

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500418

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 16 juli 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 september 2025 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 27 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 november 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 22 december 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025027827) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 december 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 februari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 27 februari 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 22 december 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 25 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Dit advies is op dezelfde dag aan partijen gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Vervoer 1 ster (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Verzoekster heeft in verband met botontkalking gedurende een periode van vijf jaren het geneesmiddel alendroninezuur gebruikt. Op 22 juli 2024 meldde zij zich met tandheelkundige problemen bij haar tandarts, die op 30 september 2024 verklaarde dat sprake was van een vergevorderde vorm van chronische parodontitis. De tandarts stelde een tandheelkundige behandeling voor, bestaande uit het behandelen van de chronische parodontitis, het trekken van elementen, en het vervaardigen en plaatsen van een partiële prothese. Hiertoe zijn drie aanvragen gedaan, te weten op 15 oktober 2024, 4 november 2024 en 2 december 2024.
- 2.3. Bij brieven van respectievelijk 27 oktober 2024, 18 november 2024 en 12 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de aangevraagde tandheelkundige behandeling niet worden vergoed.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 10 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 22 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 25 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden alsnog akkoord te geven voor de uit te voeren tandheelkundige behandeling.
- 3.2. De tandarts heeft bij brief van 30 september 2024, voor zover hier van belang, verklaard:

“Bij tandheelkundig en parodontaal onderzoek werd duidelijk dat de patiënt een vergevorderde vorm van chronische parodontitis had, waarvan de ernst niet overeenkwam met de kwaliteit van haar mondhygiëne. De patiënt poetst haar tanden 3 keer per dag en dat is zeker intraoraal te zien. Hoewel er een zekere mate van tandsteenophoping was, vooral in het onderfront, ziet men zelden een dergelijke mate van parodontale destructie zonder dat er een systemische factor aanwezig is. Als gevolg van parodontitis had de patiënte minstens zeven tanden verloren en er moeten nog 6 tanden getrokken worden vanwege onvoldoende parodontale ondersteuning. Nadat de extracties hebben plaatsgevonden moet de patiënte een prothetische behandeling ondergaan, waarschijnlijk in de vorm van uitneembare prothesen. De resterende tanden en kiezen die niet getrokken hoeven te worden, moeten eerst een initiële parodontale behandeling ondergaan (scaling en root planing door de mondhygiënist) en daarna regelmatig onderhouden worden d.m.v. ondersteunende parodontale behandeling die gewoonlijk eens in de 4 tot 6 maanden plaatsvindt. Mijn conclusie als tandarts is dat de ernst van de parodontale ziekte bij deze specifieke patiënt hoogstwaarschijnlijk het gevolg is van de langdurige toediening van het bisfosfonaatmedicijn alendroninezuur.”
- 3.3. De huisarts heeft op 30 oktober 2024, voor zover hier van belang, verklaard:

“Vanwege een spontane fractuur van de rib werd bij patiënte in 2019 middels een DEXA scan gekeken naar osteoporose. Deze werd gezien in de rug. Conform de [vigerende] richtlijnen werd zij behandeld met onder meer alendroninezuur. Helaas werd bij controle scan dit jaar een onveranderde situatie gevonden. Daarbij werd door de tandarts vastgesteld dat er kaakbotverdunding is, wat een bekende bijwerking van alendroninezuur is. Door het gebruik van 5 jaar lang alendroninezuur heeft deze medicatie het kaakbot aangetast waardoor er nu medische problemen in de mond zijn”

- 3.4. Verzoekster heeft in haar brief aan de commissie van 16 juli 2025 verklaard dat de schade aan haar gebit het gevolg is van het langdurige gebruik van het geneesmiddel alendroninezuur. Dit heeft geleid tot chronische parodontitis. Toen verzoekster hiervan klachten kreeg was de schade al aanzienlijk. De ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd om bewijs van het verband tussen het gebruik van het geneesmiddel en de opgelopen tandheelkundige schade. Dit bewijs heeft verzoekster aangeleverd in de vorm van informatie van de website van Lareb en de hiervoor aangehaalde verklaringen van de tandarts en de huisarts. Desondanks wordt vergoeding geweigerd. De beoordeling is uitgevoerd door een tandarts in dienst van de ziektekostenverzekeraar, die de diagnose van de behandelend arts afwijst. Dit wekt bij verzoekster de indruk dat de deskundigheid van deze artsen wordt betwijfeld, terwijl zij de situatie van verzoekster goed kennen en volgen. Bovendien wordt verzoekster telkens geconfronteerd met nieuwe afwijzingsgronden, zoals het aanleveren van medische gegevens van negen jaren geleden, terwijl de schade en de behandeling hiervan recent en medisch zijn vastgesteld. Het niet hebben van een vaste tandarts in het verleden mag niet van invloed zijn op het recht op medisch noodzakelijke zorg.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat de parodontitis is ontstaan door het gebruik van alendroninezuur. Als gevolg van het gebruik van het middel kreeg zij loszittende tanden en ontstekingen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de parodontitis niet ontstaan door het geneesmiddel, terwijl dit medisch gezien wel een bijwerking is. Er zijn diverse redenen genoemd voor de afwijzing. Zij heeft hierop steeds verweer gevoerd, onder andere met gegevens van het Lareb over bijwerkingen. Als laatste afwijzreden is door de ziektekostenverzekeraar genoemd dat zij niet voldoende bezoeken aan de tandarts zou hebben afgelegd. Verzoekster is van mening dat de problemen niet zijn ontstaan als gevolg van onvoldoende tandheelkundige zorg, want op het moment dat zij klachten kreeg, was de situatie al te ver gevorderd. Door de ziektekostenverzekeraar is gevraagd om gegevens van de tandarts van tien jaar geleden, maar dit vindt zij niet relevant. Er is een periode geweest waarin zij de tandarts inderdaad een aantal jaren niet bezocht. Het medicijn dat zij heeft gebruikt, heeft het kaakbot heeft afgebroken/opgelost/aangetast, en daardoor heeft zich de parodontitis kunnen ontwikkelen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde tandheelkundige behandeling. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 14 juli 2025 aangevoerd dat bij verzoekster volgens de tandarts sprake is van chronische parodontitis. Deze ziekte wordt niet veroorzaakt door bisfosfonaat gebruik. Als sprake is van parodontitis is het zaak om de mond te saneren, volgens de richtlijn Medicatie gerelateerde osteonecrose van de kaak (MRONJ) van de NVMKA. De elementen zijn verloren gegaan door een niet behandelde chronische parodontitis. Extracties en vervanging van elementen ten gevolge van chronische parodontitis vormen geen basisverzekerde zorg. Ook is er geen aanspraak op behandeling van de parodontitis, omdat deze niet is veroorzaakt door het gebruik van de bisfosfanaten. Tijdens de behandeling met bisfosfanaten is het belangrijk om te zorgen voor een goede mondhygiëne. Dit staat in de bijsluiters van het medicijn. Het advies is voorts tijdens de behandelperiode het gebit tijdig en regelmatig te laten controleren. En tijdig contact op te nemen met de arts of tandarts zodra men last krijgt van de mond of het gebit, bijvoorbeeld loszittende tanden of kiezen, pijn of zwelling. Juist bij de orale toedieningsvorm, zoals bij verzoekster het geval was, is er dan nog voldoende tijd om tandheelkundige zorg te verlenen.
- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 27 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzekerden zonder een aanvullende tandverzekering slechts aanspraak kunnen maken op de in artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering beschreven mondzorg. In dit geval is relevant dat tandheelkundige zorg verzekerd is vanuit de zorgverzekering wanneer een niet-tandheelkundige aandoening ertoe leidt dat de verzekerde geen tandheelkundige functie kan behouden die

gelijkwaardig is aan die hij zou hebben gehad zonder die niet-tandheelkundige aandoening. In dit verband meent verzoekster dat het medicijngebruik, als onderdeel van de behandeling van osteoporose, tot haar chronische parodontitis heeft geleid, waardoor tandheelkundige behandelingen in verband hiermee verzekerd zijn. In een geval als dit is het van belang dat vanuit de behandelend arts of tandarts wordt onderbouwd dat er een direct verband bestaat tussen de niet-tandheelkundige aandoening en het verlies van tandheelkundige functie.

