

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202600002

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 19 maart 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 maart 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 3 juni 2026 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 juni 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 24 juni 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026011797) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 26 juni 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 19 augustus 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld een schriftelijke reactie te geven op de stelling van verzoeker ter zitting dat de zorgverzekeraar in zijn brief van 21 februari 2025 bepaalde, te honoreren verwachtingen heeft gewekt ten aanzien van de vergoeding. Bij brief van 1 september 2026 heeft de zorgverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. De commissie heeft een kopie van deze reactie op 3 september 2026 aan verzoeker gezonden, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 5 september 2026 heeft verzoeker gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting almede kopieën van de reacties van de zorgverzekeraar en verzoeker van respectievelijk 1 en 5 september zijn op 8 september 2026 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 24 juni 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 15 september 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Just Basic (Zorgverzekering Natura Just) (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Ten behoeve van verzoeker is door de behandelend orthodontist op 3 juli 2025 bij de zorgverzekeraar een aanvraag gedaan voor een orthodontische behandeling.
- 2.3. Bij brief van 8 augustus 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor de orthodontische behandeling is afgewezen. De ten behoeve van verzoeker aangevraagde kaakchirurgische behandeling (osteotomie) werd op 21 februari 2025 wel akkoord bevonden door de zorgverzekeraar.
- 2.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 18 december 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 24 juni 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 15 september 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden alsnog toestemming te verlenen voor de aangevraagde orthodontische voor- en nabehandeling, op basis van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij kampt met ernstig Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS). Dit uit zich in een AHI van 68 in rugligging en 58 in zijligging. Conservatieve behandelingen hebben geen effect gehad en volgens de behandelend kaakchirurg kan alleen een dubbele kaakoperatie de klachten nog verhelpen. Om de kans van slagen te vergroten heeft de kaakchirurg ook een pre-orthodontisch en een post-orthodontisch traject geadviseerd. Tot verzoekers verbazing werd door de zorgverzekeraar alleen de kaakchirurgische ingreep gemachtigd, maar niet de orthodontische voor- en nabehandeling. Bij de beoordeling heeft de zorgverzekeraar echter een cruciale fout gemaakt door de orthodontische behandeling te toetsen aan de voorwaarden die gelden voor mondzorg in plaats van aan die voor medisch-specialistische zorg. De orthodontische voor- en nabehandeling is immers onlosmakelijk verbonden met de eveneens noodzakelijke en al door de zorgverzekeraar goedgekeurde kaakchirurgische ingreep. Dit laatste blijkt ook uit eerdere uitspraken van zowel het Zorginstituut als de commissie. De zorgverzekeraar dient de orthodontische behandeling dan ook in het juiste kader te beoordelen en hiervoor alsnog toestemming te verlenen.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat hij op 21 februari 2025 van de zorgverzekeraar een brief heeft ontvangen met daarin vermeld dat de aangevraagde behandeling akkoord was. In dezelfde brief wordt uitgelegd welke verrichtingen door de zorgverzekeraar worden vergoed. Een daarvan is “Veranderen of verplaatsen van het bot van de kin, of doornemen van kaakbot ten behoeve van een snelle verplaatsing met beugelbehandeling.” Uit het feit dat in deze zin ook het woord “beugelbehandeling” wordt genoemd, heeft verzoeker opgemaakt dat het orthodontisch traject eveneens voor vergoeding in aanmerking komt. Later bleek dit niet het geval te zijn, hetgeen verzoeker opmerkelijk vindt,

omdat hij kampt met een medisch probleem en hij uit de voorwaarden van de zorgverzekering opmaakt dat tandheelkundige behandelingen worden vergoed als hiervan sprake is.

