

TARIFAIRE VERZEKERINGSVOORWAARDEN PLAN TANDZORG

EDITIE 01.2016 | Plan 821

Deze Tarifaire Verzekeringsvoorwaarden (T.V.V.)

zijn opgesteld in uitvoering van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden (A.V.V.) medische kosten en dagelijkse vergoeding bij hospitalisatie.

1. Definities

- 1.1. Tandheelkundige:
De natuurlijke persoon die tegelijk:
 - beschikt over één van volgende bekwaamheden binnen de perken van de door de wettelijke diploma's en beroepstitels verleende prerogatieven:
 - houder van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts;
 - houder van de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de orthodontie;
 - houder van de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de parodontologie;
 - geneesheer-specialist in de stomatologie en mond-, kaak- en aangezichtschirurgie;
 - geneesheer, houder van het diploma van tandarts of licentiaat in de tandheelkunde;
 - geregistreerd is bij een Provinciale Geneeskundige Commissie;
 - beschikt over een RIZIV-erkenningsnummer en verstrekkingen mag attesteren vermeld in artikel 5 en 6 van de RIZIV-nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.
- 1.2. Ambulante verstrekking:
Een verstrekking aan een niet ter verpleging opgenomen verzekerde persoon en waarvoor de verpleeginstelling geen ligdag(en) kan aanrekenen.
Een verstrekking in het kader van een daghospitalisatie is niet gedekt door het plan Tandzorg.
- 1.3. Tandheelkundige behandeling:
Diagnose en behandeling van ziekten, malfuncties en traumata van de tanden en het parodontium. De tandheelkundige behandeling omvat conserverende, orthodontische, parodontale en prothetische behandelingen. Een tandheelkundige behandeling kan één of meerdere verstrekkingen omvatten.
 - 1.3.1. Orthodontische behandeling:
diagnose en behandeling van malocclusies en andere dento-faciale anomalieën.
 - 1.3.2. Parodontale behandeling:
diagnose en behandeling van ziekten van het parodontium. Het parodontium omvat de processus alveolaris, het ligamentum parodontalis, het cementum en de gingiva.
 - 1.3.3. Prothetische behandeling:
functionele rehabilitatie van het kauwproces door een vervanging van ontbrekende of beschadigde tanden door middel van een tandprothese.
 - 1.3.3.1. Tandprothese: kunstmatige vervanging van één of meerdere natuurlijke tanden.
 - 1.3.3.2. Uitneembare prothese: door de verzekerde persoon zelf uit de mond verwijderbare tandprothese.
 - 1.3.3.3. Vaste prothese: niet door de verzekerde persoon zelf uit de mond verwijderbare tandprothese.
Bijvoorbeeld kroon- en brugwerk, inlay en onlay.
 - 1.3.3.4. Tandimplantaat: prothetisch element aangebracht in de alveolaire kam met het oog op de fixatie van een vaste of uitneembare tandprothese.
- 1.4. Esthetische behandeling:
Tandheelkundige behandeling met een esthetisch karakter.
Voorbeelden van een esthetische behandeling: het bleken van de tanden (bleaching) of het aanbrengen van facetten (niet-limitatieve opsomming).
- 1.5. Ontbrekende tanden:
Tanden die afwezig zijn of tanden die volledig vervangen zijn door een uitneembare of vaste tandprothese. Een tand die het voorwerp is geweest van een wortelamputatie en een tand waarvan alleen nog tandwortels of tandwortelresten aanwezig zijn, worden ook beschouwd als ontbrekende tanden.
- 1.6. Kaak:
Mandibula (onderkaak) en maxilla (bovenkaak)

2. Verzekeringsplan (cf.art. 5 A.V.V.)

Het verzekeringsplan is het Plan Tandzorg. De verzekeraar vergoedt de werkelijk betaalde kosten van de gewaarborgde verstrekkingen overeenkomstig de voorwaarden bedongen in de T.V.V.

