

Verzekeringsvoorwaarden

Aanvullende verzekering Tand Particulier

Verzekeringsvoorwaarden ingaande 1 januari 2004

Onderlinge Waarborgmaatschappij De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen U.A.

Ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 01051078

Inhoudsopgave

Artikel 1	Algemene bepalingen	2
Artikel 2	Omvang van de dekking Tand Gezond	4
Artikel 3	Omvang van de dekking Tand Extra	6

Voorzover hierbij niet van de verzekeringsvoorwaarden geldend voor de OptiePolis of Zekerpolis is afgeweken zijn deze voorwaarden onverkort van toepassing. Onderstaande voorwaarden zijn van kracht voor het sluiten van de aanvullende verzekering Tand Particulier. De aanvullende verzekering Tand Particulier kent 2 verzekeringsvormen, te weten Tand Gezond en Tand Extra.

Artikel 1 Algemene bepalingen

- 2
- 1.1 De aanvullende verzekeringen Tand Gezond en Tand Extra kunnen alleen worden gesloten indien alle daarvoor in aanmerking komende gezinsleden van 19 jaar of ouder verzekerd op één polis zich daarvoor aanmelden. Voor de Optie Compleet geldt dat personen van 27 jaar en ouder zich kunnen aanmelden. Een aanvullende verzekering Tand Gezond of Tand Extra kan alleen worden gesloten in combinatie met de OptiePolis of Zekerpolis. De aanvullende verzekeringen Tand Gezond en Tand Extra kunnen niet worden afgesloten in combinatie met de aanvullende klasseverzekering B4.
 - 1.2 De aanmelding voor een van de aanvullende verzekeringen Tand Gezond of Tand Extra dient te geschieden op het daarvoor bestemde en door verzekeraar verstrekte aanmeldingsformulier voor 'Verzekering Tandheelkundige Hulp'.
 - 1.3.1 Voor het sluiten van een aanvullende verzekering Tand Gezond geldt dat ex-ziekenfondsverzekerden die in bezit zijn van een geldige en originele preventiekaart de eenmalige mogelijkheid hebben te volstaan met het invullen van het aanmeldingsformulier zoals bedoeld onder 1.2 onder bijvoeging van die preventiekaart. Voorwaarde is dat de aanvraag voor de aanvullende verzekering Tand Gezond binnen 2 maanden na beëindiging van de ziekenfondsverzekering plaatsvindt, en de ingangsdatum gelijk is aan de ingangsdatum van de OptiePolis of de Zekerpolis. Dit recht vervalt indien men kiest voor het aanvragen van de aanvullende verzekering Tand Extra.
 - 1.3.2 Voor het sluiten van een aanvullende verzekering Tand Gezond anders dan onder artikel 1.3.1 of Tand Extra dient een tandheelkundige gezondheidsverklaring te worden ingevuld en te worden ondertekend door de tandarts. De aanvullende verzekering Tand Gezond of Tand Extra wordt van kracht de eerste van de maand volgend op die waarin verzekeraar het tandheelkundig risico heeft geaccepteerd voor de aangemelde personen.
 - 1.3.3 De Friesland-verzekerden met een OptiePolis of een Zekerpolis kunnen bij het bereiken van de 19-jarige leeftijd, respectievelijk 27-jarige leeftijd voorzover verzekerd via de Optie Compleet aansluitend en zonder tandheelkundige selectie toetreden tot de aanvullende verzekering Tand Gezond, voorzover binnen 2 maanden na het bereiken van de 19-jarige respectievelijk 27-jarige leeftijd daartoe een schriftelijk verzoek is ingediend.
 - 1.4 Vanaf datum ingang van de aanvullende verzekering Tand Gezond of Tand Extra is de premie bij vooruitbetaling verschuldigd voor alle aangemelde en geaccepteerde verzekerden. De premie dient op dezelfde wijze en in dezelfde termijn te worden voldaan als voor de Optie- resp. Zekerpolis.
 - 1.5 Er bestaat geen recht op vergoeding van kosten van behandeling waarvan de noodzaak reeds ten tijde van het afgeven van de tandheelkundige gezondheidsverklaring of het indienen van de preventiekaart aanwezig is.