- 3.4. Bij e-mailbericht van 5 september 2026 heeft verzoeker aanvullend aangevoerd dat de behandelend orthodontist bij de aanvraag heeft verklaard dat bij verzoeker sprake is van een ernstige groei- of ontwikkelingsstoornis én van medediagnostiek. Deze verklaring, en de verklaring dat de orthodontische voorbereiding van wezenlijk belang is voor het uiteindelijke resultaat van de kaakoperatie, worden door de zorgverzekeraar niet serieus genomen. Volgens de orthodontist kan de kaakoperatie technisch gezien zonder voorafgaande orthodontie worden uitgevoerd, maar hiermee is nog niet gezegd dat de operatie zonder orthodontische voorbereiding medisch gezien hetzelfde doel en dezelfde kans op een goed resultaat heeft. Alle medische omstandigheden maken in de situatie van verzoeker deel uit van één groot behandeltraject. De aangevraagde orthodontische voor- en nabehandeling zijn onderdeel van dit traject, hetgeen ook door de zorgverzekeraar wordt bevestigd.
- Waar het gaat om de brief van 21 februari 2025 geldt dat het voor verzoeker als leek niet duidelijk was dat de orthodontische behandeling buiten de akkoordverklaring valt. In de omschrijving wordt duidelijk “beugelbehandeling” genoemd en dit kan niet anders worden opgevat als zijnde dat ook het orthodontische traject voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoeker vraagt de commissie dan ook in de uitspraak aandacht te besteden aan de vraag wat van een leek mag worden verwacht, en welk vertrouwen er mag worden ontleend aan de uitspraken van de zorgverzekeraar in zijn brief van 21 februari 2025. Een en ander in het licht van artikel 3:35 van het Burgerlijk Wetboek.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag voor de orthodontische voor- en nabehandeling terecht door hem is afgewezen. Er gelden namelijk verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgie en een orthodontische behandeling. De aanspraak op een kaakchirurgische behandeling moet worden beoordeeld aan de hand van de criteria voor medisch specialistische zorg. Een orthodontische behandeling is daarentegen een tandheelkundige ingreep en hiervoor gelden strengere criteria. Orthodontie is in beginsel geen verzekerde prestatie op grond van de Zorgverzekeringswet. Alleen als er een indicatie is tot bijzondere tandheelkundige hulp kan orthodontie vanuit de basisverzekering worden vergoed. Dit is aan de orde indien er sprake is van een zeer ernstige groei- of ontwikkelingsstoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Tevens moet daarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Voor de bepaling van de ernst van de afwijking wordt gebruik gemaakt van een 'Indicatieve lijst'. Het moet dan gaan om een zeer ernstige orthodontische indicatie als genoemd op de lijst, of deze moet hiermee in ernst vergelijkbaar zijn. De zorgverzekeraar heeft aan de hand van de verkregen informatie beoordeeld dat bij verzoeker geen zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel aan de orde is. Een ander medisch probleem, hoe vervelend ook, zoals in dit geval OSAS, maakt niet dat aanspraak bestaat onder de zorgverzekering.
- 4.2. In eerder gerezen geschillen heeft de commissie het standpunt ingenomen dat voor de aanspraak op orthodontie enkel relevant is dat het dient te gaan om een tandheelkundig probleem. Een voorbeeld hiervan is een bindend advies van 29 april 2024 (SKGZ202201841). Verder zijn er vele uitspraken waarin zowel het Zorginstituut als de commissie heeft bevestigd dat in geval van een gecombineerde aanvraag voor een osteotomie en orthodontie, de orthodontie zelfstandig moet worden beoordeeld. Een medische indicatie en goedkeuring voor een benodigde osteotomie, betekent niet dat de orthodontie die daarbij nodig is om die reden ook moet worden vergoed.

- 4.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar herhaald dat om voor vergoeding van orthodontische hulp in aanmerking te komen, er sprake dient te zijn van een zeer ernstige groei- of ontwikkelingsstoornis van het tand-kaak-mondstelsel. De zorgverzekeraar stelt zich op het standpunt dat dit bij verzoeker niet aan de orde is, hetgeen wordt bevestigd in het voorlopig advies van het Zorginstituut. Voor zover verzoeker stelt dat hij uit de brief van 21 februari 2025 bepaalde toezeggingen heeft afgeleid, verklaart de zorgverzekeraar zich bereid om dit nader te onderzoeken.
- 4.4. Bij brief van 1 september 2026 heeft de zorgverzekeraar opgemerkt dat verzoeker zijn stelling dat de brief van 21 februari 2025 bij hem bepaalde verwachtingen over de vergoeding van orthodontie heeft gewekt pas later in de procedure bij de commissie aan de orde heeft gesteld. Aanvankelijk heeft verzoeker namelijk de stelling betrokken dat hij het niet eens is met het feit dat voor een orthodontische behandeling andere criteria gelden. Dit betreft echter een geheel ander punt. Inhoudelijk geldt dat de zorgverzekeraar ten tijde van de brief van 21 februari 2025 enkel een aanvraag had ontvangen voor de kaakchirurgische behandeling. De aanvraag voor de orthodontische behandeling volgde pas op 3 juli 2025. Dat de akkoordverklaring uitsluitend betrekking had op de aangevraagde osteotomie blijkt daarnaast uit het feit dat er in de eerste alinea staat dat de aanvraag betrekking heeft op ziekenhuiszorg. Daar komt bij dat de zorgverzekeraar in zijn brief van 21 februari 2025 de zorgproductcodes heeft vermeld die door het ziekenhuis zijn aangevraagd. Bij deze zorgproductcodes hoort ook een wettelijke consumentenomschrijving. De door verzoeker aangehaalde zin “Veranderen of verplaatsen van het bot van de kin, of doornemen van kaakbot ten behoeve van een snelle verplaatsing met beugelbehandeling” is de wettelijke consumentenomschrijving die hoort bij zorgproductcode 238020. Het betreft dus geen omschrijving die door de zorgverzekeraar is bedacht, maar een wettelijk vastgestelde omschrijving. Gelet op het voorgaande deelt de zorgverzekeraar de mening van verzoeker niet dat in de brief van 21 februari 2025 door hem de suggestie is gewekt dat ook de orthodontische behandeling voor vergoeding in aanmerking komt.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 24 juni 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Aanspraak osteotomie

