

CM-Tandplan

Informatiedocument over CM-Tandplan → 2026

MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, verzekeringsonderneming met maatschappelijke zetel te Brussel, België. Toegelaten onder codenummer 150/01 om de tak 2 'ziekte' te beoefenen. Ondernemingsnummer 0851.601.503.

Dit informatiedocument geeft een beknopt overzicht van de belangrijkste kenmerken van CM-Tandplan. Het document is niet gepersonaliseerd en de informatie is niet volledig. Voor alle details en uw persoonlijke situatie gelden de verzekeringsaanvraag, de bijzondere voorwaarden en de algemene voorwaarden van CM-Tandplan te raadplegen op www.cm.be/cm-tandplan en op www.cm.be/verzekeringen-algemene-voorwaarden-2026.

Welke soort verzekering is dit?

CM-Tandplan is een facultatieve verzekering die voorziet in terugbetaling van kosten voor ambulante tandzorg.



Wat is verzekerd?

- **Preventieve tandzorg:** Het aangerekende remgeld en de bedragen betaald voor behandelingen zonder terugbetaling door de verplichte verzekering worden vergoed. Honorariumsupplementen worden in aanmerking genomen tot maximaal 50% van het tarief vastgesteld door het RIZIV.
- **Curatieve tandzorg:** Het aangerekende remgeld en de bedragen betaald voor behandelingen zonder terugbetaling door verplichte ziekteverzekering worden vergoed voor 80% bij preventief gedrag, anders tot maximaal 50%. Honorariumsupplementen worden in aanmerking genomen tot maximaal 50% van het RIZIV-tarief. Van dit bedrag wordt 80% vergoed bij preventief gedrag, anders tot maximaal 50%.
- **Parodontologie:** bij preventief gedrag tot maximaal 80% van het bedrag ten laste, anders tot maximaal 50%.
- **Tandprothesen en tandimplantaten:** bij preventief gedrag tot maximaal 80% van het bedrag ten laste, anders tot maximaal 50%.
- **Orthodontie:** tot maximaal 60% van het bedrag ten laste.
- **Tandzorgen bij ongeval:** Het bedrag ten laste wordt vergoed.
- **Tandzorgen bij oncologische behandeling:** Het bedrag ten laste wordt vergoed.



Wat is niet verzekerd?

CM-Tandplan vergoedt geen kosten:

- voor tandzorgen die niet van strikt medische aard zijn;
- voor tandzorgen verstrekt tijdens een hospitalisatie of daghospitalisatie;
- voor behandelingen die niet als mondgezondheidszorg worden beschouwd;
- die volgens de Belgische wetgeving niet mogen worden aangerekend;
- voor 'Verstrekingen buiten nomenclatuur' gekoppeld aan verstrekingen 'moeilijke tandherstelling bij kankerpatiënten en patiënten met anodontie of oligodontie zoals voorzien in de nomenclatuur en die verplicht in derdebetalen wordt verrekend, zonder persoonlijk aandeel of supplement' die door de verplichte verzekering terugbetaald werd;
- voor technieken voor infiltratie van composiethars met een indirect vervaardigde beugel, met het oog op wijziging van anatomie, volume of kleur van tanden;
- voor behandelingen met betrekking tot ronchopathie of slaapapneu, en andere behandelingen die geen mondgezondheidszorg zijn.



Zijn er dekkingsbeperkingen?

Preventieve en curatieve tandzorg

De som van de terugbetalingen is beperkt tot een globaal jaarlijks plafond:

- 1^{ste} aansluitingsjaar: 400 euro
 - geen wachttijd voor preventieve tandzorg
 - wachttijd van 6 maanden voor curatieve tandzorg
- 2^{de} aansluitingsjaar: 700 euro
- vanaf het 3^{de} aansluitingsjaar, of bij aansluiting vóór 4 jaar en op voorwaarde dat de verzekeringsnemer is aangesloten bij CM-Tandplan: 1.300 euro

Binnen dit globale jaarlijkse plafond geldt een subplafond van 250 euro voor 'aanvullende' en/of 'bijzondere technieken' (verstrekingen buiten nomenclatuur). Dit subplafond is inbegrepen in het jaarlijkse plafond en komt er dus niet bovenop.

Parodontologie, tandprothesen en tandimplantaten

De som van de terugbetalingen is beperkt tot een globaal plafond per verzekerde voor alle prestaties uitgevoerd in twee opeenvolgende aansluitingsjaren samen.

Het plafond start op de 1ste dag van het aansluitingsjaar waarin de eerste prestatie geattesteerd wordt en bedraagt:

- 1ste aansluitingsjaar: 0 euro (wachttijd), 400 euro indien geen wachttijd van toepassing is.
 - 2^{de} aansluitingsjaar: 700 euro
 - 3^{de} aansluitingsjaar: 1.300 euro
 - vanaf het 4^{de} aansluitingsjaar: 1.500 euro
 - vanaf het 10^{de} aansluitingsjaar, of bij aansluiting vóór 4 jaar en zolang de verzekeringsnemer is aangesloten bij CM-Tandplan: 1.800 euro
- Binnen dit globale tweejaarlijkse plafond geldt een subplafond van 250 euro voor 'aanvullende' en/of 'bijzondere technieken' (verstrekkingen buiten nomenclatuur). Dit subplafond is inbegrepen in het jaarlijkse plafond en komt er dus niet bovenop.

Orthodontie

De terugbetaling is beperkt tot een eenmalig plafond per leven, bepaald aan de hand van het aantal jaren aansluiting bij CM-Tandplan op het moment van de attestering van het forfait voor apparatuur bij het begin van de actieve regelmatige orthodontische behandeling:

- 1ste aansluitingsjaar: 0 euro (wachttijd), 400 euro indien geen wachttijd van toepassing is.
- 2^{de} aansluitingsjaar: 700 euro
- 3^{de} aansluitingsjaar: 1.100 euro
- 4^{de} tot 6^{de} aansluitingsjaar: 1.500 euro
- vanaf het 7^{de} aansluitingsjaar, of bij aansluiting vóór 4 jaar en zolang de verzekeringsnemer is aangesloten bij CM-Tandplan: 1.800 euro

Tandzorgen bij ongeval: Maximum 5.000 euro per ongeval.

Tandzorgen bij oncologische behandeling: Maximum 4.000 euro per leven.



Waar ben ik gedekt?

De dekking geldt voor prestaties verstrekt in België en op het vasteland van Frankrijk, Nederland, Duitsland en het Groothertogdom Luxemburg, door zorgverleners erkend door de bevoegde autoriteiten van het betrokken land.



Wat zijn mijn verplichtingen?

De verzekerden moeten aangesloten zijn en blijven bij CM Vlaanderen voor de aangeboden diensten en verrichtingen en in orde zijn met de CM-bijdragebetaling.

De verzekeringsnemer dient de vereiste verzekeringsdocumenten te ondertekenen en de verschuldigde verzekeringspremie te betalen.

De gerechtigde die wil aansluiten bij de verzekering dient zichzelf én alle personen die bij hem of haar ten laste staan voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan te sluiten bij de verzekering.

De verzekerde die een aangifte wenst te doen van een schadegeval dient alle relevante stukken over het schadegeval over te maken aan de verzekeraar zoals beschreven in de algemene voorwaarden.



Wanneer en hoe betaal ik?

De verzekeringspremie is verschuldigd vanaf de aansluitingsdatum en voor elke begonnen maand. De periodiciteit voor de premiebetaling is afhankelijk van de tussen de verzekeringsnemer en verzekeraar overeengekomen betaalwijze (overschrijving of domiciliëring).



Wanneer begint en eindigt de dekking?

De overeenkomst komt tot stand bij ondertekening door de verzekeringsnemer van de verzekeringsaanvraag of de bijzondere voorwaarden en de eerste premiebetaling.

De dekking vangt aan op de aanvangsdatum en geldt levenslang, behalve bij opzegging door de verzekeringsnemer, het niet betalen van de premie en in geval van fraude.

Er geldt een minimum aansluitingsperiode van één jaar voor CM-Tandplan.



Hoe zeg ik mijn contract op?

De verzekeringsnemer kan de verzekering opzeggen per aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van de opzegbrief tegen ontvangstbewijs.