- 1.6 Evenmin bestaat recht op vergoeding van kosten, indien de verzekerde niet meewerkt aan een tandheelkundige controle, die door of vanwege verzekeraar noodzakelijk wordt geacht.
- 1.7 De gezins eigen risico's van de OptiePolis of Zekerpolis zijn niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen Tand Gezond of Tand Extra.
- 1.8 De aanvullende verzekering Tand Gezond of Tand Extra eindigt op hetzelfde tijdstip als dat waarop de Optie- resp. Zekerpolis wordt beëindigd.
- 1.9 Wijziging van de aanvullende verzekering Tand Gezond in de aanvullende verzekering Tand Extra of omgekeerd is slechts mogelijk per 1 januari van enig jaar nadat verzekeraar het tandheelkundig risico heeft geaccepteerd.
- 1.10 De aanvullende verzekeringen Tand Gezond (artikel 2) en Tand Extra (artikel 2 en 3) geven recht op vergoeding van onderstaande kosten van behandeling, voorzover deze behandelingen tandheelkundig noodzakelijk zijn en worden verricht door een in Nederland gevestigde tandarts.

Artikel 2 Omvang van de dekking Tand Gezond *)

2.1 Anesthesie (A-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

2.2 Chirurgie (H-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

2.3 Consultatie en diagnostiek (C-codes)

Een vergoeding van 80% van maximaal één periodiek preventief onderzoek of consult per verzekerde per kalenderjaar. (codes C11;C12;C13; C85;C86;C87 of C80) De kosten van niet nagekomen afspraken, keuringsrapporten en techniekkosten worden niet vergoed.

2.4 Keuringsrapport

Aanmelding voor een van de aanvullende verzekeringen Tand Gezond of Tand Extra geschiedt door het invullen van een aanmeldingsformulier voor 'Verzekering van Tandheelkundige Hulp'. De kosten van het onderzoek, verbonden aan het bezoek aan de tandarts ter verkrijging van het tandheelkundig keuringsrapport, zullen worden vergoed na ontvangst van dit keuringsrapport en uitsluitend indien de verzekering wordt geaccepteerd door verzekeraar.

2.5 Parodontologie (T-codes)

Vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) tot een maximum van € 230,- per verzekerde per 7 kalenderjaren.

2.6 Preventie (M-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) exclusief techniek-, materiaal-, of laboratoriumkosten. Tevens worden de kosten van een mondbeschermer (code M60) niet vergoed.

Tevens worden op verwijzing door de tandarts de preventieve behandelingen door een vrijgevestigde mondhygiënist vergoed. De vergoeding zal niet meer bedragen dan de voor de tandarts-algemeen practicus geldende goedgekeurde CTG-tarieven.

2.7 Restauraties door middel van plastische materialen (V-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst). Tot dit onderdeel behoort eveneens de opbouw van plastisch materiaal (R31).

In de gezamenlijke kosten van restauraties van plastisch materiaal wordt, gerekend vanaf de datum van de eerste restauratie, per verzekerde per 12 maanden vergoeding verleend voor maximaal 5 restauraties.

2.8 Röntgendiagnostiek (X-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

De vergoeding bedraagt maximaal 2 röntgenfoto's per verzekerde per kalenderjaar.

Een othopantomogram komt slechts eenmaal per 7 kalenderjaren voor vergoeding in aanmerking (codes X21; X23; X24; X25).

2.9 Wortelkanaalbehandelingen (pulpabehandeling/endodontie) (E-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

*) De genoemde coderingen (in deze voorwaarden weergegeven in letters en/of cijfers) komen overeen met hetgeen de tandarts-algemeen practicus, op zijn nota of kostenbegroting vermeldt. Vermelding vindt plaats om een vergelijking met hetgeen verzekerd is te vergemakkelijken. Wijziging in de coderingen kan nooit tot meer of minder aanspraken op de verzekering leiden.

Artikel 3 Omvang van de dekking Tand Extra *)

Alle aanspraken zoals genoemd in de artikel 2, met uitzondering van de artikelen 2.3; 2.5 en 2.8, alsmede de volgende verrichtingen:

3.1 Consultatie en diagnostiek (C-codes)

Een vergoeding van 80% van maximaal twee periodieke preventieve onderzoeken of consulten per verzekerde per kalenderjaar (codes C11; C12; C13; C85; C86; C87 of C80). De kosten van niet nagekomen afspraken, keuringsrapporten en techniekkosten worden niet vergoed.