Het Zorginstituut merkt allereerst het volgende op over de beoordeling van orthodontie en osteotomie. Er gelden verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgie en een orthodontische behandeling en deze worden los van elkaar getoetst. Voor vergoeding van een kaakchirurgische behandeling ten laste van de basisverzekering moet de verzekerde redelijkerwijs zijn aangewezen op deze behandeling.

Voor orthodontische hulp gelden strenge criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis, of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Voor osteotomie gelden deze specifieke criteria niet. Uit de brief van 21 februari 2025 blijkt dat verweerder de osteotomie bij verzoeker heeft goedgekeurd, zodat het Zorginstituut hierover niet zal adviseren.

Orthodontie

Bij het bepalen of er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel wordt gebruik gemaakt van de indicatieve lijst (zie juridisch kader). Geen van de afwijkingen die beschreven worden in het dossier zijn vergelijkbaar met afwijkingen die in de limitatieve lijst staan. Ook lijdt verzoeker niet aan een andere zeer ernstige ontwikkelings- of

groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. OSAS kwalificeert namelijk niet als een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor orthodontische hulp. Verzoeker kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding daarvan.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker heeft geen (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van een orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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.

Zorgverzekering

- 7.2. Verzoeker heeft in de eerste plaats aangevoerd dat de osteotomie en de aangevraagde orthodontische behandeling, als onderdelen van één behandeltraject, in samenhang moeten worden gezien. Zonder de orthodontische voor- en nabehandeling heeft het uitvoeren van de osteotomie geen zin, aldus verzoeker. De commissie begrijpt dat verzoeker dit zo ziet, wat echter niet wil zeggen dat dit ook geldt voor de aanspraken op basis van de zorgverzekering. De commissie overweegt dat voor de beoordeling van de verzekeringsaanspraken onderscheid moet worden gemaakt tussen de kaakchirurgische ingreep (osteotomie) en de orthodontische behandeling. De kaakchirurgische operatie is een medisch-specialistische behandeling, terwijl de orthodontie een tandheelkundige behandeling betreft. Een verzekeringsindicatie voor kaakchirurgie betekent niet dat tevens een verzekeringsindicatie voor orthodontie in bijzondere gevallen kan worden aangenomen, ook al kan de kaakoperatie niet plaatsvinden zonder het orthodontische voor- en natraject. Het voorgaande volgt uit de aan de verzekeringsvoorwaarden ten grondslag liggende regelgeving, waarbij de aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel 2.7, derde lid, in samenhang met artikel 2.7, eerste lid, Bzv, en die op kaakchirurgie in artikel 2.7, vijfde lid, Bzv. Ten aanzien van de verzekeringsindicatie voor de osteotomie geldt dat partijen niet erover verdeeld zijn dat verzoeker hierop redelijkerwijs is aangewezen. De zorgverzekeraar heeft verklaard de kosten van de kaakchirurgische ingreep te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Beoordeling van de aanspraak op dit punt kan dus achterwege blijven. Hetgeen partijen verdeeld houdt is het antwoord op de vraag of de zorgverzekeraar vergoeding van de kosten van de eveneens aangevraagde orthodontische voor- en nabehandeling terecht heeft afgewezen. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 7.3. De aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel B.12.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling zijn grondslag vindt in voornoemd artikel 2.7, derde lid, in samenhang met het eerste lid, Bzv. In het eerste lid, onder a, staat dat aanspraak bestaat op deze zorg bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Uit de Nota van Toelichting bij dit artikel volgt dat het hierbij moet gaan om een situatie die in ernst vergelijkbaar is met schisis. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'Indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen die in ernst vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar wordt wel gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij een verzekerde een (verzekerings)indicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Recent is de 'Indicatieve lijst' vervangen door de nieuwe indicatieve lijst 'Aanspraken orthodontische hulp vanuit de basisverzekering' van de KNMT, waarbij overigens geen voor de onderhavige kwestie relevante aanpassingen zijn doorgevoerd. Ook de commissie hanteert de 'Indicatieve lijst' als richtsnoer. Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.
- 7.4. Uit het voorgaande volgt dat alleen aanspraak bestaat op vergoeding van een orthodontische behandeling als deze het doel heeft een *tandheelkundig* functieprobleem te verhelpen. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoeker een tandheelkundige afwijking aan de orde is die vergelijkbaar is met de afwijkingen die voorkomen op de 'Indicatieve lijst'. Ook lijdt hij niet aan een andere zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Verzoeker wenst de gecombineerde kaakchirurgische en orthodontische behandeling te ondergaan in verband met OSAS. Bij OSAS is sprake van ademstilstanden tijdens het slapen. Dit is geen tandheelkundige aandoening. De indicatie OSAS geeft daarom geen aanspraak op orthodontie ten laste van de zorgverzekering, aldus de conclusie van het Zorginstituut in het voorlopig advies van 24 juni 2026 welk advies blijkens de brief van 15 september 2026 als definitief kan worden beschouwd.