3. Verzekeringsgeval volgens het plan Tandzorg (cf. art. 6 A.V.V.)

- 3.1. Het verzekeringsgeval wordt gevormd door de tandheelkundige behandeling. Het verzekeringsgeval vangt aan met het instellen van de tandheelkundige behandeling en eindigt wanneer er geen noodzaak tot behandeling meer is.
- 3.2. Worden terugbetaald in het kader van een verzekeringsgeval, de verstrekkingen die:
 - 3.2.1. een diagnostisch en/of curatief karakter hebben;
 - 3.2.2. op therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn;
 - 3.2.3. medisch noodzakelijk zijn;
 - 3.2.4. verstrekt worden door een tandheelkundige;
 - 3.2.5. ambulant zijn;
 - 3.2.6. uitgevoerd worden tijdens de duur van het verzekeringsgeval.
- 3.3. Terugbetaling door de verzekeraar van de kosten van tandheelkundige behandelingen volgens volgende cumulatieve voorwaarden:
 - 3.3.1. de kosten van tandheelkundige behandelingen worden terugbetaald tegen 80% per verzekeringsgeval. Indien er door de verzekerde persoon gedurende het verzekeringsjaar voorafgaand aan de datum van de verstrekking geen raadpleging bij een tandheelkundige heeft plaatsgevonden, worden de kosten van tandheelkundige behandelingen van die verzekerde persoon terugbetaald tegen 50% per verzekeringsgeval.
 - 3.3.2. per verzekerde persoon en per verzekeringsjaar is het totaal van alle terugbetaalde kosten van verstrekkingen, uitgevoerd in datzelfde verzekeringsjaar, beperkt tot een bedrag van:
 - 3.3.2.1. € 1 048,66 voor het eerste verzekeringsjaar;
 - 3.3.2.2. € 2 097,31 voor het tweede verzekeringsjaar;
 - 3.3.2.3. € 3 670,29 voor het derde verzekeringsjaar;
 - 3.3.2.4. € 5 243,26 vanaf het vierde verzekeringsjaar.
 Bovendien wordt de terugbetaling van de kosten van orthodontische behandelingen beperkt tot een bedrag van € 1 048,66 per verzekerde persoon en per verzekeringsjaar met een maximumbedrag van € 5 243,26 per verzekerde persoon voor de volledige duur van de verzekeringsovereenkomst. De terugbetaling van de kosten van parodontale behandelingen wordt beperkt tot een bedrag van € 1 048,66 per verzekerde persoon en per verzekeringsjaar met een maximumbedrag van € 5 243,26 per verzekerde persoon voor de volledige duur van de verzekeringsovereenkomst. De terugbetaling van de kosten van orthodontische en parodontale behandelingen is begrepen in de bedragen vermeld in punt 3.3.2 van deze T.V.V.
- 3.4. Orthodontische behandeling:
Terugbetaling van de kosten van orthodontische behandelingen kan slechts gebeuren voor zover het behandelingsplan, opgesteld door een tandheelkundige, voorafgaandelijk aan de verzekeraar is voorgelegd en door de verzekeraar schriftelijk is goedgekeurd.
- 3.5. Parodontale behandeling:
Terugbetaling van de kosten van parodontale behandelingen kan slechts gebeuren voor zover het behandelingsplan, opgesteld door een tandheelkundige, voorafgaandelijk aan de verzekeraar is voorgelegd en door de verzekeraar schriftelijk is goedgekeurd.
- 3.6. Prothetische behandeling:
 - 3.6.1. Terugbetaling van de kosten van prothetische behandelingen (bijvoorbeeld tandimplantaten, kroon- en brugwerk, inlay, onlay) kan slechts gebeuren voor zover het behandelingsplan, opgesteld door een tandheelkundige, vooraf aan de verzekeraar is voorgelegd en door de verzekeraar schriftelijk is goedgekeurd.
 - 3.6.2. De verzekeraar vergoedt geen vaste prothesen (inclusief tandimplantaten) -noch solitair noch in het kader van brugwerk- voor tanden die ontbreken op het ogenblik van het afsluiten van de verzekeringsovereenkomst.
 - 3.6.3. In geval van een volledige vaste prothese komt de verzekeraar tussen voor maximaal 6 tandimplantaten per kaak.
 - 3.6.4. In geval van een volledige uitneembare prothese komt de verzekeraar tussen voor maximaal 4 tandimplantaten per kaak.
 - 3.6.5. De tussenkomst van de verzekeraar voor prothetische behandelingen is beperkt tot 14 tanden per kaak.
 - 3.6.6. De verzekeraar komt niet tussen voor prothetische behandelingen (inclusief tandimplantaten) van verstandskiezen.
- 3.7. Alvorens aanspraak te kunnen maken op een tussenkomst vanwege de verzekeraar, dient de verzekerde persoon eerst zijn/haar aanspraak te laten gelden op alle mogelijke tussenkomsten vanwege de verplichte ziektekostenverzekering en/of op alle mogelijke statutaire en/of welke andere tussenkomsten ook vanwege een ziekenfonds. De verzekeraar komt pas tussen na de tussenkomst van de verplichte ziektekostenverzekering en/of na de statutaire en/of welke andere tussenkomst ook van het ziekenfonds.

Indien er geen tussenkomst is vanwege de verplichte ziektekostenverzekering en/of geen statutaire en/of andere tussenkomst is vanwege het ziekenfonds, blijven de terugbetalingspercentages bepaald in punt 3.3 van deze T.V.V. behouden.

- 3.8. In geval de tussenkomst vanwege de verplichte ziektekostenverzekering of de statutaire of welke andere tussenkomsten ook vanwege het ziekenfonds onderworpen is aan een hernieuwingstermijn of een beperking van de frequentie van de verstrekking, dan geldt dezelfde hernieuwingstermijn of beperking van de frequentie van de verstrekking voor de tussenkomst van de verzekeraar.
- 3.9. De tussenkomst van de verzekeraar is beperkt tot de in de praktijk van de betrokken tandheeskundige gangbare tarieven. Indien bij herhaling wordt vastgesteld dat een tandheeskundige hogere tarieven aanrekent aan een verzekerde persoon dan de tarieven die gangbaar zijn in zijn/haar praktijk, kan de verzekeraar kenbaar maken geen tussenkomst meer te verlenen voor verstrekkingen uitgevoerd door deze tandheeskundige en dit zolang hij/zij deze hogere tarieven aanrekent.

4. Uitsluitingen van de verzekeringswaarborg **(in aanvulling op de uitsluitingen vermeld in art. 23 A.V.V.)**

De verzekeringswaarborg omvat niet de hierna genoemde verzekeringsgevallen, noch alle gevolgen ervan:

- 4.1. tandheeskundige behandelingen, uitgevoerd buiten de grenzen van België;
- 4.2. orthodontische behandelingen, uitgevoerd na de leeftijd van 40 jaar;
- 4.3. parodontale behandelingen, uitgevoerd na de leeftijd van 65 jaar;
- 4.4. esthetische behandelingen;
- 4.5. osteotomieën van boven- en onderkaak.

5. Wachtijd (cf. art. 11 A.V.V.)

De wachttijd bedraagt: 12 maanden voor parodontale behandelingen en 36 maanden voor orthodontische behandelingen. Orthodontische en parodontale behandelingen waarvan de uitvoering van het behandelingsplan is gestart tijdens of voorafgaand aan de wachttijd, zijn -ook na het verstrijken van de wachttijd- uitgesloten van de verzekeringswaarborg. Voor andere tandheeskundige behandelingen is er geen wachttijd. Indien de verzekeringswaarborg begint vanaf de geboortemaand van het kind, is er geen wachttijd.

6. Verzekerbearheid (cf. art. 16 en 17 A.V.V.)

Zijn verzekerbear volgens het plan Tandzorg de personen die tegelijk:

- 6.1. de leeftijd van 70 jaar niet bereikt hebben,
 - 6.2. hun woonplaats en hun vaste en gebruikelijke verblijfplaats in België hebben,
 - 6.3. onder de toepassing vallen van de Belgische verplichte ziektekostenverzekering en de Belgische ziekenfondsen,
 - 6.4. aanvaard zijn op basis van medische en verzekeringstechnische criteria.
- Indien op het ogenblik van de geboorte van een kind, minstens één van de ouders gedekt is door het plan Tandzorg, kan de desbetreffende ouder binnen de 60 dagen volgend op de geboortemaand zonder medische beoordeling dit plan voor het kind afsluiten door de verzekeraar hiervan schriftelijk op de hoogte te brengen en de premie voor het kind te betalen.
- De verzekeringswaarborg begint vanaf de geboortemaand van het kind.