

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten  
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaatbehandeling, kronen, indicatie, maatmanbeginsel  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv  
Zaaknummer : 202201304  
Zittingsdatum : 22 februari 2023

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
  - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 31 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 september 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 28 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 31 oktober 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 30 november 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022044160) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 december 2022 aan partijen gestuurd. Bij e-mailbericht van 11 februari 2023 heeft verzoekster op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 maart 2023 op de aantekeningen gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting, alsmede kopieën van de reacties van verzoekster en de ziektekostenverzekeraar van 11 februari 2023 respectievelijk 8 maart 2023 zijn op 16 maart 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 november 2022 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in het definitief advies rekening te houden met:
  - (i) het feit dat tussen partijen de vergoeding van de orthodontische behandeling niet (meer) in geschil is, en
  - (ii) de primaire stelling van de ziektekostenverzekeraar dat bij verzoekster een verzekeringsindicatie voor bijzondere tandheelkunde ontbreekt.
- 2.6. Bij brief van 20 maart 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 21 maart 2023 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailberichten van 10 en 15 april 2023 heeft

verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Kopieën van deze reacties zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

### 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Superfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij brief van 30 juni 2016 heeft de behandelend orthodontist aan verzoekster een aanvraag voor een orthodontische behandeling gestuurd, die zij kon doorsturen naar de ziektekostenverzekeraar. Onder het kopje 'Diagnose' wordt hierin ten aanzien van verzoekster gesteld:

*"Klasse II/1 malocclusie, prognathie van de maxilla en mandibulaire retrognathie, sob 11 mm, taumatogene palatumbeet, open liprelatie, gemutileerde dentitie, meerdere implantaten, afgebroken restauraties."*

- 3.3. Bij brief van 8 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de orthodontische behandeling afgewezen. Verzoekster is in oktober 2016 tegen deze afwijzing opgekomen. Bij brief van 20 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar hier op gereageerd, onder handhaving van zijn afwijzende beslissing.
- 3.4. Op 4 april 2017 heeft verzoekster een ongeval gekregen. Bij e-mailbericht van 12 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster verzocht om toezending van een behandelplan in verband met de ongevalsschade. Op 21 maart 2018 is een nieuw behandelplan ingediend. Dit voorzag in het aanbrengen van implantaten, plaatsen van bruggen, vervolghandelingen orthodontische hulp en een correctie van de kaakstand (osteotomie).  
Bij brief van 25 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de ongevallendeckking met een half jaar werd verlengd. In 2019 is namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een kaakchirurgische behandeling. Bij brief van 17 juli 2019 werd de osteotomie gemachtigd waarna de ingreep in oktober van dat jaar is uitgevoerd.

Op 8 april 2021 is per e-mail een volgend behandelplan ingediend. Dit behandelplan had betrekking op een *"medisch noodzakelijke ingreep mbt kaak- en kauwfunctie. Eventuele behandeling voortvloeiend uit het ongeval (april 2017 Connexion) zijn niet in dit Behandelplan opgenomen. Uitzondering: bleken voortand bovenkaak."*

Bij brief van 20 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd met de mededeling dat - gedeeltelijke - vergoeding mogelijk is ten laste van de aanvullende (tandarts)verzekering.

- 3.5. Verzoekster heeft bij brief van 2 mei 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd zijn beslissing te heroverwegen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 17 mei 2021 afwijzend gereageerd.
- 3.6. Op 3 november 2021 is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor het plaatsen van zes kronen op natuurlijke elementen en vijf kronen op implantaten. Bij e-mailbericht van 31 november 2021 is deze aanvraag afgewezen.
- 3.7. Op 2 april 2022 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar opnieuw aandacht gevraagd voor haar tandheelkundige problematiek. Bij brief van 17 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar haar geantwoord dat hij het ingenomen standpunt handhaaft.

- 3.8. Bij brief van 30 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.9. Bij brief van 20 maart 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

#### 4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de orthodontische behandeling en van het plaatsen van de kronen - al dan niet op implantaten - te vergoeden.
- 4.2. In dit verband heeft verzoekster gesteld dat zij van Noord-Europese en West-Afrikaanse afkomst is, en een afwijkende kaak- en gebitsvorm heeft, met een ernstig gestoorde kauw-, bijt-, slik- en spreekfunctie tot gevolg. Er is sprake van een extreme overbeet, een te smalle en te kleine onderkaak, en te grote tanden.  
Verzoekster licht toe dat de problemen al zijn ontstaan toen zij nog een kind was. Voor een dure behandeling was toen echter geen geld beschikbaar. Rond haar 35<sup>e</sup>/36<sup>e</sup> jaar kreeg zij meer problemen met praten en articuleren, en ging haar kaak soms op slot. Haar toenmalige tandarts raadde een kaakoperatie en beugeltraject af, onder andere vanwege het risico dat zij alle aanwezige tanden zou kunnen verliezen.  
Toen verzoekster ca. 58 jaar oud was, kreeg zij te maken met afbrokkelende tanden en kiezen, waardoor haar kauwfunctie nog verder achteruit ging. De behandelend orthodontist adviseerde haar een kaakoperatie en beugeltraject. Met de orthodontische behandeling is in 2016 gestart. De kaakoperatie zou bestaan uit het inkorten van de bovenkaak en het verlengen van de onderkaak. Na het ongeval in april 2017 was sprake van een langdurig herstel. In oktober 2019 is de onderkaak verlengd. De kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed.  
Volgens verzoekster is bij haar een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel aan de orde, meer specifiek een kaakorthopedische afwijking of een ernstige craniomanibulaire dysfunctie. Dat een evidente medische noodzaak bestaat wordt onderschreven door de tandarts, orthodontist en kaakchirurg. Deze zorgverleners zijn door de ziektekostenverzekeraar geselecteerd en gecontracteerd. Het betreft een complexe casus, zoals blijkt uit de speciale eerste casus schouw die in 2016 heeft plaatsgevonden. De behandelingen zijn zeker niet esthetisch.  
Verder tekent verzoekster aan dat bij haar in de afgelopen jaren diverse implantaten zijn aangebracht. Twee ervan moesten worden verwijderd vanwege het beugeltraject. Normaliter zal hiertoe niet worden besloten, waaruit de ernst van de situatie blijkt.  
Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar zich erg rigide opstelt. Zij is al 25 jaar bij hem verzekerd. Ook wijst zij op de hoge kosten, die meer dan € 10.000,- belopen.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat na het verkeersongeval in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag is gedaan voor volledig herstel. Dit herstel bestond onder meer uit een osteotomie, een orthodontische behandeling, het plaatsen van zes kronen op natuurlijke elementen, alsmede het plaatsen van vijf kronen op implantaten. Inmiddels is door de ziektekostenverzekeraar een groot deel vergoed, maar wat betreft het plaatsen van kronen en het aanbrengen van implantaten blijft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt stellen dat deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoekster kan zich met dit standpunt niet verenigen, omdat de restauratieve behandeling onlosmakelijk is verbonden met het algehele herstel. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar ter zitting, namelijk dat voor de restauratieve behandeling geen verzekeringsindicatie bestaat, is voor verzoekster niet te volgen, omdat het Zorginstituut in het voorlopig advies enkel stelt dat niet wordt voldaan aan het maatmanbeginsel. Het bestaan van een verzekeringsindicatie voor bijzondere tandheelkunde wordt daarmee door het Zorginstituut erkend. Verder is door verzoekster benadrukt dat de aangevraagde restauratieve behandeling medisch noodzakelijk is. Door de bestaande situatie van het gebit heeft verzoekster problemen met het eten van voedsel en met spreken. Anders dan

de ziektekostenverzekeraar suggereert, zijn de aangevraagde behandelingen niet esthetisch van aard, maar puur en alleen medisch noodzakelijk.

- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 4.5. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut benadrukt verzoekster dat na de orthodontische behandeling de behandelingen om te komen tot volledig herstel nog niet waren afgerond. Pas nadat ook de restauratieve behandeling is uitgevoerd is alles volledig hersteld en vergelijkbaar met de situatie van vóór het ongeval. Vóór het ongeval beschikte verzoekster namelijk over een goed en netjes onderhouden gebit. Het voorgaande is bevestigd door de behandelend tandarts die hierover heeft verklaard dat na de orthodontische behandeling nog geen kauwfunctie aanwezig was, omdat slechts één kies in het onderfront de tegenoverliggende kies in het bovenfront raakte.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding zijn standpunt te wijzigen. In dat kader heeft hij verklaard dat bij verzoekster sprake is van een gemutileerd gebit met verlies van de dorsale steunzone. Er bestaat geen indicatie voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Van een ernstige aandoening is niet gebleken, met name betreft het hier geen schade aan het palatum door een traumatische beet. Oorzaak van het probleem vormt mogelijk het verlies van elementen en het aanbrengen van prothetische voorzieningen met een te lage beet. De kosten van de osteotomie zijn inderdaad vergoed, doch dit is gebeurd op basis van andere criteria. Voor de orthodontische behandeling is een (gedeeltelijke) vergoeding verleend vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij eerder de kosten van een osteotomie heeft vergoed. Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar verzocht ook de kosten van een orthodontische behandeling, alsmede die van het plaatsen van kronen en het aanbrengen van implantaten te vergoeden. De kosten van de orthodontische behandeling zijn uiteindelijk grotendeels vergoed, maar die van het plaatsen van kronen en het aanbrengen van implantaten niet. Dit omdat een verzekeringsindicatie hiervoor ontbreekt. Vanwege het ontbreken van een verzekeringsindicatie wordt aan de vraag of wordt voldaan aan het maatmanbeginsel niet toegekomen. Gelet op het advies van het Zorginstituut stelt de ziektekostenverzekeraar zich subsidiair echter op het standpunt dat sprake is van strijd met het maatmanbeginsel.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 30 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

*"Verzoekster heeft een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Er is namelijk sprake van een ernstige ontwikkelingsstoornis van het tand-kaak-mondstelsel.*

### *Orthodontische behandeling*

*Hoewel de situatie van verzoekster niet precies overeenkomt met de aandoeningen genoemd op de indicatieve lijst zoals opgesteld door het CAT, en ondanks dat er in het verleden veel zorg in het gebit is geïnvesteerd, is de beet niet stabiel gebleken gezien de dagelijkse problemen (kauw, slik en spreekfunctie) zoals beschreven door verzoekster. De situatie van verzoekster grenst aan een aantal criteria van de indicatieve lijst, er is bij verzoekster namelijk sprake van klasse II/I malocclusie, prognathie van de maxilla en mandibulaire retrognathie, een traumatogene palatum beet, een sagittale overbeet van 11 in plaats van de grens van 13mm en een open liprelatie.*

Verder zijn diverse behandelingen (kronen) ondergaan om de beet stabiel te krijgen. Gelet op het voorgaande is bij verzoekster sprake van een (verzekerings)indicatie voor orthodontische hulp. Hierbij merkt het Zorginstituut op dat de indicatieve lijst van het CAT niet limitatief is.

#### Kronen

Het plaatsen van kronen (zes kronen op natuurlijke elementen en vijf kronen op implantaten) komt niet voor vergoeding in aanmerking gelet op het maatmanbeginsel. Het gebit van verzoekster is al hersteld tot het niveau van mondgezondheid die zij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Aangezien het sluiten van de black triangle een esthetische behandeling is en de kronen op de implantaten nog functioneel zijn. Een diasteem ter plaatse van de tweede kleine kiezen (premolaren) boven is wellicht niet ideaal, maar het gebit kan hiermee normaal functioneren.

#### Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de orthodontische behandeling ten laste van de basisverzekering. Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van het plaatsen van kronen (zes kronen op natuurlijke elementen en vijf kronen op implantaten) ten laste van de basisverzekering.

#### Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De orthodontische behandeling komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Het plaatsen van kronen komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 20 maart 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"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.

Het geschil heeft enkel nog betrekking op de kronen op implantaten. Ter zitting heeft verweerder het standpunt ingenomen dat de aanvraag voor de kronen op implantaten is afgewezen, omdat geen verzekeringsindicatie bestaat. Subsidiair stelt verweerder dat niet voldaan is aan het maatmanbeginsel. U hebt het Zorginstituut gevraagd in te gaan op het standpunt dat bij verzoekster geen sprake is van een verzekeringsindicatie.

Het maatmanbeginsel, dat onderdeel uitmaakt van de aanspraak op bijzondere tandheelkundige hulp, brengt met zich mee dat een verzekerde die eens de indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp heeft verworven, niet vanzelfsprekend levenslang deze indicatie behoudt. De aanspraak op bijzondere tandheelkundige hulp reikt slechts tot een niveau van mondgezondheid die een verzekerde zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Wanneer het functieprobleem van een verzekerde is hersteld bestaat geen indicatie meer voor bijzondere tandheelkundige hulp. Bij volgende aanvragen voor bijzondere tandheelkundige hulp dient opnieuw getoetst te worden of de verzekerde een indicatie heeft.