- 4.3. In de eerste machtigingsaanvraag noemt de tandarts over het causale verband het volgende: *“Bij het tandheelkundige klinische onderzoek heb ik gevorderde chronische parodontitis geconstateerd, welke mede door het gebruik van alendroninezuur verergerd kan zijn.”* In de begeleidende brief van 30 september 2024 stelt de tandarts dat de ernst van de parodontale ziekte hoogstwaarschijnlijk het gevolg is van het medicijngebruik. Ook in de tweede machtigingsaanvraag brengt de tandarts het medicijngebruik in verband met de chronische parodontitis. In de derde machtigingsaanvraag stelt de tandarts dat sprake is van: *“Ernstige kaakbotresorptie als gevolg van een vijf jaar lang gebruik van alendroninezuur voor behandeling van osteoporose”*. De tandarts spreekt aldus veelal van een waarschijnlijkheid dat de ernst van de geconstateerde parodontitis in een bepaalde mate verergerd is door het medicijngebruik, niet zozeer van het gebruik van alendroninezuur als oorzaak van de chronische parodontitis. In welke mate de tandarts meent dat de ernst van de chronische parodontitis verergerd kan zijn door het gebruik van het geneesmiddel, wordt uit de stukken niet inzichtelijk.
- 4.4. Teneinde meer inzicht te krijgen in de situatie van verzoekster en de mogelijke oorzaken van de chronische parodontitis heeft de ziektekostenverzekeraar de behandelhistorie en het patiëntdossier vanaf 2009 opgevraagd. De opgevraagde informatie was echter niet beschikbaar omdat verzoekster geen vaste tandarts of mondhygiënist had gedurende deze periode. Hierdoor kan niet worden vastgesteld wat de situatie van verzoekster in de periode (zowel direct als jaren) voorafgaand aan de start van het medicijngebruik was en hoe deze situatie zich verhoudt tot de chronische parodontitis. Gezien het voorgaande acht de ziektekostenverzekeraar onvoldoende onderbouwd dat er een direct verband bestaat tussen de behandeling van osteoporose en de chronische parodontitis. De adviserend tandartsen van de ziektekostenverzekeraar zien op basis van het dossier geen causaal verband. Het voorgaande betekent volgens de ziektekostenverzekeraar dat hij op juiste gronden tot afwijzing van de tandheelkundige behandeling heeft besloten.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de kern van het geschil ziet op het oorzakelijk verband tussen het gebruik van alendroninezuur en het ontstaan van parodontitis. Een bijwerking van deze medicatie kan zijn dat er ontstekingen ontstaan in de mond, maar het enkele ontstaan van ontstekingen is niet gelijk aan een chronische ontsteking als parodontitis. Het medicijn veroorzaakt niet direct parodontitis. Omdat de ziektekostenverzekeraar geen toegang heeft tot de behandelhistorie kan niet worden uitgesloten dat de parodontitis een andere oorzaak heeft dan het gebruik van het geneesmiddel. Dat in combinatie met het feit dat het geen bekende oorzaak is van parodontitis maakt dat de ziektekostenverzekeraar het oorzakelijk verband niet kan zien. In de bijsluiter staat dat het noodzakelijk is de mond extra te laten onderzoeken bij de start van de medicatie en dat het van belang is het gebit regelmatig te laten controleren tijdens het gebruik. In het dossier mist informatie waaruit blijkt dat dit ook is gebeurd.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 22 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld. Uit het dossier blijkt dat verzoekster vijf jaar lang alendroninezuur heeft gebruikt in verband met osteoporose, waarna