3.2 Initiële gnathologie (G-codes)

Een vergoeding van 80% van de volgende verrichtingen:

- eenvoudige beetbepaling (G10; G15; G16);
- gedocumenteerde verwijzing gnathologie (G03);
- instructie spieroefening (G61);
- relaxatie-, stabilisatie- of repositiesplint (inclusief techniekkosten) (G62; G63; G64; G69);
- uitgebreid functieonderzoek (G01).

3.3 Implantologie (I-codes)

Indien een door een ongeval verloren gegaan gebitselement prothetisch dient te worden vervangen, maar een conventionele brug of een etsbrug om tandheelkundige redenen niet geïndiceerd is, bestaat de mogelijkheid van vergoeding voor het plaatsen van een implantaat.

De vergoeding is eenmalig en bedraagt 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) tot een maximum van € 455,- tijdens de gehele verzekeringsduur.

Het plaatsen van implantaten die dienen tot steun van een overkappingprothese in een edentate kaak valt niet onder deze regeling.

3.4 Parodontologie (T-codes)

Vergoeding van 80% van alle dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst) tot een maximum van € 910,- per verzekerde per 7 kalenderjaren.

3.5 Prothetische uitneembare voorzieningen (P-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

Boven de vergoeding van het honorarium gelden voor techniekkosten de volgende vergoedingen:

- | | | |
|---|---------|-------|
| - partiële plaatprothese 1-4 elementen | € 95,- | (P10) |
| - partiële plaatprothese 5-13 elementen | € 140,- | (P15) |
| - bovenprothese | € 95,- | (P21) |
| - onderprothese | € 95,- | (P25) |
| - volledige prothese | € 140,- | (P30) |
| - frameprothese 1-4 elementen | € 190,- | (P34) |
| - frameprothese 5-13 elementen | € 230,- | (P35) |

Voor de kosten van een der bovengenoemde prothetische voorzieningen wordt per verzekerde per 7 kalenderjaren ten hoogste eenmaal vergoeding verleend.

3.6 Restauraties door middel van niet-plastische materialen (R-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

Boven de vergoeding van het honorarium geldt een vergoeding van techniekkosten van € 115,- voor de volgende verrichtingen:

- eenvlaks inlay (R11);
- tweevlaks inlay (inclusief noodvoorziening) (R12);
- drievlaks inlay (inclusief noodvoorziening) (R13);
- gegoten metalen kroon (inclusief noodkroon) (R20);
- gegoten metalen kroon met opgebakken porselein (inclusief noodvoorziening) partiële omslijping of schouderbevel preparatie
- gegoten metalen kroon met kunstharsvenster (R25);
- jacketkroon zonder schouderpreparatie (inclusief noodkroon) (R27);
- jacketkroon met schouderpreparatie (inclusief noodkroon) (R26);
- intra-coronaire brugverankering, per anker (R46);
- etsbrug met 1 dummy (R60);
- etsbrug met 1 dummy met bevestiging met preparatie (R61).

Als alternatief voor kronen en bruggen kan worden gekozen voor het plaatsen van implantaten. Deze worden vergoed tot hetzelfde maximum dat geldt voor het plaatsen van implantaten als gevolg van een ongeval (zie 3.2).

In de gezamenlijke kosten van inlays, kronen en bruggdelen wordt per verzekerde, gerekende vanaf de datum van plaatsing van het eerste element, per enige periode van 24 maanden vergoeding verleend van maximaal 4 elementen.

3.7 Röntgendiagnostiek (X-codes)

Een vergoeding van 80% van alle tot dit onderdeel behorende verrichtingen zoals genoemd in de Particuliere tarievenlijst tandheelkunde (UPT-lijst).

De vergoeding bedraagt maximaal 4 röntgenfoto's per verzekerde per kalenderjaar.

Een othopantomogram komt slechts eenmaal per 7 kalenderjaren voor vergoeding in aanmerking (codes X21; X23; X24; X25).

*) De genoemde coderingen (in deze voorwaarden weergegeven in letters en/of cijfers) komen overeen met hetgeen de tandarts-algemeen practicus, op zijn nota of kostenbegroting vermeldt. Vermelding vindt plaats om een vergelijking met hetgeen verzekerd is te vergemakkelijken. Wijziging in de coderingen kan nooit tot meer of minder aanspraken op de verzekering leiden.

