur	maximaal € 1.000,- per jaar	D.10.1.
Hulpmiddelenzorg		
Eigen bijdragen hulpmiddelenzorg	maximaal € 1.000,- per jaar van het bedrag dat u volgens de basisverzekering zelf moet betalen	D.4.1.
Anticonceptie hulpmiddelen	zie onder "Geneesmiddelen"	
Epilepsie alarmering	100%	D.4.20.
Gezichtshulpmiddelen en gezichtsscherpthebehandelingen samen:	maximaal € 100,- per 2 jaar	
- Gezichtshulpmiddelen (brillenglazen, contactlenzen en/of monturen)		D.4.7.
- Gezichtsscherpthebehandelingen (ooglaseren)		D.1.4.
Hoofdbedekking anders dan een pruik	maximaal € 75,- per jaar	D.4.4.b.
Persoonsalarmering	maximaal € 200,- per jaar voor huur of koop	D.4.16.
Plaswekker:		D.4.6.
- bij koop voor verzekerden van 7 tot 18 jaar	100%	D.4.6.a.
- bij huur voor verzekerden van 7 tot 18 jaar	maximaal 90 aaneengesloten dagen	D.4.6.b.
Braces en bandages	maximaal € 150,- per jaar	D.4.18.
Redressiehelm	100%	D.4.21.
Steunzolen en/of hulpmiddelen voetzorg	maximaal € 150,- per jaar	D.4.8. en D.4.9.
Thuisbewakingsmonitor	100% maximaal 12 maanden, vergoeding in bruikleen	D.4.10.
Kuurbehandeling		
Kuurbehandeling	maximaal € 1.000,- per jaar	D.9.
Medisch specialistische zorg		
Besnijdenis medisch noodzakelijk	100%	D.1.5.a.
Besnijdenis op andere gronden	maximaal € 150,-	D.1.5.b.
Vervangen van borstprothese	100%	D.1.9.
Correctie van bovenoogleden bij ernstige gezichtsveldbeperking (tenminste 50% van de pupil is bedekt)	100% als u van ons toestemming hebt gekregen	D.1.6.2.
Correctie van de oorstand (flaporen)	100%	D.1.3.
Gezichtsscherpthebehandelingen (ooglaseren)	zie onder "Hulpmiddelenzorg"	
Behandeling tegen snurken	100%	D.1.8.
Sterilisatie	man: maximaal € 400,- vrouw: maximaal € 1.250,-	D.1.1.
Ongedaan maken van sterilisatie	100%	D.1.2.
Mondzorg		
Volledige boven- en/of onderprothese voor codes die beginnen met "P" of "J"	maximaal € 200,- per jaar van het bedrag dat u volgens de basisverzekering zelf moet betalen voor verzekerden vanaf 18 jaar	D.8.3.b.
Kronen, bruggen en inlays (codes die beginnen met "R")	maximaal € 500,- per jaar voor verzekerden tot 18 jaar	D.8.2.
Orthodontie (gebitsregulatie):		D.8.1. en D.8.5.

ting zorginstelling of ziekenhuis waar ze zorg leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is om een behandeling bij u thuis te laten plaatsvinden, is dit mogelijk.

B.17.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.18. LOGOPEDIE

B.18.1. Omschrijving van de zorg

Logopedie betreft zorg die logopedisten plegen te bieden met een geneeskundig doel die verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen als gevolg heeft.

B.18.2. Voorwaarden

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch specialist.

Zorgverlener

Een logopedist verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend logopedist, bij u thuis of op de afdeling logopedie van een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze logopedie leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname.

B.18.3. Uitsluitingen

Behandeling met een onderwijskundig doel vergoeden wij niet. Ook behandelingen van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid vergoeden wij niet. De voorwaarden die gelden voor dyslexiezorg staan in artikel B.28.

B.18.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.19. DIEETADVISERING

B.19.1. Omschrijving van de zorg

Dieetadvisering omvat voorlichting en advisering voor maximaal vier behandeluren per jaar en is zorg zoals diëtisten die plegen te bieden op het gebied van voeding en eetgewoonten.

B.19.2. Voorwaarden

Algemeen

Er moet een medische noodzaak zijn voor de dieetadvisering.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend diëtist, bij u thuis of op de afdeling voedingsvoorlichting van een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze voedingsvoorlichting leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is om een behandeling bij u thuis te laten plaatsvinden, is dit mogelijk.

B.19.3. Uitsluitingen

De volgende middelen (ook al worden deze door de diëtist voorgeschreven) vergoeden wij niet:

- a. voedingsmiddelen;
- b. dieetpreparaten. Zie daarvoor artikel 23.5.

B.19.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Zie artikel A.21.

B.20. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN

B.20.1. Omschrijving van de zorg

Het gaat om zorg die tandartsen plegen te bieden.

Deze mondzorg bestaat uit:

- a. mondzorg in bijzondere gevallen. Deze mondzorg is noodzakelijk omdat:
 - u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei-
stoornis of verworven afwijking van het
tand-kaak-mondstelsel hebt;
 - u een niet-tandheelkundige lichamelijke of
geestelijke aandoening hebt;
 - u een medische behandeling krijgt die zon-
der tandheelkundige zorg aantoonbaar on-
voldoende resultaat heeft.

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

- b. het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het plaatsen van het vaste gedeelte

van de suprastructuur als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop de uitneembare prothese vastgemaakt kan worden. Deze vorm van mondzorg kan plaatsvinden als u in aanmerking komt voor de mondzorg onder a.

c. orthodontie als u:

- voldoet aan de eisen van artikel B.20.1.a.; en
- last hebt van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde nodig is.

B.20.2. Voorwaarden

Algemeen

- Als bij een gecombineerde behandeling prothetische nabehandeling noodzakelijk is, moet een tandarts/prothetist dat deel van het behandelplan opstellen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.
- Bij de aanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan. Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken als:
 - de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
 - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.
- Hebt u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt en vraagt u ons zorgadvies en akkoordverklaring voor het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het vaste gedeelte van de suprastructuur, waarbij de uitneembare gebitsprothese op de kaak moet worden vast gemaakt? Dan moet bij de zorgaanvraag een schriftelijk onderbouwd behandelplan en een kostenbegroting zitten.
- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als sprake is van medisch specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Verwijzing

De tandarts verwijst als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten.

Zorgverlener

- Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist of een bevoegde zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) verleent de zorg.
- Als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt en ons zorgadvies en akkoordverklaring vraagt voor het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het vaste gedeelte van de suprastructuur, waarbij de uitneembare gebitsprothese op de kaak moet worden vast gemaakt, kan de zorg niet worden verleend door een orthodontist.

Plaats

- De zorg vindt plaats in de instelling voor medisch specialistische zorg, tandartspraktijk, centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of op de plaats waar u verblijft (dat wil zeggen op een andere plaats dan waar de behandelaar zijn praktijk heeft);
- Krijgt u de zorg op de plaats waar u verblijft (dus niet op de plaats waar de behandelaar zijn praktijk heeft), dan is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist nodig;
- Als het om orthodontische zorg gaat, kan de zorg niet verleend worden in een instelling voor medisch specialistische zorg. De orthodontische zorg kan naast de andere genoemde plaatsen ook verleend worden in de praktijk van de orthodontist.

B.20.3. Uitsluitingen

B.20.3.1.

Er geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaak voor de volledige gebitsprothese als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

B.20.3.2.

Voor onderstaande behandelingen geldt een bedrag dat gelijk is aan het verschil tussen het tarief dat de zorgverlener in rekening mag brengen voor de mondzorg in een bijzonder geval en het tarief dat zou gelden als het niet om een bijzonder geval zou gaan. U moet hiervoor dus zelf het tarief betalen wat de zorgverlener maximaal in rekening mag brengen als het niet om mondzorg in een bijzonder geval zou gaan:

- preventief onderzoek;
- incidenteel consult;
- het trekken van tanden of kiezen (extractie);

- behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals bijvoorbeeld het tandvlees (parodontale zorg);
- behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- het in de oorspronkelijke staat brengen van gebitselementen met plastische materialen;
- uitneembare niet-volledige gebitsprothesen, bij:
 - een verzekerde van 18 jaar en ouder die:
 - een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft en;
 - het gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder aandoening zou hebben gehad; of
 - een extreem angstige verzekerde die:
 - een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en;
 - het gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder aandoening zou hebben gehad.

B.20.4. Zorgverlener zonder overeenkomst Zie artikel A.21.

B.21. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR

B.21.1. Omschrijving van de zorg

Het gaat om zorg die tandartsen plegen te bieden. Deze mondzorg bestaat naast de zorg die beschreven staat in artikel B.20. uit:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, zonodig vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. het aanbrengen van fluoride vanaf zes jaar maximaal twee keer per jaar of vaker, als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- c. het incidenteel tandheelkundig consult;
- d. het verwijderen van tandsteen;
- e. het aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealing);
- f. behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals bijvoorbeeld het tandvlees (parodontale hulp);
- g. verdoving (anesthesie);
- h. behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- i. het in de oorspronkelijke staat brengen van tanden of kiezen met plastische materialen;
- j. behandeling van het kaakgewricht (gnathologi-

- sche zorg);
- k. uitneembare gebitsprothesen;
- l. het vervangen van tanden met niet-plastische materialen en het plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd, of die u mist als direct gevolg van een ongeval, te vervangen;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg;
- n. röntgenonderzoek.

B.21.2. Voorwaarden

Algemeen

U bent jonger dan 18 jaar.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als het gaat om:

- het vervangen van tanden met niet-plastische materialen;
- het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden te vervangen die niet zijn aangelegd of die u mist als direct gevolg van een ongeval.

Bij de zorgaanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan. Wij kunnen deze toestemming intrekken als de mondzorg niet meer noodzakelijk is, u de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

U moet ook een akkoordverklaring van ons hebben voor de volgende zorg door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg:

- behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals bijvoorbeeld het tandvlees (parodontale zorg);
- het trekken van tanden of kiezen onder narcose;
- een kaakoperatie (osteotomie);
- het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.

Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Ook is onze akkoordverklaring nodig als u mondzorg krijgt in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Zorgverlener

Een tandarts, kaakchirurg of bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.), een dienst voor jeugdtandverzorging of een instelling voor medisch specialistische zorg verleent de zorg.

taal door een beëdigd vertaler verlangen. De kosten hiervan komen voor rekening van de consument.

2. Indien het in het Verzoek uiteengezette geschil reeds als klacht is behandeld door de Ombudsman, kan overlegging van de in het eerste lid bedoelde berichten en afschriften, voor zover reeds in het dossier van de Ombudsman aanwezig, achterwege blijven.
3. Het Verzoek moet bij de Geschillencommissie worden ingediend binnen één jaar na het handelen of nalaten dat tot het geschil aanleiding heeft gegeven, dan wel binnen één jaar nadat de consument redelijkerwijs op de hoogte had kunnen zijn van een zodanig handelen of nalaten. Het verzoek aan de ziektekostenverzekeraar het ingenomen standpunt te heroverwegen heeft geen opschortende werking ten aanzien van voornoemde termijnen. Is een zodanig verzoek gedaan en blijft een inhoudelijke reactie hierop van de ziektekostenverzekeraar uit, dan kan na ommekomst van een termijn van vier weken het Verzoek bij de Geschillencommissie worden ingediend, waarbij voornoemde termijnen onverkort van toepassing zijn. Is het in het Verzoek uiteengezette geschil eerst als klacht behandeld door de Ombudsman, dan worden voornoemde termijnen van één jaar bekort tot drie maanden, te rekenen vanaf de dag waarop de Ombudsman zijn bevindingen schriftelijk aan de consument kenbaar heeft gemaakt.

Voor de datering van het Verzoek is de datum van ontvangst door de Geschillencommissie bepalend.

4. Tijdens de procedure bij de Geschillencommissie kan de consument (de grondslag van) het Verzoek wijzigen en/of vermeerderen tot het moment waarop hem wordt verzocht kenbaar te maken of, en zo ja in welke vorm hij een hoorzitting wenst, tenzij de ziektekostenverzekeraar tegen de wijziging en/of vermeerdering bezwaar maakt. Daartoe kan de ziektekostenverzekeraar de Geschillencommissie met redenen omkleed vragen de wijziging en/of vermeerdering van (de grondslag van) het Verzoek niet toe te staan, en wel binnen veertien dagen nadat hij hiermee bekend is geworden althans bekend had kunnen zijn.

Artikel 7 Geschillencommissie onbevoegd, Verzoek niet ontvankelijk, Verzoek kennelijk ongegrond, belang te gering of Verzoek vexatoir

1. De consument wordt schriftelijk in kennis gesteld van de ontvangst van het door hem bij de Geschillencommissie ingediende Verzoek, waarbij de consument tevens in kennis wordt gesteld van het bepaalde in artikel 1, derde lid, tweede volzin.
2. De Geschillencommissie kan op dat moment tot de conclusie komen dat het in het Verzoek uiteengezette geschil zich niet leent voor verdere behandeling en terstond oordelen dat:
 - de Geschillencommissie niet bevoegd is tot kennisneming van het geschil;
 - het Verzoek niet-ontvankelijk is;
 - het Verzoek kennelijk ongegrond is;
 - het met het Verzoek gemoeide belang naar het oordeel van de Geschillencommissie te gering dan wel dat het Verzoek vexatoir is.

De consument en de ziektekostenverzekeraar worden binnen drie weken na ontvangst van het Verzoek schriftelijk van vorenstaand oordeel van de Geschillencommissie, onder vermelding van de reden, op de hoogte gebracht. De consument kan tegen de beslissing dat het Verzoek niet in behandeling