

Vergoedingen vanuit de basisverzekering voor (bijzondere) tandheelkundige behandelingen als kronen en implantaten.

Als u het syndroom van Sjögren heeft, kan het zijn dat uw gebit ondanks goede verzorging en behandeling achteruitgaat. Soms is het plaatsen van kronen en/of implantaten nodig om een goede functie van het gebit te behouden. Sjögrenpatiënten kunnen, als zij aan de voorwaarden voldoen, in aanmerking komen voor volledige vergoeding van kronen en/of implantaten vanuit de basisverzekering.

Er zijn twee mogelijkheden;

- A. Uw eigen tandarts vraagt een machtiging aan voor de vergoeding van kronen en/of implantaten bij uw ziektekostenverzekering op basis van art. 2.7 lid 1 en rekening houdend met art. 2.1 lid 3 van het Besluit Zorgverzekering. De adviserend tandarts van uw zorgverzekering beoordeelt of u in aanmerking komt voor volledige vergoeding.
- B. Ook kunt u zich laten doorverwijzen naar een SBT (Stichting Bijzondere Tandheelkunde) of een CBT (Centrum Bijzondere Tandheelkunde) door uw eigen tandarts, huisarts of specialist. Zij zijn specialisten op het gebied van mondproblemen. Zij stellen een behandelplan op en vragen een machtiging voor deze behandeling aan bij uw ziektekostenverzekering op basis van art. 2.7 lid 1 en rekening houdend met art. 2.1 lid 3 van het Besluit Zorgverzekering. Hiervoor geldt dezelfde procedure; de adviserende tandarts van uw zorgverzekering beoordeelt of u voor volledige vergoeding in aanmerking komt.

Zowel bij mogelijkheid A als ook B dient uw tandarts altijd een goed gemotiveerde aanvraag in te dienen en erbij te vermelden dat u gediagnosticeerd Sjögrenpatiënt bent. De zorgverzekeraars stellen meer eisen om eventueel in aanmerking te kunnen komen voor een vergoeding vanuit de basisverzekering. Daarom moeten in de aanvraag van de machtiging ook zoveel als mogelijk zijn bijgevoegd, het behandelplan, een raming van de kosten van de behandeling, één of meerdere gebitsfoto's, een be(om)schrijving van de droge mond (xerostomie) het tandheelkundig dossier en indien aanwezig een recent speekselonderzoek.

Indien een speekselonderzoek niet aanwezig is kan uw zorgverzekeraar u vragen een dergelijk onderzoek te laten uitvoeren.

Op de volgende site kunt u contact en adresgegevens vinden van alle 31 Centra voor Bijzondere Tandheelkunde:

<https://www.zorgkaartnederland.nl/centrum-voor-bijzondere-tandheelkunde>.

Voor de vergoedingen bij aanspraken op bijzondere tandheelkunde verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden van uw zorgverzekeraar. Ook kunt u daarvoor telefonisch contact opnemen met uw verzekeraar.

Bijzondere Tandheelkunde is een gespecialiseerde tandheelkundige kliniek voor de behandeling van bijzondere patiëntengroepen. De mondzorg is "bijzonder" doordat de moeilijkheidsgraad van de behandelingen dan wel de omstandigheden waaronder de zorg verleend moet worden zodanig zijn, dat specifieke deskundigheid, vaardigheden, faciliteiten en/of ondersteuning noodzakelijk zijn en deze hulp niet in een huispraktijk van een tandarts verleend kan worden. Het mag deze zorg alleen verlenen als u verwezen bent door uw huistandarts, huisarts, medisch specialist of psycholoog en als uw problematiek binnen de indicaties voor Bijzondere Tandheelkunde vallen. Meestal moet uw zorgverzekeraar vooraf toestemming geven voor behandeling bij het centrum. Dit bespreekt de tandarts met u.

Als de machtiging is verkregen kan de behandeling van start gaan.

Let op: Laat de behandeling nooit aanvangen alvorens de machtiging is verkregen. U loopt anders het risico zelf alsnog voor de uitgevoerde behandelingen te moeten betalen.

Indien u in aanmerking komt voor een vergoeding vanuit de basisverzekering is het jaarlijks eigen risico van €385,- (2019) hierop van toepassing.

De volledige tekst van het Besluit Zorgverzekering kunt u terugvinden op; <http://wetten.overheid.nl>, of direct naar de zoekvraag: Besluit zorgverzekering of Regeling zorgverzekering, waarna u artikelsgewijs naar de artikelen 2.1. 2.7 en 2.31 kunt scrollen.

Wij verzoeken u en uw tandarts de genoemde artikelen goed te bestuderen alvorens een aanvraag in te dienen.

Mocht het zijn dat de aanvraag in eerste instantie afgewezen wordt, dan kunt u gebruik maken van bezwaar- en/of klachtenprocedures. Deze procedures kunt u navragen bij uw eigen zorgverzekeraar. Ook is het mogelijk een klacht in te dienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), dit een onafhankelijke en onpartijdige organisatie voor problemen tussen consumenten en hun ziektekostenverzekeraar.

Alvorens u zich kunt wenden tot de SKGZ is het noodzakelijk dat u eerst bezwaar aantekent bij uw zorgverzekeraar tegen de genomen beslissing. Als de beslissing op uw bezwaar wederom negatief uitvalt, kunt u zich wenden tot het

SKGZ

Voor vergoeding van andere behandelingen als een vulling vernieuwen of andere tandheelkundige ingrepen, blijft een aanvullende tandartsverzekering noodzakelijk.

Heeft u nog verdere vragen over deze of andere vergoedingen of heeft u hulp of advies nodig bij het opstellen van een bezwaarschrift stuur dan een e mail aan zorgverzekeringen. Wij zullen u dan zo spoedig mogelijk antwoorden.

Maarsse, juni 2019.

Wetgeving:

Artikel 2.1 lid 3 en 2.7 lid 1 van het Besluit Zorgverzekering

Artikel 2.1 lid 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.

Artikel 2.7 lid 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.

§ 1.5. De eigen bijdragen

Artikel 2.31 Regeling Zorgverzekering

1. De eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in artikel 2.7 lid 1 van het besluit Zorgverzekering, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.
2. Indien de zorg, bedoeld in het eerste lid, een uitneembare volledige prothetische voorziening dan wel een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten betreft, bedraagt de eigen bijdrage € 125.

3. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7 vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit Zorgverzekering, vijftwintig procent van de kosten van die voorziening.