chronische parodontitis is geconstateerd. Er blijkt uit de beschikbare informatie niet dat er een oorzakelijke relatie bestaat tussen de aandoening bij verzoekster, zijnde de osteoporose, en de ontstane chronische parodontitis. Bisfosfonaten, waaronder alendroninezuur, veroorzaken geen parodontitis. Bisfosfonaten moeten juist botafbraak wat bij osteoporose en parodontitis gebeurt tegengaan door remming van osteoclasten (cellen die bot afbreken). Een direct oorzakelijk verband van het gebruik van alendroninezuur en het verergeren van parodontitis is nooit gevonden. Daarom heeft verzoekster op grond van art. 2.7 lid 1, onderdeel b, van het Bzv geen indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster geen indicatie heeft voor de vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp. De behandelingen voor het trekken van tanden, een gedeeltelijk kunstgebit en behandelingen voor het tandvlees komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen indicatie voor de vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp.”

- 5.2. In het definitief advies van 25 maart 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft uw bericht van 12 maart jl. ontvangen. U vraagt mij daarin om in te gaan op de bijwerkingen die worden genoemd door Lareb in relatie tot de bij verzoekster ontstane parodontitis.

Een bijwerking van alendroninezuur kan zijn dat er osteonecrose optreedt. Dat is het afsterven van bot doordat er geen of te weinig bot wordt afgebroken (door de osteoclasten). Hierdoor krijgen de doorbloeding van bot en botaanmakende cellen (osteoblasten) geen of te weinig toevoer van voedingsstoffen. Dat is een ander proces dan parodontitis, waarvan sprake is bij verzoekster, waarbij ontsteking van het tandvlees afbraak van het bot (de randen van de tandkas of alveole) veroorzaakt. Er is geen oorzakelijk verband tussen het gebruik van het geneesmiddel alendroninezuur en de parodontitis.”

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.18 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 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. De aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg is geregeld op bladzijde 34 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat deze zorg wordt vergoed in de volgende drie

gevallen:

(a) als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;

(b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening; of

(c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening.

Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, eerste lid, Bzv.

- 7.3. Met het oog op de door verzoekster betrokken stellingen is de vraag of bij haar sprake is van een situatie als bedoeld onder (b). Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat de schade aan haar gebit het gevolg is van het langdurige gebruik van het geneesmiddel alendroninezuur. Dit heeft volgens haar geleid tot chronische parodontitis. Gelet op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 22 december 2025 blijkt uit de beschikbare informatie niet dat er een oorzakelijke relatie bestaat tussen de aandoening van verzoekster, zijnde osteoporose, en de ontstane chronische parodontitis. Bisfosfonaten, waaronder alendroninezuur, veroorzaken geen parodontitis. Bisfosfonaten moeten juist botafbraak - wat bij osteoporose en parodontitis gebeurt - tegengaan door remming van osteoclasten (cellen die bot afbreken). Een direct oorzakelijk verband tussen het gebruik van alendroninezuur en het verergeren van parodontitis is nooit gevonden, aldus het Zorginstituut. Daarom heeft verzoekster op grond van artikel 2.7, eerste lid, onderdeel b, Bzv geen indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg. Het Zorginstituut adviseert tot afwijzing van het verzoek. Het voorgaande heeft hij in het definitief advies van 25 maart 2026 bevestigd, waarin hij heeft uiteengezet dat een bijwerking van alendroninezuur kan zijn dat er osteonecrose optreedt. Dat is een ander proces dan parodontitis, waarvan sprake is bij verzoekster, waarbij ontsteking van het tandvlees afbraak van het bot (de randen van de tandkas of alveole) veroorzaakt. De commissie ziet in de argumenten van verzoekster en de door haar overgelegde verklaringen geen aanleiding van het advies af te wijken en neemt dit over. Voorts is gesteld noch gebleken dat bij verzoekster de indicaties genoemd onder (a) en (c) aan de orde zijn. Dit betekent dat de aangevraagde tandheelkundige behandeling terecht door de ziektekostenverzekeraar werd afgewezen.

Slotsom

- 7.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 april 2026,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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 tandheerkundig 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 tandheerkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheerkundige 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 tandheerkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheerkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheerkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheerkundige 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 tandheerkundige 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 tandheerkundige 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 tandheerkundige 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.

Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

Let op!

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts of verloskundige is geen eigen risico verschuldigd.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

- anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Mond en tanden (mondzorg)

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een combinatieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticipers, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van [B.5](#) tot en met [B.12](#)) gaan wij hierop in.

B.5 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op deze behandeling.

Let op!

In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
- U heeft een blijvende ontwikkelings- of groeistoornis die leidt tot een ernstige functiebeperking en deze is in ernst vergelijkbaar met een lip-, kaak- of verhemteltespleet (schisis).
- Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting, lichtfoto's en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening indien u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid;
- vacuümgevormde beugels, aligners.

B.6 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u recht op de volgende tandheelkundige behandelingen:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen. Wij moeten u hier wel vooraf toestemming voor hebben gegeven;
- e. sealing (afdichten groeven van kiezen);
- f. parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
- g. anesthesie (plaatselijke verdoving);
- h. endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- j. gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
- k. uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
- l. chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg;
- m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Deze moet bevoegd en bekwaam zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
2. Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, orthodontist, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of andere medisch specialist. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de volgende behandelingen: extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose, correctie van de kaak in combinatie met een extractie, osteotomie (kaakoperatie), kinplastiek als zelfstandige verrichting, pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw) en het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
3. U heeft alleen recht op het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel [B.5](#)). Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
4. Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel [B.5](#), [B.7](#), [B.10](#), [B.11](#) of [B.12](#)? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.
5. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven:
 - voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (X21);
 - voor autotransplantaten (de diagnostiek en het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies);
 - voor sealen in het melkgebit;
 - voor het sealen van meer dan 8 tanden en/of kiezen per jaar in het blijvende gebit (V30/V35);
 - als er meer dan 1 uur per jaar aan preventieve voorlichting/evaluatie van preventie nodig is (meer dan 12x (M01 en/of M02));
 - als er meer dan 30 minuten gebitsreiniging (meer dan 6x M03) per dag nodig is;
 - als er meer dan 1,5 uur gebitsreiniging (meer dan 18x M03) per jaar nodig is;
 - als er meer dan 6 vullingen (V71 t/m 74, V81 t/m 84, V91 t/m 95) per dag of 10 vullingen (V71 t/m 74, V81 t/m 84, V91 t/m 95) per jaar geplaatst moeten worden.

Uw zorgverlener kan toestemming bij ons aanvragen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

6. Diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat moeten uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVVP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05) en behandeling van witte vlekken (M80 en M81);
- b. orthodontie. Dit valt, met uitzondering van de bijzondere orthodontie zoals omschreven in artikel [B.5](#), niet onder de basisverzekering. Dit kan uit een aanvullende verzekering vergoed worden;
- c. implantaten. Deze vallen mogelijk onder artikel [B.7](#), [B.10](#), [B.12](#) of [D.14 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten](#) of kunnen uit een aanvullende tandartsverzekering vergoed worden;
- d. een therapeutische injectie met botox (G44);
- e. uitgebreid onderzoek ten behoeve van het opstellen, vastleggen en verstrekken van behandelplan aan de patiënt (C012).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Let op!

Reguliere orthodontische hulp valt niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar!

B.7 Fronttandvervangning voor verzekerden tot 23 jaar

Heeft u één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die vervangen moeten worden, omdat deze tanden niet zijn aangelegd of omdat het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval en is deze indicatie aantoonbaar voor het 18e levensjaar gesteld? Dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen. Dit omvat onder andere een vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in het front.

Voorwaarden voor het recht op een fronttandbehandeling

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg.
2. Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts.
3. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**Let op!**

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie

U heeft recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek. Dit eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis.

U heeft recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is in verband met kaakchirurgie. Zie hiervoor artikel [B.28](#).

Voorwaarden voor het recht op kaakchirurgie

1. Een kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist. Een mondhygiënist mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie van de slijmvliezen in de mond. Dit mag niet veroorzaakt worden door problemen aan gebitselementen of tandvlees. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze mond.
3. Wij moeten u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
 - extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose;
 - correctie van de kaak in combinatie met een extractie;
 - osteotomie (kaakoperatie);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw);
 - het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
 - plastische chirurgie.
4. Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. parodontale chirurgie;
- b. het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- c. een ongecompliceerde extractie.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**Let op!**

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige kunstgebitten en klikgebitten al dan niet op implantaten

U heeft recht op het laten maken en plaatsen van de volgende kunstgebitten en klikgebitten:

- een uitneembaar volledig kunstgebit voor boven- en/of onderkaak (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- een tijdelijk uitneembaar volledig kunstgebit (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- een uitneembaar volledig overkappingskunstgebit op natuurlijke elementen (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- een volledig klikgebit op implantaten voor boven- en/of onderkaak en bevestigingsmaterialen, zoals drukknoppen en staven (wettelijke eigen bijdrage van 8% voor de bovenkaak en van 10% voor de onderkaak).

De eigen bijdrage voor een combinatie van een klikgebit op implantaten in de ene kaak en een niet implantaat-gedragen kunstgebit op de andere kaak (code J080) is 17%.

Laat u een volledig kunstgebit of klikgebit (a t/m d) repareren of rebasen? Dan geldt een wettelijke eigen bijdrage van 10%.

Wij hanteren maximumbedragen voor techniek- en materiaalkosten. Deze bedragen kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op uitneembare volledige kunstgebitten en klikgebitten

- Een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de behandeling uitvoeren.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts of kaakchirurg u hebben doorverwezen.
- Bij een tandtechnicus heeft u alleen recht op reparaties (dus niet rebasen) aan een uitneembaar volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak. U heeft hier alleen recht op als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in het kunstgebit waarbij de delen van het kunstgebit eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan het kunstgebit.
- Als de kunstgebitten genoemd onder a en c binnen 5 jaar of een tijdelijk kunstgebit (P023) genoemd onder (b) binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Laat u een volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak maken en plaatsen? En zijn de techniek- en materiaalkosten hoger dan ons maximumbedrag? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Laat u een nieuw volledig klikgebit op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor de boven- en/of onderkaak maken? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Dit is niet nodig voor de reparatie en rebasing van een uitneembaar volledig klikgebit op implantaten dat ouder is dan 5 jaar of voor een eenvoudige reparatie van een klikgebit zonder staafdemonstratie en zonder afdruk (code J104) als die na 4 maanden na plaatsing van het klikgebit uitgevoerd wordt.
- Voor de "toeslag zeer ernstig geslonken kaak" (P044) moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Hier heeft u alleen recht op als u aanspraak heeft op implantaten (zie artikel [B.10](#)) maar deze niet geplaatst worden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen het volledige overkappingskunstgebit en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels).

B.10 Implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? En is er sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak? Dan heeft u recht op de tandheelkundige implantaten die nodig zijn ter bevestiging van een uitneembaar volledig kunstgebit.

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. Deze bedragen kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op implantaten

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar een tandarts.
- Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op!

U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel [B.12](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed?](#) En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Heeft u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap? En kunt u zonder tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie houden of verwerven, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking? Dan heeft u recht op tandheelkundige zorg.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
3. Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, huisarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.
4. U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.
5. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de zorg. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
6. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatholoog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.12 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op een tandheelkundige behandeling:

- a. als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening;
- b. als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening;
- c. als u een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een angsttandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
3. Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, huisarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.
4. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
5. Narcose- of lachgasbehandelingen worden alleen vergoed als laatste middel in een angstreductietraject. De narcose- of lachgasbehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcose- en/of lachgasbehandelingen.
6. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatholoog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
7. Diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat moeten uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de De Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg.

Let op!

U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel [B.10](#).