- 7.5. Verzoeker heeft de impact van de OSAS-klachten op zijn dagelijks leven toegelicht. De commissie begrijpt dat de huidige situatie door hem als belastend wordt ervaren. Hieraan wil de commissie dan ook niet voorbijgaan. Echter, deze omstandigheid kan niet ertoe leiden dat van de zeer strikte voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op orthodontie ten laste van de zorgverzekering wordt afgeweken. De commissie volgt daarom het advies van het Zorginstituut en neemt dit over. Dit betekent dat, bij ontbreken van een verzekeringsindicatie hiervoor, in de situatie van verzoeker geen aanspraak bestaat op de aangevraagde orthodontische voor- en nabehandeling, ten laste van de zorgverzekering.
- 7.6. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij uit de akkoordverklaring voor de kaakchirurgische behandeling van 21 februari 2025 heeft afgeleid dat, zo nodig in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, tevens aanspraak bestaat op vergoeding van de orthodontische behandeling, nu in het stuk wordt gesproken over een "beugelbehandeling". Verzoeker verwijst hierbij naar artikel 3:35 BW. De commissie volgt verzoeker hierin niet. Zoals de zorgverzekeraar heeft toegelicht, werd de akkoordverklaring afgegeven naar aanleiding van de aanvraag voor een kaakchirurgische behandeling, door de kaakchirurg in het ziekenhuis. Van een (aanvraag voor het) orthodontisch traject was op dat moment nog geen sprake. Deze volgde pas op 3 juli 2025 en werd ingediend door een andere zorgaanbieder, namelijk de orthodontist. Voorts heeft de zorgverzekeraar in zijn brief van 21 februari 2025 de zorgproductcodes vermeld die door het ziekenhuis zijn aangevraagd. Bij deze zorgproductcodes hoort een wettelijke consumentenomschrijving. De door verzoeker aangehaalde zin "Veranderen of verplaatsen van het bot van de kin, of doornemen van kaakbot ten behoeve van een snelle verplaatsing met beugelbehandeling" betreft een dergelijke wettelijke consumentenomschrijving. De commissie voegt hieraan toe dat de redactie van de door verzoeker aangehaalde zin eenduidig is, de akkoord bevonden

kaakchirurgische behandeling wordt uitgevoerd *ten behoeve van* “een snelle verplaatsing met beugelbehandeling”. Dit kan niet anders worden gelezen dan als een beschrijving van het met de kaakchirurgie beoogde doel, en zegt niets over de vergoeding van het vervolgtraject, de “beugelbehandeling”. Aldus is geen sprake van een rechtens te honoreren gewekt vertrouwen.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 oktober 2026,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts
 - Tandarts-implantoloog
- De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor het plaatsen van een of meer implantaten in de bovenkaak
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- Voor de onderkaak beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig
Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener is altijd een akkoordverklaring nodig. Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Kaakchirurg.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Orthodontie in bijzondere gevallen (artikel B.12.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Orthodontie in bijzondere gevallen

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor orthodontie in bijzondere gevallen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

- Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 60% van uw rekening tot maximaal 60% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.
Er is altijd sprake van een zeer ernstige stoornis waarbij medebehandeling van een kaakchirurg of andere disciplines dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig
- Bij prothetische nabehandeling is een behandelplan nodig
Als bij een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling een prothetische nabehandeling nodig is, moet een vooraf een multidisciplinair behandelplan door alle betrokken zorgverleners opgesteld worden.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw orthodontist of tandarts voor orthodontie, die voldoet aan de extra eisen van de VTvo, meesturen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Orthodontist.
De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- Tandarts voor orthodontie die voldoet aan de extra eisen van de VTvo
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37*, H38* en H39)
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811A*)
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811B*)
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811C*)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

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.

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

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, 2.6, 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 veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

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.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

1. De eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, 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. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, vijftientwintig procent van de kosten van die voorziening.
3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:
 - a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
 - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 35

Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijze mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil.