

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202500674

Partijen

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

en

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij bericht van 8 september 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 oktober 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 23 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 december 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker heeft bij brief van 8 januari 2026 een aanvullende reactie gestuurd. Een kopie hiervan is op 9 januari 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Bij brief van 19 januari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025029710) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 20 januari 2026 aan partijen gezonden.
- 1.5. Verzoeker 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.
- 1.6. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld een aanvullende verklaring te overleggen van de tandheekkundig adviseur. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 maart 2026 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 13 maart 2026 aan verzoeker gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Verzoeker heeft hierop bij e-mailbericht van 23 maart 2026 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 24 maart 2026 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 24 maart 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 19 januari 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 7 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 8 april 2026 aan

partijen gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 13 april 2026 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 15 april 2026 ter kennisname aan verzoeker gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Tand Optimaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering AV Optimaal is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. De behandelend orthodontist heeft bij brief van 12 september 2024 namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een gecombineerde orthodontische en chirurgische behandeling.
- 2.3. Bij brief van 7 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de chirurgische behandeling van de kaak wordt vergoed, maar dat geen vergoeding wordt verleend voor de vóór en na de chirurgie uit te voeren orthodontische behandeling.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 19 januari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 7 april 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 ziektekostenverzekeraar is gehouden de aangevraagde orthodontische behandeling te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in een ongedateerde brief, gericht aan de ziektekostenverzekeraar en later aan de commissie gezonden, toegelicht dat de orthodontische behandeling nodig is om de kaakchirurgie te kunnen uitvoeren. De tanden van verzoeker zijn nu, op 25-jarige leeftijd, al tot de helft weggesleten. De oorzaak van het probleem is dat de onderkaak niet goed is gegroeid. Als er geen kaakoperatie plaatsvindt, zijn de tanden van verzoeker over 20 jaar volledig versleten. En als niet eerst een beugel wordt geplaatst voorafgaand aan de operatie, kan de ingreep aan de kaak niet plaatsvinden. De reden hiervoor is dat de tanden in dat geval voor de operatie niet goed zijn uitgelijnd, en de kaakchirurg dan niet goed kan beoordelen in welke positie de onderkaak moet worden geplaatst. Deze situatie kan leiden tot verergering van de slijtage van de tanden, of heeft als gevolg dat de operatie opnieuw moet worden uitgevoerd. Als na de operatie geen beugel wordt aangemeten, kan de kaak weer terug groeien naar de originele (verkeerde) vorm. Dit zou ertoe leiden dat de operatie heeft gefaald en opnieuw moet plaatsvinden.
- 3.3. De behandelend orthodontist heeft in zijn brief aan de ziektekostenverzekeraar van 12 september 2024 over verzoeker verklaard:

“Bovengenoemde patiënt is bij ons bekend in verband met:

- Zorgvraag: patiënt merkt dat hij steeds meer slijtage heeft van zijn voortanden en wil graag dit

- verhelpen;
- Profiel en skelet: retrognaat profiel door mandibulaire retrognathie, normodivergente opbouw
 - Typering dentitie: Klasse II/2 front relatie, Klasse II occlusie van 1/2 pb rechts en 1/2 pb links, SOB 1 mm, VOB 6 mm met palatum contact met schade als gevolg, ALD -4 mm bovenkaak, ALD -1 mm onderkaak, forse inversie bovenfront, slijtage beide fronten van 1 mm, 28, 38 en 48 klinisch afwezig, kronen 16 en 46, PPS 1
 - ASA: I
 - OPG: geen bijzonderheden

Een gecombineerde orthodontisch-chirurgische behandeling lijkt ons geïndiceerd. Deze zal bestaan uit:

- Vaste apparatuur in de boven- en onderkaak voor het verkrijgen van congruente bogen
- Opbeetplaat i.v.m diepe beet
- Ventraliseren van de onderkaak middels BSSO
- Retentie met spalken achter het behandelde front i.c.m. een Essix

Wij willen u verzoeken deze behandeling te vergoeden uit de basisverzekering, omdat de afwijking voldoet aan de indicatieve lijst vanwege seriously handicapping malocclusions. Er is sprake van distorelatie (Klasse II) met een zeer diepe beet met palatinaal trauma met aantoonbare schade aan het parodontium.”

- 3.4. In zijn brief aan de commissie van 8 januari 2026 heeft verzoeker aanvullend verklaard dat hem in februari 2024 door de tandarts werd verteld dat zijn voortanden slijtage vertonen. Daarop heeft verzoeker een afspraak gemaakt bij de orthodontist, waarbij bleek dat de onderkaak niet volledig is gegroeid. Het advies luidde hiervoor een kaakoperatie te ondergaan. In verband met deze ingreep is het dragen van een beugel, zowel voorafgaand als ná de ingreep, noodzakelijk. Verzoeker heeft in zijn brief toegelicht waarom de ingreep aan de kaak medisch noodzakelijk is en waarom het bestaande probleem alleen met een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische ingreep kan worden verholpen. Verzoeker heeft de regelgeving geraadpleegd, en hij is van mening dat hij aan de voorwaarden voldoet om voor vergoeding van beide behandelingen in aanmerking te komen. Bij hem is sprake van een ernstige objectiveerbare functiestoornis in de vorm van palatinaal trauma, aantoonbare schade aan het parodontium en spraakproblemen. Verder is bij hem een blijvende groei- en ontwikkelingsstoornis aan de orde. De onderkaak is niet volledig volgroeid en kan – volgens de behandelend kaakchirurg en de orthodontist – niet meer worden aangepast zonder een ingreep van de kaakchirurg. Er is sprake van medebehandeling en medediagnostiek door andere disciplines dan de tandheelkundige. Ter behandeling van zijn klachten is het noodzakelijk dat kaakchirurgie, orthodontie en logopedie worden toegepast. Volgens de machtigingsaanvraag is sprake van PPS 1 en ASA I. Dit geeft weer dat het gaat om een gezond persoon met goede mondhygiëne.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij in het begin last had van pijn in zijn verhemelte en irritatie aan de twee voorste bovenste snijtanden. Hiervoor is verzoeker in februari 2024 naar de tandarts gegaan. De tandarts adviseerde hem een beugel te laten aanmeten, omdat de betreffende tanden waren versleten en dit probleem zonder orthodontische behandeling niet kon worden verholpen. Vervolgens is verzoeker naar de orthodontist gegaan. Uit onderzoek bleek dat verzoeker een overbeet heeft omdat zijn onderkaak te kort is gegroeid. Een beugel bleek niet voldoende; er moest ook een kaakoperatie plaatsvinden. Verzoeker heeft palatinaal trauma, aantoonbare schade aan het parodontium en spraakproblemen. Dit zijn klachten die overeen komen met een gespleten verhemelte (schisis). De orthodontist en kaakchirurg hebben toegelicht dat de beide behandelingen bij elkaar horen. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat hij er bij de beoordeling voor orthodontie niet op mag letten dat ook een kaakoperatie plaatsvindt. Daarmee erkent hij dat de beoordeling is gebaseerd op een onvolledig beeld van het behandeltraject. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld veel klachten te krijgen over

dit onderwerp, en dat zij begrijpen dat het voor verzoeker niet logisch is. Vergoeding wordt evenwel toch afgewezen. Verzoeker is van mening dat hij voldoet aan alle voorwaarden in de regelgeving om orthodontie te kunnen vergoeden. Er is sprake van een ernstige ontwikkelingsstoornis, hevige tandslijtage, een chirurgische ingreep, een noodzakelijke beugel voor en na de operatie en betrokkenheid van meerdere disciplines (orthodontist, kaakchirurg, tandarts, logopedist). Ook is bij hem sprake van laterognatie met ernstige aantoonbare asymmetrie van het gelaat en een zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma.

- 3.6. Bij e-mailbericht van 23 maart 2026 heeft verzoeker aanvullend verklaard dat zijn onderkaak een duidelijke afwijking vertoont. De toegevoegde midlijnen in het vooraanzicht lijken ongeveer 1 premolaarbreedte (ongeveer 7 mm) uit elkaar te liggen. In het zijaanzicht is duidelijk te zien dat het linkerdeel van de onderkaak ongeveer een half premolaarbreedte (ongeveer 3,5 mm) lager lijkt te liggen dan het rechterdeel van de onderkaak.
- 3.7. Bij e-mailbericht van 13 april 2026 heeft verzoeker verklaard dat volgens het Zorginstituut op de röntgenfoto is te zien dat de mediaanlijn tussen de twee centrale bovenfronttanden en de twee centrale onderfronttanden in elkaars verlengde liggen. In zijn eerdere reactie heeft verzoeker onderbouwd met aangeleverde visuele en meetbare gegevens dat hiervan juist géén sprake is en dat wel degelijk een afwijking zichtbaar is. Daarnaast is het verzoeker onduidelijk wat in het definitief advies van het Zorginstituut wordt bedoeld met “geen duidelijke laterognathie of mediaanlijn verschuiving”. Daarmee is het advies voor hem onvoldoende inzichtelijk en gemotiveerd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een orthodontische behandeling voorafgaand aan en in vervolg op de kaakchirurgische ingreep. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 13 november 2025 aangevoerd dat orthodontie alleen wordt vergoed in gevallen die in ernst vergelijkbaar zijn met schisis. De aanvraag ten behoeve van verzoeker is beoordeeld door de tandheelkundig adviseur. Deze oordeelde dat wel sprake is van een diepe beet, maar niet van schade aan het tandvlees. Om die reden is de situatie van verzoeker niet vergelijkbaar met schisis en bestaat geen aanspraak op bijzondere orthodontische hulp. De kaakchirurgische behandeling wordt apart van de orthodontische behandeling beoordeeld en, omdat hiervoor een verzekeringsindicatie bestaat, wordt deze wel vergoed.
- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 23 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de verzekeringsindicatie voor de orthodontische behandeling en de kaakoperatie los van elkaar dienen te worden beoordeeld. Dat de kaakoperatie niet kan plaatsvinden zonder de beugel maakt dit niet anders. De vraag die aldus voorligt is of de aangevraagde orthodontie voldoet aan de voorwaarden van artikel 2.7, derde lid, van het Besluit zorgverzekering. Hierbij geldt een indicatieve lijst voor aanspraken op orthodontische hulp vanuit de zorgverzekering. De in dit verband meest relevante afwijking op voornoemde lijst luidt als volgt: *“Zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium zoals recessie tot gevolg”*. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft op basis van de met de machtigingsaanvraag meegestuurde foto’s geen aantoonbare schade aan het parodontium kunnen vaststellen. Nu de ‘Indicatieve lijst’ voorschrijft dat de schade aan het parodontium aantoonbaar dient te zijn, acht de ziektekostenverzekeraar de enkele stelling van verzoeker, dat zijn diepe beet kan leiden tot zodanige schade, onvoldoende om te kunnen spreken van een verzekeringsindicatie. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor orthodontiekosten.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij niet de noodzaak van de orthodontie in twijfel trekt. Het gaat om de vraag of hiervoor een

verzekeringsindicatie aanwezig is. De kaakoperatie voldoet aan de voorwaarden van artikel 2.7 Bzv, maar het derde lid van dit artikel stelt aanvullende voorwaarden voor orthodontie. Hieraan wordt door verzoeker niet voldaan, wat de reden is dat vergoeding van deze kosten is afgewezen. Een en ander volgt ook uit het advies van Zorginstituut Nederland. De medische noodzaak en de verzekeringsindicatie moeten los van elkaar worden gezien.

- 4.4. Bij brief van 12 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar nog toegelicht dat zijn tandheelkundig adviseur het volgende meedeelt: *“Op het OPG zitten de midlijnen van OK en BK of heel dicht bij elkaar en als ik een midlijn in het zicht plaats zie ik ook geen (grote) asymmetrie”*.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 19 januari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

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 tandkaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Voor osteotomie gelden deze specifieke criteria niet. Uit de brief van 7 oktober 2024 blijkt dat verweerder de osteotomie bij verzoeker heeft goedgekeurd.

Orthodontie

Bij het bepalen of er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tandkaak-mondstelsel wordt gebruik gemaakt van de indicatieve lijst (zie juridisch kader). De afwijkingen bij verzoeker zijn qua ernst niet vergelijkbaar met de aandoeningen zoals genoemd op de indicatieve lijst.

Op de indicatieve lijst staan twee voor [de] verzoeker klinisch relevante criteria:

- 1) Zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium (verticale overbeet of VOB).*
- 2) Distorelatie klasse II met een overjet (horizontale overbeet of SOB) van meer dan 13 millimeter.*

- 1) Zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium (verticale overbeet of VOB)*

Verzoeker heeft een zogenaamde dekbeet waarbij de twee centrale bovenvoortanden (11 en 21) naar binnen gekeerd staan en de ondertanden 6 millimeter overlapt worden met contact op het gehemelte. Dit is een zogenaamde verticale overbeet (VOB). Op de klinische foto's is geen duidelijke schade aan het parodontium of palatum te zien. De voortanden zijn meer dan gemiddeld gesleten, maar niet extreem. Dit is onvoldoende om te spreken van een zeer ernstige functiestoornis.

- 2) Distorelatie klasse II met een overjet (horizontale overbeet of SOB) van meer dan 13 millimeter*
De distorelatie met overlap van de tanden in horizontale zin, overjet of sagittale overbeet (SOB), is één millimeter en voldoet niet aan de voorwaarde dat er sprake moet zijn van een overjet van meer

dan 13 millimeter. Ook hieruit blijkt dus niet dat er sprake is van een zeer ernstige functiestoornis. Verder blijkt dat er bij verzoeker sprake is van gebitslijtage en spraakproblemen. Deze problematiek vormt echter geen indicatie voor orthodontie.

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 van een orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering.

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.”

- 5.2. In het definitief advies van 7 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“U vraagt het Zorginstituut om in te gaan op het argument dat sprake is van laterognathie. De orthodontist noemt in zijn brief van 12 september 2024 geen laterognathie in zijn diagnose en behandelplan. De orthodontist noemt alleen een retrognathie (terugliggen van de onderkaak) en een diepe beet die volgens het behandelplan in voor-achterwaartse richting aangepast gaat worden met een BSSO en orthodontie. Daarnaast is er geen duidelijke laterognathie of mediaanlijn verschuiving te observeren op de klinische foto’s van pagina 17 van het dossier of op de röntgenfoto op pagina 19 van het dossier die gemaakt is op 14 juni 2024. Op de röntgenfoto is te zien dat de mediaanlijn tussen de twee centrale bovenfronttanden en de twee centrale onderfronttanden in elkaars verlengde liggen. Op de klinische foto (frontaal aanzicht met kiezen op elkaar en lippen van elkaar af) is te zien dat de centrale bovenfronttanden in het verlengde van de neus en het nasion (het deukje in de huid onder de neus) liggen en geen teken van mediaanverschuiving tonen.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 2.10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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. Verzoeker heeft in de eerste plaats aangevoerd dat de osteotomie en de aangevraagde orthodontische behandeling voorafgaand aan en volgend op de chirurgie als onderdelen van één behandeltraject moeten worden gezien. De commissie volgt verzoeker hierin niet. 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 voorafgaande orthodontische traject en is orthodontische behandeling volgend op de ingreep noodzakelijk om het met de kaakoperatie beoogde effect te behouden, zoals verzoeker ter onderbouwing heeft gesteld. 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 ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de kosten van de 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 ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten van de eveneens aangevraagde orthodontische behandeling terecht heeft afgewezen. Hiertoe overweegt de commissie als volgt
- 7.3. De aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel 3.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hier staat vermeld dat aanspraak bestaat op deze zorg bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Uit de Nota van Toelichting bij het Bzv 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. Ook de commissie hanteert de 'Indicatieve lijst' als richtsnoer. Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.
- 7.4. Een indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, Bzv is aanwezig in geval van een tandheelkundig functieprobleem als gevolg van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Eén van de aandoeningen op de 'Indicatieve lijst' is een zeer diepe beet met gingivaal of palatinaal trauma, met aantoonbare schade aan het parodontium. Het Zorginstituut schrijft in zijn advies aan de commissie van 19 januari 2026 dat uit de overgelegde klinische foto's niet blijkt dat hiervan bij verzoeker sprake is. Een andere mogelijke aandoening volgens bedoelde lijst is een distorelatie klasse II met een overjet (horizontale overbeet of SOB) van meer dan 13 millimeter. Ook aan deze voorwaarde voldoet verzoeker niet. Nu verzoeker niet aan deze voorwaarden voldoet, concludeert het Zorginstituut dat bij verzoeker geen zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel aan de orde is, zodat hij geen verzekeringsindicatie heeft voor de orthodontische behandeling. Wat door verzoeker is aangevoerd, met name over de ernst van zijn problematiek en de noodzaak van een orthodontische behandeling om de operatie te kunnen doen slagen, kan niet ertoe leiden dat van de strenge voorwaarden met betrekking tot orthodontie in bijzondere gevallen wordt afgeweken. De commissie volgt daarom de conclusie van het Zorginstituut en neemt het advies over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor orthodontische zorg. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 mei 2026,

L. Ritzema

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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

4.3 Dekking AV Tand Optimaal

Inhoud zorg

U heeft in aanvulling op de basisverzekering vanaf de leeftijd van achttien jaar recht op een vergoeding voor:

- a. mondzorg zoals genoemd in de beleidsregel Tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- b. de eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledig kunstgebit en/of klikgebit voor de boven- en/of onderkaak;
- c. materiaal- en techniekkosten;
- d. nieuw ingezette orthodontische behandelingen (beugels), zoals genoemd in de beleidsregel Orthodontische zorg van de NZa (F-codes).

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van:

- a. esthetische/cosmetische behandelingen, waaronder
 - het uitwendig bleken van elementen;
 - niet-medisch noodzakelijke facings (schildjes) die aangebracht worden om het uiterlijk van het gebit te verbeteren in een gezonde mond (prestatiecodes voor cosmetische facings);
 - behandelingen in verband met het plaatsen van de brackets aan de binnenkant van het gebit (beugelcategorie 8 en 9) of keramische brackets. U heeft wel recht op vergoeding van doorzichtige beugels (categorie 7, bijv. Invisalign);
- b. verdoving door middel van algehele narcose;
- c. de kosten van niet nagekomen afspraken;
- d. keuringsrapporten, met uitzondering van een keuringsrapport ten behoeve van de acceptatieprocedure voor deze verzekering. Voorwaarde hiervoor is dat de verzekering door De Friesland is geaccepteerd;
- e. de (vervolg)kosten van een orthodontische behandeling (beugels, F- codes) die al was gestart voor de ingangsdatum van de AV Tand Optimaal;
- f. de kosten van reparatie of vervanging bij beschadiging of verlies van bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid (code F811A);
- g. autotransplantaten (H38 en H39);
- h. een therapeutische injectie met botox (G44).

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- b. Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).
- c. Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.
- d. Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- e. Een tandtechnicus, voor kleine reparaties aan een gedeeltelijk kunstgebit (plaatje of frame). Dit betreft het opnieuw vastzetten of vervangen van een tand of kies en het herstellen van een scheur in het gedeeltelijk kunstgebit. En alleen als er geen handelingen in de mond nodig zijn.
- f. Een orthodontist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Let op!

Zorg verleend door een kaakchirurg valt in de meeste gevallen onder uw basisverzekering.

Verwijzing

Voor behandeling door een kaakchirurg heeft u een verwijzing door de tandarts nodig.

Voor behandeling door een mondhygiënist(e) is in de volgende gevallen een opdracht van de tandarts of kaakchirurg nodig, tenzij de zorg wordt verleend door een geregistreerd-mondhygiënist op grond van het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist:

- bij het toepassen van ioniserende straling in het kader van onderzoek naar de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaquegerelateerde aandoeningen, en voor het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan;
- bij het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties ten behoeve van geleidings- of infiltratieanesthesie;
- bij het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

Aanvullende tandverzekering	Dekking
AV Tand Optimaal	Maximaal € 1.000,- per kalenderjaar

U heeft, met inachtneming van de eerder genoemde uitsluitingen en tot het hierboven genoemde maximumbedrag per kalenderjaar, recht op:

- 100% vergoeding van consultatie en diagnostiek (C-codes);
- 100% vergoeding van preventieve mondzorg (M-codes);
- 100% vergoeding van vullingen (V-codes);
- 100% vergoeding van verdovingen (A-codes);
- 100% vergoeding van orthodontie (F-codes) tot maximaal € 750,-, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur;
- 80% vergoeding van de overige codes;
- 80% vergoeding van de materiaal- en techniekkosten;
- 100% vergoeding van de eigen bijdrage voor een volledig kunstgebit en/of klikgebit voor de onder- en/of bovenkaak, met uitzondering van de eigen bijdrage voor materiaal- en techniekkosten. Hiervoor geldt een vergoeding van 80%.

4.4 Tandongevallenregeling

Inhoud zorg

U heeft in aanvulling op de basisverzekering recht op tandheelkundige zorg waarvan de behandeling gericht is op het herstellen van de directe schade aan het gebit als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen een jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Als er toestemming is om de directe schade als gevolg van het ongeval met een implantaat te herstellen en het gebit is nog niet volgroeid, moet er een tijdelijke behandeling uitgevoerd worden tot er geïmplanteed kan worden.

Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn. Wij vergoeden de kosten op basis van de goedkoopste en meest eenvoudige oplossing.

3.12 Mondzorg (tandheelkunde)

3.12.1 Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

U heeft recht op mondzorg verleend door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg, voor zover er sprake is van zorg zoals tandartsen plegen te bieden en die noodzakelijk is in een van de volgende situaties:

- a. U heeft een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening. U heeft daarnaast ook recht op het aanbrengen van implantaten als u een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak heeft. Bovendien moet het implantaat zijn bedoeld om hierop een uitneembare prothese te bevestigen.
- b. U heeft een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.
- c. U moet een niet-tandheelkundige medische behandeling ondergaan die zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Let op!

Orthodontische zorg door een orthodontist valt alleen onder bijzondere tandheelkunde als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mond-stelsel heeft, vergelijkbaar met een schisisafwijking. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening als u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid (code F811A);
- beugelcategorie 0 (myofunctionele apparatuur);
- beugelcategorie 7 (vacuümgevormde beugels, aligners).

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een tandarts, mondhygiënist, of tandprotheticus, gespecialiseerd in de behandeling van specifieke problemen in de mondzorg of in de behandeling van gehandicapte of angstige patiënten.
- b. Een autotransplantaat (diagnostiek en het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies) moet 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;
- c. Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde;
- d. Een kaakchirurg;
- e. Een orthodontist;
- f. Een NVGPT erkende tandarts-gnatholoog.

Let op!

Voor het aanbrengen van een implantaat mag de zorg uitsluitend worden verleend door een gespecialiseerde tandarts op het gebied van implantologie of een kaakchirurg. Het klikgebit mag ook worden geleverd door een tandprotheticus. Voor orthodontie als onderdeel van de bijzondere tandheelkunde mag de zorg uitsluitend worden verleend door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) mogen uitsluitend worden uitgevoerd door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatholoog of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een mondhygiënist moet zijn opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Een tandprotheticus moet voldoen aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Een kaakchirurg moet zijn ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een orthodontist moet zijn ingeschreven in het register voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) is een instelling voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, die zich kenmerkt door een samenwerkingsverband van gedifferentieerde mondzorgverleners met specifieke deskundigheden, vaardigheden, kennis en faciliteiten respectievelijk ondersteuning door andere disciplines (zoals psychologie, fysiotherapie en logopedie). In een CBT wordt consultatie, diagnostiek en behandeling verleend aan patiënten met bijzondere (tandheelkundige) problematiek, veelal in multidisciplinair verband.

Verwijzing

Voor een behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist.

Voor een behandeling door een kaakchirurg heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, huisarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist.

Toestemming vooraf

Vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder dit artikel vindt alleen plaats als De Friesland voorafgaand aan de behandeling schriftelijk toestemming heeft verleend. Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek, een behandelplan met begroting en zo nodig beschikbare röntgenfoto's en/of lichtfoto's.

Eigen bijdrage

Als u achttien jaar of ouder bent, kunt u voor de zorg genoemd onder dit artikel een eigen bijdrage verschuldigd zijn tot ten hoogste het bedrag dat bij u in rekening zou worden gebracht als er geen sprake was van bijzondere tandheelkunde. U bent deze eigen bijdrage verschuldigd voor zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. Angstpatiënten zijn deze eigen bijdrage altijd verschuldigd. In artikel [3.12.2](#) kunt u vinden om welke eigen bijdrage(n) dit gaat.

Als de zorg genoemd onder dit artikel bestaat uit een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, bedraagt de eigen bijdrage 8% van de kosten voor de bovenkaak en 10% van de kosten voor de onderkaak.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventuele eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12.2 Reguliere tandheelkunde (achttien jaar en ouder)

Inhoud zorg

Als u achttien jaar of ouder bent, kunt u naast de onder artikel [3.12.1](#) genoemde bijzondere tandheelkunde recht hebben op:

- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij horende röntgenonderzoek, met uitzondering van:
 - ongecompliceerde extracties inclusief het daarbij horende röntgenonderzoek;
 - parodontale chirurgie;
 - het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.
- b. een uitneembaar volledig kunstgebit of klikgebit voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembaar volledig klikgebit te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur;
- c. reparatie en rebasing van een bestaand uitneembaar volledig kunstgebit of klikgebit of van een bestaand volledig overkappingskunstgebit.

Uitsluiting

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

Wie mag deze zorg verlenen

Zorg genoemd onder a.: een kaakchirurg.

Zorg genoemd onder b. : een tandprotheticus of tandarts.

Zorg genoemd onder c.: een tandprotheticus of tandarts. Voor reparaties (dus niet rebasen) mag een tandtechnicus de zorg ook verlenen, maar alleen als sprake is van reparaties aan een uitneembaar volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak en 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.

Een kaakchirurg moet zijn ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een tandprotheticus moet voldoen aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

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.