Bij verzoekster was sprake van een ernstige ontwikkelingsstoornis van het tandkaak-mondstelsel. Zij had derhalve een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp.

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat het plaatsen van kronen (zes kronen op natuurlijke elementen en vijf kronen op implantaten) bij verzoekster echter niet voor vergoeding in aanmerking komt gelet op het maatmanbeginsel. Hiermee wordt bedoeld dat het functieprobleem van verzoekster al is hersteld tot een niveau van mondgezondheid die zij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Voor het plaatsen van kronen bestaat daarom geen (verzekerings)indicatie."

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 79 van de Algemene regels (2021) van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over tandheelkundige zorg en orthodontie in bijzondere gevallen 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

- 8.2. Het staat vast dat na het ongeval in 2017 namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verschillende aanvragen zijn ingediend voor herstel van het gebit. Deze aanvragen hadden onder meer betrekking op een kaakchirurgische ingreep, een orthodontische behandeling en een restauratieve behandeling. Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt dat zij niet (meer) verdeeld zijn over de vergoeding van zowel de kaakchirurgische ingreep (vergoed ten laste van de zorgverzekering) als de orthodontische behandeling (grotendeels vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering). Het geschil spitst zich daarom toe op de vraag of de ziektekostenverzekeraar ook gehouden is de kosten van de restauratieve behandeling te vergoeden. Verzoekster heeft betoogd dat dit het geval is, omdat de ziektekostenverzekeraar eerdere behandelingen tot herstel wél heeft vergoed en de restauratieve behandeling eveneens deel uitmaakt van het volledige gebitsherstel. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen de verschillende behandelingen. Het gaat hier namelijk om drie verschillende verzekerde prestaties, die afzonderlijk dienen te worden beoordeeld, aan de hand van de onderscheiden voorwaarden. Omdat partijen, als gezegd, alleen nog verdeeld zijn over de vergoeding van de restauratieve behandeling zal de commissie zich in het vervolg hiertoe beperken.
- 8.3. Met betrekking tot de restauratieve behandeling geldt dat deze behandeling, blijkens de op 3 november 2021 per e-mail ingediende aanvraag, betrekking heeft op het plaatsen van zes kronen op natuurlijke elementen en vijf kronen op implantaten. Voor het antwoord op de vraag of de hiermee gemoeide kosten voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen, overweegt de commissie als volgt.  
Zoals blijkt uit het bepaalde op bladzijde 143 van de voorwaarden van de zorgverzekering, komen implantaten soms voor vergoeding in aanmerking. Dit is onder andere het geval indien de implantaten dienen als steun voor een volledige uitneembare prothese en de tandeloze kaak ernstig is geslonken. Genoemde bepaling is gebaseerd op artikel 2.7, tweede lid, Bzv. Bij verzoekster zijn nog natuurlijke elementen in de boven- en onderkaak aanwezig, zodat zij niet aan de hiervoor genoemde voorwaarden voldoet.  
Ook indien geen sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak en een volledige uitneembare prothese, kan aanspraak bestaan op het aanbrengen van implantaten en het plaatsen van kronen. Hiertoe dient een indicatie voor bijzondere tandheelkunde aanwezig te zijn. Vervolgens dient te worden beoordeeld hoe ver de aanspraak in het kader van de bijzondere tandheelkundige zorg reikt. Deze aanspraak is namelijk niet onbeperkt, maar vindt zijn begrenzing in het zogenoemde maatmanbeginsel.
- 8.4. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat hij zich primair op het standpunt stelt dat bij verzoekster geen sprake is van een verzekeringsindicatie en subsidiair dat niet wordt

voldaan aan het maatmanbeginsel. Met betrekking tot de indicatie voor bijzondere tandheelkunde merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar het door hem ingenomen standpunt niet nader heeft onderbouwd. Daarentegen blijkt uit het definitief advies van het Zorginstituut dat bij verzoekster sprake was van een ernstige ontwikkelingsstoornis van het tand-kaak-mondstelsel zodat een zodanige indicatie bestond. De commissie ziet geen aanleiding van deze conclusie af te wijken en passeert het standpunt van de ziektekostenverzekeraar ter zake.

Rest de vraag of ten aanzien van de restauratieve behandeling wordt voldaan aan het maatbeginsel. Met betrekking hiertoe stelt het Zorginstituut in zijn advies van 30 november 2022 dat met de al bij verzoekster uitgevoerde tandheelkundige behandelingen het gebit is hersteld tot het niveau van mondgezondheid dat zij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Met de aanwezige kronen op de implantaten beschikt verzoekster over een functionerend gebit, waaraan het diasteem ter plaatse van de tweede kleine kiezen boven niets afdoet. Het Zorginstituut is van oordeel dat het sluiten van de black triangle esthetisch is. Gelet op het voorgaande concludeert het Zorginstituut dat niet is voldaan aan het maatmanbeginsel en daarom adviseert het Zorginstituut de commissie dit onderdeel van het verzoek af te wijzen. De commissie ziet in hetgeen door verzoekster is aangevoerd met betrekking tot haar afkomst, de door de zorgverleners onderschreven noodzaak van de behandeling, de complexiteit hiervan, en de kosten, geen aanleiding van het advies af te wijken. De commissie heeft begrip voor de wens van verzoekster om de behandeling te ondergaan, maar komt op basis van het voorgaande tot de slotsom dat zij geen aanspraak heeft op de restauratieve behandeling, bestaande uit het plaatsen van kronen (zes kronen op natuurlijke elementen en vijf kronen op implantaten), ten laste van de zorgverzekering.

*Slotsom*

8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 mei 2023,

A.I.M. van Mierlo



**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 sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl).*

**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;
- (...)

### 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.

(...)

### Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

(...)

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
  - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
  - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
  - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese;
3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
  - a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
  - b. incidenteel tandheelkundig consult;
  - c. het verwijderen van tandsteen;
  - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
  - e. sealing;
  - f. parodontale hulp;
  - g. anesthesie;
  - h. endodontische hulp;
  - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
  - j. gnathologische hulp;
  - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
  - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
  - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
  
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
  - a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
  - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.
  
6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.31

1. De eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.
2. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, vijftwintig procent van de kosten van die voorziening.

3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:
  - a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
  - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.

# **Mond en gebit**

## **Vergoedingen**

**Tandheelkundige zorg tot 18 jaar**  
**Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar**  
**Tandheelkundige zorg na een ongeval**  
**Orthodontie tot 18 jaar**  
**Orthodontie vanaf 18 jaar**  
**Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar**  
**Fronttandvervanging**  
**Kaakchirurgie vanaf 18 jaar**  
**Bijzondere tandheelkunde**  
**DiamondClean Smart tandenborstel**

**ONVZ**

VERZEKERD VAN JEZELF

# Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Voor een sterk en gezond gebit.

## Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	100% van de meeste behandelingen
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Benfit</b>	Geen vergoeding
<b>Optifit</b>	€ 500 Max. per kalenderjaar
<b>Topfit</b>	100%
<b>Superfit</b>	100%

## Wat u vergoed krijgt

Goede mondzorg op jonge leeftijd voorkomt problemen later. Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoedt de **basisverzekering** deze tandartsbehandelingen:

- controle (preventief tandheelkundig onderzoek), één keer per jaar
- extra controles als die nodig zijn
- incidentele consulten
- verwijderen van tandsteen
- fluoridebehandeling van het blijvende gebit, 2 keer per jaar
- extra fluoridebehandelingen als die nodig zijn
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag)
- behandeling van tandvleesproblemen
- verdoving
- wortelkanaalbehandeling
- vullingen
- zorg bij klachten aan het kaakgewricht
- uitneembare prothetische voorzieningen (zoals een plaatje en een kunstgebit)
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve implantaten
- röntgenfoto's, behalve die voor orthodontie
- kaakoverzichtsfoto, behalve die voor orthodontie

Is voor behandeling bij de kaakchirurg opname nodig? Dan vergoedt de basisverzekering ook de ziekenhuisopname.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden tot 18 jaar de algemene tandheelkundige zorg die de basisverzekering niet vergoedt. Optifit vergoedt maximaal € 500 per kalenderjaar. Topfit en Superfit vergoeden de zorg volledig.

### Andere vergoedingen

Voor tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar, orthodontie tot 18 jaar, fronttandvervanging en bijzondere tandheelkunde gelden (ook) andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld.

### **Hier kunt u terecht**

Voor zorg uit de basisverzekering:

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus
- kaakchirurg (MKA-chirurg)

Voor zorg uit de aanvullende verzekering:

- tandarts
- tandprotheticus

### **Dit wordt niet vergoed**

De basisverzekering en de aanvullende verzekeringen vergoeden niet:

- uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97<sup>1</sup>)
- gebits- en mondbeschermer (M61)
- niet-restauratief behandelen van gaatjes (cariës) in het melkgebit (M05)
- behandelen van witte vlekken (M80, M81)

### **De aanvullende verzekeringen vergoeden niet:**

- volledige narcose (A20)
- MRA<sup>2</sup> (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)

## **Wat u zelf betaalt**

### **Geen eigen risico**

Tot 18 jaar betaalt u geen eigen risico.

### **Geen eigen bijdrage**

Voor tandheelkundige zorg tot 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

## **Dit moet u zelf doen**

### **Voor de kaakchirurg moet u vooraf een verwijzing hebben**

Voor u naar de kaakchirurg gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, tandarts, een medisch specialist of een jeugdarts. Bij acute zorg<sup>3</sup> is geen verwijzing nodig.

### **Soms heeft u vooraf toestemming nodig**

De volgende zorg vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming<sup>4</sup> hebben gegeven:

- de 3e en volgende fluoridebehandeling(en) in hetzelfde kalenderjaar
- een kaakoverzichtsfoto
- behandelingen bij de kaakchirurg die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie<sup>5</sup> staan
- zorg onder volledige narcose
- een kunstgebit dat duurder is dan € 650 (inclusief materiaal- en techniekkosten) per kaak
- het vervangen van een kunstgebit dat minder dan 5 jaar oud is
- een klikgebit, en het repareren of rebasen (opvullen) van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

## **Goed om te weten**

### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als een behandeling alleen cosmetisch is, of als u een zorgafpraak niet nakomt ('no show').

### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Hier is gebruikelijke zorg: de mondzorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

<sup>1</sup> De codes tussen haakjes staan op de nota van de tandarts

<sup>2</sup> Dit valt onder de vergoeding hulpmiddelen: MRA

<sup>3</sup> Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

<sup>4</sup> Zie hiervoor: [www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen](http://www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen)

<sup>5</sup> Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

# Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Voor een goed gebit in een gezonde mond.

## Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	Beperkt, volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese, Fronttandvervangning en Bijzondere tandheelkunde
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Benfit</b>	Geen vergoeding
<b>Optifit</b>	Geen vergoeding
<b>Topfit</b>	Geen vergoeding
<b>Superfit</b>	€ 1.600 algemene tandheelkundige zorg Max. per kalenderjaar
<b>Tandfit A</b>	€ 200, waarvan max. € 75 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
<b>Tandfit B</b>	€ 500, waarvan max. € 150 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
<b>Tandfit C</b>	€ 1.250, waarvan max. € 250 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
<b>Tandfit Preventief</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• controle en preventie volledig</li><li>• andere tandheelkundige zorg: € 2.000, waarvan max. € 300 voor vullingen</li><li>• elektrische tandenborstel + opzetborsteltjes</li></ul> <p>Vergoedingen: max. per kalenderjaar Tandenborstel: 1 per 3 jaar Opzetborsteltje: 1 per kwartaal</p> <p>Geen vergoeding voor: kronen, bruggen, wortelkanaalbehandelingen, implantaten en protheses</p>

## Wat u vergoed krijgt

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoedt de basisverzekering alleen de kaakchirurg, het kunstgebit, fronttandvervangning en bijzondere tandheelkunde. Waar u recht op heeft staat in die vergoedingen. De meeste 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist en orthodontie vergoedt de basisverzekering niet.

De aanvullende verzekeringen Superfit en Tandfit A, B, C en Preventief vergoeden algemene tandheelkundige zorg wel als u 18 jaar of ouder bent. De vergoedingen staan hieronder, per verzekering. De codes tussen haakjes staan op de nota van de tandarts. Voor orthodontie geldt een andere vergoeding.

### Superfit

Superfit vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.600 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet.



### **Tandfit A**

Tandfit A vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 200 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 75 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes<sup>1</sup>), zoals gebitsreiniging.

### **Tandfit B**

Tandfit B vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 500 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 150 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes<sup>1</sup>), zoals gebitsreiniging.

### **Tandfit C**

Tandfit C vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.250 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 250 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes<sup>1</sup>), zoals gebitsreiniging.

### **Tandfit Preventief**

Tandfit Preventief vergoedt deze preventieve behandelingen:

- controle (C11<sup>2</sup>)
- consult (C13)
- aanvullende anamnese (C22)
- toeslag voor behandeling thuis (C80)
- preventieve voorlichting (M01)
- evaluatie van preventie (M02)
- gebitsreiniging (M03)
- fluoridebehandeling (M40)
- onderzoek bacteriën en enzymen (M32)
- röntgenfoto (X10) of beoordelen daarvan (X11), maar niet voor orthodontie
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag) (V30, V35)

Tandfit Preventief vergoedt ook de meeste andere codes voor tandheelkundige zorg<sup>3</sup>, tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar. Van dat bedrag kunt u maximaal € 300 besteden aan vullingen (V-codes) en tandvleesbehandelingen (parodontologie, T-codes) samen. Had u in 2019 ook Tandfit Preventief? Dan geldt de beperking voor vullingen en tandvleesbehandelingen niet voor u. Ze worden dan samen met de andere codes tot € 2.000 vergoed.

En: bij Tandfit Preventief krijgt u 1 keer per 3 jaar een elektrische tandenborstel, en elk kwartaal een nieuw opzetborsteltje.

Tandfit Preventief vergoedt niet (zorg die te maken heeft met):

- kronen, bruggen en inlays<sup>4</sup>
- kunstgebit
- implantaten
- wortelkanaalbehandeling
- orthodontie

### **Voor Superfit, Tandfit A, B, C en Preventief geldt:**

#### **Hier kunt u terecht**

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

#### **Dit wordt niet vergoed**

- volledige narcose (A20)
- uitwendig bleken (E97)
- facings (V15, R78, R79)
- behandeling van witte vlekken (M80, M81)
- MRA<sup>5</sup> (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)
- gebits- en mondbeschermer (M61)

### **Ongeval?**

Heeft u een ongeval gehad en is uw gebit beschadigd? Er is een aparte vergoeding voor tandheelkundige zorg na een ongeval.

<sup>1</sup> M01 preventieve voorlichting  
M02 evaluatie van preventie  
M03 gebitsreiniging  
M30 behandelen gevoelige tandhalzen  
M32 onderzoek bacteriën/enzymen  
M40 fluoridebehandeling

<sup>2</sup> De codes tussen haakjes staan op de nota van de tandarts

<sup>3</sup> Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl) - 030 639 62 22

<sup>4</sup> Op maat gemaakte vullingen

<sup>5</sup> Dit valt onder de vergoeding MRA

## Wat u zelf betaalt

### Geen eigen risico

Voor deze tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar geldt geen eigen risico.

### Geen eigen bijdrage

Voor deze tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

## Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als een behandeling alleen cosmetisch is, of als u een zorgafpraak niet nakomt ('no show').

### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

## Tandheelkundige zorg na een ongeval

Een bal tegen uw gezicht bij het sporten. Een ongeluk met de fiets.

## Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	Sommige gevallen Uit vergoeding Tandheelkundige zorg tot 18 jaar, of vanaf 18 jaar volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese en Bijzondere tandheeskunde
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Benefit</b>	Geen vergoeding
<b>Optifit</b>	Geen vergoeding
<b>Topfit</b>	Geen vergoeding
<b>Superfit</b>	€ 5.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
<b>OntzorgPlus</b>	€ 10.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
<b>Tandfit A</b>	€ 2.500 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
<b>Tandfit B</b>	€ 5.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
<b>Tandfit C</b>	€ 5.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
<b>Tandfit Preventief</b>	€ 10.000

## Wat u vergoed krijgt

Heeft u schade aan uw gebit door een ongeval<sup>1</sup>? De basisverzekering of uw aanvullende (tand)verzekering vergoedt mogelijk uw tandheelkundige kosten. Dit hangt af van wélke verzekering u heeft en van uw leeftijd.

### Bent u jonger dan 18 jaar?

Dan vergoedt de **basisverzekering** de meeste tandheelkundige zorg. Dat kan dus ook zorg zijn die u nodig heeft door een ongeval. De aanvullende verzekeringen Optifit en hoger vergoeden algemene tandheelkundige zorg die niet onder de basisverzekering valt. Wat u vergoed krijgt staat bij tandheelkundige zorg tot 18 jaar.

### Bent u 18 jaar of ouder?

Vanaf 18 jaar vergoedt de basisverzekering alleen de kaakchirurg, het kunstgebit en bijzondere tandheelkunde. De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Tandfit A, B, C en Preventief vergoeden algemene tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar wel. In die vergoedingen staat waar u recht op heeft.

### Extra vergoeding na een ongeval

Krijgt u de zorg die u nodig heeft niet (helemaal) vergoed volgens de vergoedingen hierboven? Dan vergoeden Superfit, Tandfit A, B, C en Preventief, en soms OntzorgPlus, na onze toestemming, tandheelkundige behandeling om de schade aan uw gebit te repareren. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of een gedeeltelijk kunstgebit.

Deze vergoeding geldt alleen voor behandelingen tot maximaal 1 jaar na het ongeval. En het ongeluk moet gebeurd zijn terwijl u Superfit, Tandfit A, B, C of Preventief of OntzorgPlus had.

Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding.

### Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

### Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose (A20)
- behandeling van schade aan uw gebit die is ontstaan door een gebeurtenis waarbij vooraf kan worden ingeschat dat gebitsschade kan ontstaan. Bijvoorbeeld het bijten op een hard voorwerp, het openen van een fles met de tanden of het niet dragen van een gebitsbeschermer bij relevante sporten
- behandeling van schade aan uw gebit die is ontstaan of verergerd door eten

## Wat u zelf betaalt

### Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de zorg die onder de basisverzekering valt.

### Geen eigen bijdrage

Voor tandheelkundige zorg na een ongeval uit de aanvullende verzekering betaalt u geen eigen bijdrage.

## Dit moet u zelf doen

### U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden tandheelkundige zorg na een ongeval alleen als wij vooraf toestemming<sup>2</sup> hebben gegeven. Voor spoedeisende zorg kunt u toestemming ook achteraf vragen. Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig. Daar moeten een behandelplan, een begroting en een (röntgen)foto bij zitten.

## Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

<sup>1</sup> Met ongeval bedoelen wij in deze vergoeding: een plotselinge inwerking van geweld van buitenaf op uw lichaam, buiten uw wil, dat medisch aantoonbaar fysiek letsel heeft veroorzaakt

<sup>2</sup> Zie hiervoor: [www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen](http://www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen)

### OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. OntzorgPlus is daar namelijk onderdeel van.

### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

## Orthodontie tot 18 jaar

Voor een goed werkend gebit.

### Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	Alleen bij ernstige aandoeningen, uit vergoeding Bijzondere tandheekkunde
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Benfit</b>	Geen vergoeding
<b>Optifit</b>	Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden max. € 1.000 2e 12 maanden max. € 1.000
<b>Topfit</b>	Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden max. € 1.000 2e 12 maanden max. € 1.000 3e 12 maanden max. € 1.000
<b>Superfit</b>	100%

### Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Orthodontie kan die vaak verhelpen. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheekkunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden orthodontie tot 18 jaar, volgens de vergoeding die u nu leest.

Optifit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling. En maximaal € 1.000 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 2 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Topfit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000 in de 12 maanden daarna en € 1.000 in de 12 maanden dáárna. De vergoeding eindigt dus 3 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Optifit en Topfit vergoeden orthodontie dus niet tot een maximum per kalenderjaar, maar per behandeljaar. Hoe dat werkt, leest u op onze informatiepagina<sup>1</sup>.

Superfit vergoedt orthodontie tot 18 jaar volledig. De aanvullende tandverzekeringen vergoeden orthodontie niet.

<sup>1</sup> Zie hiervoor: [www.onvz.nl/vergoedingen/uitleg-vergoeding-orthodontie-tot-18-jaar-uit-optifit-en-topfit](http://www.onvz.nl/vergoedingen/uitleg-vergoeding-orthodontie-tot-18-jaar-uit-optifit-en-topfit)

### Andere vergoedingen

Topfit en Superfit hebben ook een vergoeding voor orthodontie vanaf 18 jaar.

#### Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist<sup>1</sup>

#### Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

## Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen risico

Voor orthodontie tot 18 jaar geldt geen eigen risico.

#### Geen eigen bijdrage

Voor orthodontie tot 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

## Goed om te weten

#### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed, en welke wijzigingen u moet doorgeven. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

#### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is de gebruikelijke zorg: de orthodontie die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen om een functionele afwijking te corrigeren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

#### Wij bepalen de startdatum als wij de 1e declaratie ontvangen

Wij kijken dan naar de datum van het consult of de behandeling. Vindt de orthodontist tijdens een 1e consult dat uw kind beter kan wachten met een beugel? Dan kan het bij Optifit en Topfit voordelig zijn dit consult zelf te betalen. Anders gaat de 24 maanden (Optifit) of 36 maanden (Topfit) vergoeding al lopen voordat de behandeling echt begint. Meld dan bij de orthodontist dat u het consult zelf betaalt. Veel orthodontisten sturen de declaratie namelijk rechtstreeks naar ons.

## Orthodontie vanaf 18 jaar

Goed kunnen bijten en kauwen is belangrijk voor uw hele gezondheid.

## Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	Alleen bij ernstige aandoeningen, uit vergoeding Bijzondere tandheelkunde
<b>Startfit</b>	Geen vergoeding
<b>Benfit</b>	Geen vergoeding
<b>Optifit</b>	Geen vergoeding
<b>Topfit</b>	€ 500 Max. per kalenderjaar
<b>Superfit</b>	100%

<sup>1</sup> Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie

## Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking van de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Orthodontie kan die vaak verhelpen. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door ernstige aandoeningen, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheelkunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een beugel nodig? De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden orthodontie vanaf 18 jaar, voor het herstellen van een functionele afwijking. Topfit vergoedt hiervoor maximaal € 500 per kalenderjaar. Superfit vergoedt die orthodontie volledig.

### Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist<sup>1</sup>

### Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

## Wat u zelf betaalt

### Geen eigen risico

Voor orthodontie vanaf 18 jaar geldt geen eigen risico.

### Geen eigen bijdrage

Voor orthodontie vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

## Dit moet u zelf doen

### U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden de orthodontie alleen als wij vooraf toestemming<sup>2</sup> hebben gegeven.

## Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed, en welke wijzigingen u moet doorgeven. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

<sup>1</sup> Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie

<sup>2</sup> Zie hiervoor: [www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen](http://www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen)

# Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar

Kunstgebit, klikgebit, prothese ... We zetten het voor u op een rij.

## Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	Volledig kunstgebit en reparatie of rebasen, u betaalt een eigen bijdrage
<b>Superfit</b>	€ 1.600 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
<b>Tandfit A</b>	€ 200 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
<b>Tandfit B</b>	€ 500 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
<b>Tandfit C</b>	€ 1.250 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
<b>Tandfit Preventief</b>	Geen vergoeding

## Wat u vergoed krijgt

Natuurlijk probeert u zo lang mogelijk uw gebit gezond te houden. Maar soms zal uw tandarts u aanraden een kunstgebit te nemen. Dat wordt ook wel prothese of prothetische voorziening genoemd.

Voor de vergoeding maakt het verschil of het gaat om een gedeeltelijk kunstgebit of een volledig kunstgebit. Bij een gedeeltelijk kunstgebit heeft u nog eigen tanden of kiezen. Het gedeeltelijke kunstgebit vervangt de tanden of kiezen die ontbreken. Een volledig kunstgebit vervangt alle tanden en kiezen in een kaak. U kunt het volledig kunstgebit hebben voor de onderkaak, de bovenkaak of voor allebei de kaken.

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoedt de **basisverzekering** het **volledige uitneembare kunstgebit**, dus het volledige kunstgebit dat u zelf uit de mond kunt halen. Het gedeeltelijke kunstgebit, vergoedt de basisverzekering niet. Die valt onder de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar van de aanvullende (tand)verzekeringen.

De basisverzekering vergoedt 4 soorten volledige uitneembare kunstgebitten. We zetten ze voor u op een rij.

- (1) De immediaatprothese. Dat is een tijdelijk kunstgebit dat u krijgt na het trekken van alle tanden en kiezen. U draagt het tot de mond genezen is.
- (2) Een gewone prothese (niet op implantaten). Dat is het kunstgebit dat u krijgt ná de immediaatprothese. Het wordt ook wel 'vervangingsprothese' genoemd.
- (3) Een overkappingsprothese (niet op implantaten). Dat is een kunstgebit dat over uw eigen tandwortels wordt geplaatst.
- (4) Een kunstgebit op implantaten ('implantaat gedragen'). Dat heet ook wel klikgebit.

U krijgt een gedeeltelijke vergoeding. Dit is een percentage van de totale kosten inclusief materiaal- en techniekkosten. Dus de kosten van de tandarts of de tandprotheticus en de materiaal- en techniekkosten. Bij het gebit op implantaten tellen ook de magneetjes, staafjes of drukknoppen die boven het tandvlees uitsteken ('het vaste gedeelte van de suprastructuur') mee in de totale kosten.

De basisverzekering vergoedt deze percentages van de totale kosten (inclusief materiaal- en techniekkosten):

- kunstgebit (1), (2) of (3) voor de boven en/of de onderkaak: 75% (eigen bijdrage 25%)
- klikgebit (4) voor de onderkaak: 90% (eigen bijdrage 10%)
- klikgebit (4) voor de bovenkaak: 92% (eigen bijdrage 8%)
- een combinatie van (1), (2) of (3) in de ene kaak en (4) in de andere kaak: 83% (eigen bijdrage 17%)

Het percentage dat de basisverzekering niet vergoedt, is uw wettelijke eigen bijdrage. Die moet u zelf betalen. De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Tandfit A, B en C vergoeden (een deel van) deze eigen bijdrage, volgens de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar.

#### **En hoe zit het met de implantaten?**

Krijgt u voor het eerst een klikgebit? Dan heeft u ook implantaten nodig. De basisverzekering vergoedt de implantaten alleen als u een heel erg geslonken kaak zonder tanden heeft. Dan geldt de vergoeding Bijzondere tandheelkunde. U moet ons vooraf toestemming vragen. Heeft u geen heel erg geslonken kaak zonder tanden? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Superfit of Tandfit A, B en C het aanbrengen van implantaten door de tandarts, volgens de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar.

#### **En als het kunstgebit niet meer past of kapot is?**

Dan kunt u het laten repareren of rebasen (opvullen) door een tandprotheticus of een tandarts. Heeft u het kunstgebit nog geen 4 maanden? Dan hoeft u daar niet voor te betalen. Is het ouder dan 4 maanden? Dan vergoedt de basisverzekering reparatie en rebasen (opvullen) voor 90%. U betaalt een eigen bijdrage van 10%.

#### **Hier kunt u terecht**

- tandarts
- tandprotheticus

#### **Andere vergoedingen**

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vallen het kunstgebit en andere protheses onder de vergoeding Tandheelkundige zorg tot 18 jaar.

## **Wat u zelf betaalt**

#### **Het eigen risico**

Voor het volledige uitneembare kunstgebit geldt het eigen risico. Voor het gedeeltelijke kunstgebit geldt geen eigen risico.

#### **De eigen bijdrage**

Voor een kunstgebit betaalt u een (wettelijke) eigen bijdrage van 8, 10, 17 of 25%. De aanvullende verzekeringen Superfit en Tandfit A, B en C vergoeden (een deel van) deze eigen bijdrage.

## **Dit moet u zelf doen**

#### **U heeft vaak vooraf toestemming nodig**

De volgende zorg vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming<sup>1</sup> hebben gegeven:

- een kunstgebit (1), (2) of (3) dat duurder is dan € 650 (inclusief materiaal- en techniekkosten) per kaak
- het vervangen van een kunstgebit (2) of (3) als dat minder dan 5 jaar oud is
- het klikgebit (4)
- het repareren of rebasen van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

## **Goed om te weten**

#### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

#### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Hier is gebruikelijke zorg: de mondzorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

<sup>1</sup> Zie hiervoor: [www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen](http://www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen)



# Fronttandvervanging

Ontbreken bij u de blijvende snij- of hoektanden en bent u jonger dan 23 jaar?

## Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	100%, tot 23 jaar, als noodzaak is vastgesteld voor 18e verjaardag
<b>Superfit</b>	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
<b>Tandfit A</b>	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
<b>Tandfit B</b>	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
<b>Tandfit C</b>	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
<b>Tandfit Preventief</b>	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval
<b>OntzorgPlus</b>	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval van OntzorgPlus Kijk in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

## Wat u vergoed krijgt

Zijn bij u de blijvende snij- of hoektanden niet aangelegd? Of bent u ze door een ongeval kwijtgeraakt? Dan is het mogelijk om (weer) snij- of hoektanden aan te brengen. Dat gebeurt meestal met een implantaat en een kroon.

De basisverzekering vergoedt het vervangen van een of meer helemaal ontbrekende blijvende snij- of hoektanden. Dit moet gebeuren met niet-plastisch materiaal zoals een kroon of een brug. Implantaten die daarbij nodig zijn worden ook vergoed.

De tandarts moet vóór uw 18e verjaardag hebben vastgesteld dat dit bij u nodig is. De vergoeding stopt als u 23 jaar wordt.

Is de noodzaak pas na uw 18e verjaardag vastgesteld? Of ontbreekt een snij- of hoektand maar voor een deel? Dan vergoedt de basisverzekering de zorg niet. De **aanvullende verzekeringen** Superfit, OntzorgPlus, en Tandfit A, B en C vergoeden de zorg dan (gedeeltelijk), als de tandarts die uitvoert. Dan geldt de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar of Tandheelkundige zorg na een ongeval.

Heeft u naast ontbrekende snij- of hoektanden andere ernstige gebitsproblemen? Dan kan fronttandvervanging onder de vergoeding Bijzondere tandheelkunde vallen.

### Hier kunt u terecht

- tandarts
- voor de basisverzekering: ook de kaakchirurg<sup>1</sup>

## Wat u zelf betaalt

### Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de fronttandvervanging die onder de basisverzekering valt.

### Geen eigen bijdrage

Voor fronttandvervanging betaalt u geen eigen bijdrage.

<sup>1</sup> Kaakchirurgen vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

## Dit moet u zelf doen

### U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze zorg alleen als wij toestemming<sup>1</sup> hebben gegeven voordat de behandeling begint.

### Soms moet u een verwijzing hebben

Moet u voor deze zorg naar de kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)? Dan moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of de tandarts.

## Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de mondzorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

## Kaakchirurgie vanaf 18 jaar

Voor specialistische mondzorg.

## Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

## Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische mondzorg gaat u naar de Mond-Kaak-Aangezichts chirurg (MKA-chirurg). Die wordt meestal kaakchirurg genoemd. Dat doen wij hierna ook.

De kaakchirurg werkt in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC<sup>2</sup>). U kunt niet rechtstreeks naar de kaakchirurg: u heeft altijd een verwijzing nodig. Die krijgt u van de tandarts, bijvoorbeeld bij een moeilijk te verwijderen verstandskies. Of van de orthodontist, bij problemen met de kaak. De huisarts of een medisch specialist<sup>3</sup> kunnen ook verwijzen.

De basisverzekering vergoedt chirurgische tandheelkundige zorg. Het röntgenonderzoek dat daarbij nodig is vergoeden wij ook. Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering ook de ziekenhuisopname.

### Hier kunt u terecht

- kaakchirurg<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Zie hiervoor: [www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen](http://www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen)

<sup>2</sup> Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen

<sup>3</sup> Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, keel-neus-oorarts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

<sup>4</sup> Kaakchirurgen vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie

**Dit wordt niet vergoed**

- chirurgie aan het tandvlees (parodontale chirurgie)
- trekken van tanden en kiezen als de tandarts dat kan doen
- implantaten (behalve als het gaat om bijzondere tandheelkunde of om fronttandvervangning)

**Andere vergoedingen**

Moet u naar de kaakchirurg voor een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking? Dan kan dat onder bijzondere tandheelkunde vallen.

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan geldt de vergoeding voor tandheelkundige zorg tot 18 jaar.

## Wat u zelf betaalt

**Het eigen risico**

Voor kaakchirurgie vanaf 18 jaar geldt het eigen risico.

**Geen eigen bijdrage**

Voor kaakchirurgie vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

## Dit moet u zelf doen

**U moet vooraf een verwijzing hebben**

Voor u naar de kaakchirurg gaat, moet u een verwijzing hebben van de tandarts, orthodontist, huisarts of een medisch specialist. Bij acute zorg<sup>1</sup> is geen verwijzing nodig.

**Soms heeft u vooraf toestemming van ons nodig**

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie<sup>2</sup> staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming<sup>3</sup> hebben gegeven.

## Goed om te weten

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Hier is gebruikelijke zorg: de chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard die kaakchirurgen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

<sup>1</sup> Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

<sup>2</sup> Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

<sup>3</sup> Zie hiervoor: [www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen](http://www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen)

## Bijzondere tandheelkunde

Als gewone tandzorg niet voldoende is.

### Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	100%, soms betaalt u een eigen bijdrage
<b>Superfit</b>	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
<b>Tandfit A</b>	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
<b>Tandfit B</b>	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
<b>Tandfit C</b>	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
<b>Tandfit Preventief</b>	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

### Wat u vergoed krijgt

Voor een gezond en goed werkend gebit hebben de meeste mensen genoeg aan de 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist.

Soms is die zorg niet voldoende. Bijvoorbeeld omdat u een bijzondere aandoening heeft aan uw gebit, kaak of mond. Of omdat u een lichamelijke of geestelijke aandoening heeft. In zo'n geval kan extra of andere mondzorg nodig zijn. We noemen die zorg 'bijzondere tandheelkunde'.

#### Alleen in bijzondere situaties

De **basisverzekering** vergoedt bijzondere tandheelkunde in 3 situaties:

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een niet-aangeboren afwijking of probleem van tanden, kaak of mond heeft. Bijvoorbeeld: het ontbreken van tanden of kiezen door een erfelijke oorzaak. Of gebitsproblemen door chemotherapie.
2. Bij een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening. Bijvoorbeeld: ernstige Parkinson, een verstandelijke beperking of extreme angst.
3. Als u een medisch-noodzakelijke behandeling moet krijgen die zonder bijzondere tandheelkundige zorg geen goed resultaat zal hebben. Bijvoorbeeld: een orgaantransplantatie of een hartoperatie, waarvoor de mond ontstekingsvrij moet worden gemaakt.

Is situatie 1 of 2 voor u van toepassing? Dan krijgt u de zorg alleen vergoed als uw gebit zonder de bijzondere tandheelkunde niet op de voor u normale manier kan (blijven) functioneren. De basisverzekering vergoedt de bijzondere tandheelkunde die nodig is om er voor te zorgen dat u de voor u normale tandfunctie terugkrijgt of behoudt.

Is situatie 3 voor u van toepassing? Dan vergoedt de basisverzekering de bijzondere tandheelkunde die nodig is om de andere behandeling mogelijk te maken én de zorg om uw gebit op de voor u normale manier functionerend te houden.

#### Soms: implantaten

Krijgt u een volledige uitneembare prothese (kunstgebit) op implantaten? Dan vallen de implantaten onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als u een heel erg geslonken kaak heeft, zonder tanden.

**Meestal niet: orthodontie**

Orthodontie valt alleen onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als:

- u een heel ernstige ontwikkelingsstoornis of groeistoornis heeft aan tanden, kaak of mond, en
- die stoornis ook door andere zorgverleners dan een tandarts of een orthodontist moet worden behandeld

**Als het nodig is: opname**

Is het voor deze zorg nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering ook de ziekenhuisopname.

**Let op: meestal betaalt u een eigen bijdrage**

Dit geldt als u 18 jaar of ouder bent en tegelijk met de bijzondere tandheelkunde ook zorg krijgt die niet direct met situatie 1, 2 of 3 te maken heeft. Bijvoorbeeld: als u ernstige Parkinson heeft en er een gaatje wordt gevuld. U betaalt dan als eigen bijdrage het bedrag dat u had moeten betalen als u 'gewoon' voor dat gaatje was behandeld.

Heeft u een **aanvullende verzekering** Superfit of Tandfit? Voor de eigen bijdrage geldt de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar.

**Hier kunt u terecht**

- tandarts
- kaakchirurg
- orthodontist
- Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

## Wat u zelf betaalt

**Het eigen risico**

Voor bijzondere tandheelkunde geldt het eigen risico.

**De eigen bijdrage**

Voor tandheelkundige behandelingen die niet rechtstreeks met de aandoening te maken hebben betaalt u een eigen bijdrage.

## Dit moet u zelf doen

**U moet ons vooraf toestemming vragen**

Wij vergoeden bijzondere tandheelkunde alleen als wij toestemming<sup>1</sup> hebben gegeven voordat de behandeling begint. Let op: wij kunnen de toestemming intrekken als u instructies van de zorgverlener niet volgt (bijvoorbeeld: een beugel niet draagt).

**Soms moet u een verwijzing hebben**

Gaat u voor deze zorg naar een kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)? Dan moet u daarvoor een verwijzing hebben van uw tandarts, huisarts, een medisch specialist, een jeugdarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts').

## Goed om te weten

**De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

**Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

<sup>1</sup> Zie hiervoor: [www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen](http://www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen)