

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202501427

### Partijen

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

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
  - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Op 29 augustus 2025 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) schriftelijk gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 september 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 12 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 november 2025 aan verzoeker gestuurd. Op 17 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 1 december 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025026995) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 december 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Op 8 december 2025 heeft verzoeker aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 11 december 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 januari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 21 januari 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 1 december 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 29 januari 2026 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 3 februari 2026 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. Van partijen heeft de commissie geen reactie ontvangen.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren.

- 2.2. Namens verzoeker zijn op 14 januari 2025 en 8 mei 2025 bij de ziektekostenverzekeraar aanvragen ingediend voor een behandeling in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg.
- 2.3. Bij brieven van 9 april 2025 en 16 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat er geen vergoedingsaanspraak bestaat voor de aangevraagde zorg.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 21 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 1 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 29 januari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

### 3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie, na uitbreiding van zijn verzoek, verzocht te bepalen:
  - (1) dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de aangevraagde tandheelkundige behandeling te vergoeden ten laste van de zorgverzekering als bijzondere tandheelkunde dan wel medisch specialistische zorg zoals bedoeld in artikel 2.1 van het Besluit Zorgverzekering;
  - (2) dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de aangevraagde tandheelkundige behandeling (gedeeltelijk) te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering en fasering of uitvoering hiervan niet belemmert;
  - (3) dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is toekomstige mondzorg in overeenstemming met het ingediende behandelplan vooraf te accorderen;
  - (4) dat de eerder gegeven IEF-uitzondering niet kan dienen als grond om medisch noodzakelijke vervolgzorg in hetzelfde traumatraject te weigeren;
  - (5) om, indien nodig, een voorziening op korte termijn te treffen, zodat de noodzakelijke tandheelkundige behandeling zonder verder uitstel kan starten;
  - (6) dat het Zorginstituut een onvolledige toets heeft uitgevoerd.

Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker samengevat gesteld dat de behandeling medisch noodzakelijk was en dat hij het daarom onbegrijpelijk vindt dat deze niet voor vergoeding in aanmerking zou komen.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij ongedateerde brief, die door de commissie is ontvangen op 29 augustus 2025, toegelicht dat hij op 27 juni 2021 een fietsongeval heeft gehad. Dit heeft schade aan zijn gebit veroorzaakt. Vervolgens zijn tandheelkundige behandelingen uitgevoerd. Na een orthodontisch traject zijn in september 2022 implantaten aangebracht met hierop kronen. Begin 2025 is verzoeker gediagnosticeerd met peri-implantitis. Verzoeker heeft in dit verband opgemerkt dat hij de afgelopen jaren meer dan acht keer bij de tandarts geweest. Er is toen niet aantoonbaar en niet serieus gewaarschuwd voor (dreigende) peri-implantitis en de gevolgen daarvan. Hij is niet nalatig geweest; het betreft een complicatie binnen een complex reconstructietraject.
- 3.3. Er is volgens verzoeker bij hem sprake van een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel als gevolg van een ernstig trauma (fietsongeluk). De implantologische reconstructie diende het functionele herstel. De nu noodzakelijke chirurgische behandeling van peri-implantitis is onlosmakelijk onderdeel van datzelfde hersteltraject, er is geen sprake van electieve nazorg. Het betreft medisch noodzakelijke zorg. Er is een actieve infectie (fistel/suppuratie) en radiologisch aangetoond botverlies op meerdere plekken. Volgens de professionele standaarden is bij persistente ontsteking na een initiële (niet-chirurgische) fase, een chirurgische interventie

aangewezen (toegang, debridement/decontaminatie, en - afhankelijk van defectmorfologie - regeneratie). Zonder behandeling is het risico op progressieve botafbraak en explantatie significant verhoogd. Uitstel van behandeling is medisch onverantwoord.

De behandelend tandarts-implantoloog heeft een behandelplan voorgesteld. Verzoeker heeft een brief hierover van de behandelend tandarts-implantoloog, gedateerd 31 januari 2025, overgelegd. Vroeg behandelen is kosteneffectiever dan wachten tot explantatie of her-reconstructie nodig is. Dit leidt tot hogere kosten en een slechtere prognose. Weigering van vergoeding van de behandeling vergroot het medisch risico én de maatschappelijke kosten.

- 3.4. Volgens verzoeker kan de aangevraagde tandheelkundige behandeling mogelijk worden vergoed als medisch specialistische zorg. Gezien suppuratie en defectomvang is verwijzing naar de MKA-chirurg immers verdedigbaar. De ziektekostenverzekeraar had deze redelijke route moeten (laten) onderzoeken in plaats van categorisch vergoeding te weigeren.
- 3.5. Verder heeft verzoeker gesteld dat de ziektekostenverzekeraar in een eerdere fase een IEF-uitzondering heeft toegekend. Volgens verzoeker is het onredelijk om die eenmalige uitzondering aan te voeren om medisch noodzakelijke vervolgzorg binnen hetzelfde trauma-reconstructietraject uit te sluiten. Een ex-gratia besluit kan wettelijke/contractuele dekking niet op voorhand uitsluiten wanneer de zorg nu wél aan de voorwaarden voldoet.
- 3.6. Bij ongedateerde brief, die door de commissie is ontvangen op 8 december 2025, heeft verzoeker aangevoerd dat peri-implantitis geen aangeboren aandoening of ontwikkelingsstoornis is, maar een verworven infectie en complicatie van medisch handelen (plaatsing implantaten). De voorgestelde behandeling bestaat uit chirurgie, botregeneratie en implant cleaning en kwalificeert daarom als geneeskundige zorg. Artikel 2.1 van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat de zorgverzekering behandelingen van infecties, chirurgie en complicaties van medische behandelingen dekt wanneer deze behoren tot zorg zoals zorgverleners plegen te bieden. De behandeling van peri-implantitis omvat: chirurgisch openen, reinigen, botregeneratie en herstel van implantaatopbouw. Dit valt onmiskenbaar onder geneeskundige zorg door tandartsen en MKA-chirurgen. Artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering gaat over bijzondere tandheelkunde. Dit artikel is bedoeld voor schisis en vergelijkbare aangeboren afwijkingen. Peri-implantitis is dat niet. Het Zorginstituut heeft een onvolledige beoordeling uitgevoerd door alleen te toetsen aan artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering en niet aan artikel 2.1 van de Zorgverzekeringswet. De ziektekostenverzekeraar heeft zich op het standpunt gesteld dat peri-implantitis reguliere mondzorg of nazorg is en een complicatie van de implantaten. Deze stellingen van de ziektekostenverzekeraar zijn tegenstrijdig. Een medisch geïndiceerde, chirurgische behandeling van een infectiecomplicatie is geen reguliere mondzorg. Complicaties van een eerder medisch traject vallen altijd onder geneeskundige zorg. Peri-implantitis is volgens internationale richtlijnen (EFP, ITI, KIMO) een progressieve infectie van peri-implantaire weefsels met botresorptie die chirurgische interventie kan vereisen. De behandeling in deze casus bestaat uit het verwijderen van kronen, flapchirurgie, reinigen met GalvoSurge, botopbouw en een herstelprocedure. Dit is geen controle of nazorg. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat het oorspronkelijke traject is afgesloten is onhoudbaar. Implantaten functioneren 20–30 jaar en complicaties treden typisch op tussen jaar twee en jaar tien. De behandeling van deze complicaties is dus onderdeel van hetzelfde zorgtraject.
- 3.7. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij verwacht dat de kosten van de behandeling volledig worden vergoed. Voor hem is niet van belang of de kosten worden vergoed vanuit de zorgverzekering of een aanvullende ziektekostenverzekering. Hij wil weten wat de commissie vindt van de beslissing van de ziektekostenverzekeraar en hoe in de toekomst met dergelijke aanvragen moet worden omgegaan. Er moet worden gekeken naar wat er is gebeurd en welke behandeling vervolgens nodig is.

Verzoeker heeft met chatGPT onderzoek gedaan naar wat peri implantitis is, hoe deze ontstaat en hoe deze moet worden behandeld. Hij heeft gekeken naar hoe er in Europa met peri implantitis wordt omgegaan. Het gaat in dit geval om een jongen die wordt geconfronteerd met acute peri implantitis. Dit betekent dat zijn gebit wegrot. Er was op korte termijn behandeling nodig, maar die behandeling is te duur voor hem. Inmiddels is de behandeling uitgevoerd en gaat het goed. Het is onbegrijpelijk dat de kosten niet worden vergoed. Na het ongeval ontstond ook een discussie met de ziektekostenverzekeraar en uiteindelijk zijn de kosten toen wel vergoed.

Door de commissie gevraagd naar een toelichting op de door hem genoemde 'IEF-uitzondering', heeft verzoeker verklaard dat hij de term 'IEF-uitzondering' is tegengekomen in zijn chatGTP-onderzoek en dat hij dit niet verder kan toelichten.

De afwijzing van de ziektekostenverzekeraar steunt op een onjuiste classificatie. Het gaat in dit geval om geneeskundige zorg en niet om mondzorg. De chirurgische behandeling dient daarom te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

Er moet rekening worden gehouden met het niveau van de zorgverlener in kwestie. Het is een kundig implantoloog, maar zij heeft geen verstand van verzekeringen en vergoedingen. Vragen over administratie en verzekeringen worden niet beantwoord.

Als de behandeling niet was uitgevoerd, waren de gevolgen ernstig geweest. Voor andere delen van het lichaam geldt dat in geval van een infectie een operatie mogelijk is, dit geldt kennelijk niet voor de mond. De behandeling kon niet worden afgewacht. Nadat de peri implantitis was geconstateerd, moest de behandeling een week later worden uitgevoerd.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de aangevraagde tandheelkundige behandeling ten laste van de zorgverzekering of de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering.

4.2. Bij brief van 21 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij mondzorg mag vergoeden ten laste van de zorgverzekering in geval van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Dit blijkt uit artikel B.12.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is gebaseerd op artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering.

Op grond van artikel 2.7, eerste lid, onderdeel a, van dit besluit bestaat aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de tandheelkundige zorg noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan als de aandoening zich niet had voorgedaan. In de Nota van Toelichting die hoort bij genoemd artikel staat dat hierbij gedacht kan worden aan schisis-, ogliodontie- en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Bij verzoeker is geen van de hiervoor genoemde indicaties of een in ernst vergelijkbare situatie aan de orde.

Peri-implantitis is geen verworven afwijking, maar een complicatie, die kan optreden na het aanbrengen van een implantaat. Dit valt niet onder de reikwijdte van de omschrijving 'verworven afwijking' zoals beschreven in voornoemd artikel. Het verwijderen van een implantaat behoort daarnaast in principe niet tot de wettelijke zorgaanspraken, maar valt onder reguliere mondzorg. Verzoeker is op 3 december 2021 geïnformeerd dat er geen verlengde aanspraak bestaat, dus ook niet als er in de toekomst problemen zouden ontstaan met de aangebrachte implantaten.

4.3. In zijn brief van 12 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hij de stellingen van verzoeker niet goed kan volgen. In zijn onderbouwing geeft verzoeker enerzijds aan dat sprake is van een verworven afwijking, vermoedelijk in het licht van artikel B.12.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvraag. Anderzijds stelt hij dat het gaat om medisch noodzakelijke zorg die voortvloeit uit een ernstig trauma in het verleden en het daaropvolgende hersteltraject. In die laatste stelling zou kunnen worden gelezen dat hij zich beroept op vergoeding

van (vervolg)mondzorg na een ongeval, zoals bedoeld in artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het hem niet duidelijk is wat door verzoeker met de term 'IEF-uitzondering' wordt bedoeld.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering toegelicht dat indien sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, daarnaast moet worden gekeken naar het 'maatmanbeginsel'. Dit beginsel houdt in dat de aanspraak slechts reikt tot een niveau van mondgezondheid dat de verzekerde zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Mondzorg na een ongeval komt op grond van artikel D.8.6. van de aanvullende ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking als sprake is van 'ongevallenzorg' zoals bedoeld in artikel C.12. van de verzekeringsvoorwaarden. Hiervoor gelden voorwaarden. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling op zijn brief van 21 augustus 2025 toegelicht dat peri-implantitis een ontsteking van het kaakbot (botafbraak) rondom een implantaat is. Als gevolg van peri-implantitis kunnen implantaten verloren gaan. Volgens de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar betreft de behandeling van peri-implantitis reguliere mondzorg en/of nazorg. Deze zorg valt daarom niet onder de aanspraak op bijzondere tandheelkunde zoals bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, onder a, van het Besluit zorgverzekering.

- 4.5. Bij de aanvraag van 8 mei 2025 van de zorgverlener is vermeld dat sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg "in het kader van niet-tandheelkundige of geestelijke aandoening". Het verband tussen een niet-tandheelkundige of geestelijke aandoening en de aangevraagde mondzorg wordt echter niet toegelicht.

In de beschrijving van de tandheelkundige problematiek wordt vermeld: "*op dringend verzoek van patiënt (vader), na diverse afwijzingen van jullie, aanvraag reeds behandelde behandeling*". Deze formulering roept twijfel op of de zorgverlener zélf van mening is dat sprake is van een vergoedingsindicatie, zoals bedoeld in artikel 2.7, lid 1, onder b, van het Besluit zorgverzekering. Een onderbouwing hiervoor ontbreekt volledig.

Het bestaan van een situatie als bedoeld in artikel 2.7, lid 1, onder c, van het besluit is noch gesteld noch gebleken.

- 4.6. Uit de brief van 3 december 2021 volgt dat destijds een akkoordverklaring is afgegeven. Uit het dossier blijkt dat de onderliggende aanvraag betrekking had op mondzorg na een ongeval. Zoals in de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen, moet de schade een direct gevolg zijn van het ongeval. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld dat de peri-implantitis geen direct gevolg is van het ongeval, maar een complicatie van de geplaatste implantaten. Dit valt daarom niet onder de aanspraak op vergoeding van mondzorg na een ongeval zoals omschreven in artikel D.8.6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Artikel D.8.6 bepaalt bovendien dat de behandeling binnen twee jaar na het ongeval moet zijn afgerond. Ook als de mondzorg noodzakelijk was geworden als direct gevolg van het ongeval, komt deze niet meer voor vergoeding in aanmerking, omdat de termijn van twee jaar intussen ruimschoots is verstreken.

In de brief van 3 december 2021 is vermeld dat de akkoordverklaring is afgegeven op basis van de verzekeringsvoorwaarden en/of wetgeving. De stelling van verzoeker dat het hier een ex gratia-besluit zou betreffen kan de ziektekostenverzekeraar dan ook niet volgen. Dat sprake zou zijn van gerechtvaardigd vertrouwen heeft de ziektekostenverzekeraar nadrukkelijk betwist. Nergens valt immers uit af te leiden dat een verlengde aanspraak op mondzorg na een ongeval zou bestaan. Integendeel, in de brief van 3 december 2021 wordt juist expliciet benadrukt dat geen sprake is van een verlengde aanspraak, ook niet als in de toekomst problemen zouden ontstaan met de implantaten.

- 4.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de wetgever heeft bepaald dat tandheelkundige zorg slechts in uitzonderlijke gevallen voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de zorgverzekering. In het geval van verzoeker wordt gevraagd om vergoeding van kosten vanuit de zorgverzekering op grond van bijzondere tandheelkunde. Het is daarom aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of de aangevraagde zorg voor vergoeding in aanmerking komt. Hierbij is de zorgverzekeraar gebonden aan de door de wetgever gestelde voorwaarden. Uit de aanvraag blijkt dat het gaat om de behandeling van peri implantitis en een dergelijke behandeling voldoet niet aan de wettelijke vereisten voor vergoeding uit de zorgverzekering. Vergoeding vanuit de zorgverzekering is daarom niet mogelijk.

Volgens verzoeker betreft het zorg die het gevolg is van het ontsteken van de implantaten die zijn geplaatst als gevolg van het ongeval. Hiervoor geldt dat vergoeding destijds is verleend vanuit de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering geldt de voorwaarde dat de behandeling binnen twee jaar moet worden afgerond. Bij verzoeker is gekozen om op vrij jonge leeftijd na een ongeval te implanteren. Dat betekent niet dat de behandeling van peri implantitis kan worden gezien als een verlengde aanspraak. Dit is ook beschreven in de brief van 3 december 2021. Vergoeding ten laste van de zorgverzekering of de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering is niet mogelijk. De reguliere aanspraak mondzorg van de aanvullende ziektekostenverzekering zou mogelijk nog een grond bieden voor gedeeltelijke vergoeding van de kosten. Als dekking bestaat op grond van de aanspraak reguliere mondzorg van de aanvullende ziektekostenverzekering zal de zorgverzekeraar die kosten vergoeden.

Volgens verzoeker wordt getoetst aan de verkeerde voorwaarden, omdat sprake zou zijn van medisch specialistische zorg. Echter, in dit geval is het de zorgverlener die vergoeding verzoekt in het kader van bijzondere tandheelkunde. De zorgverlener vraagt ook om vergoeding van prestaties die betrekking hebben op mondzorg. Bij medisch specialistische zorg gaat het niet om prestaties, maar om DBC-zorgproductcodes. Voor de aanspraak op medisch specialistische zorg gelden andere voorwaarden.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 1 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### **“Beoordeling**

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

*Peri-implantitis wordt veroorzaakt door bacteriële ophoping net om het implantaat, vergelijkbaar met parodontitis. Regelmatig schoonhouden van de implantaten draagt bij aan het verkleinen van het risico op ontsteking.*

*Om aanspraak te kunnen maken op de vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp moet sprake zijn van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Bedoeld zijn schisis en in ernst met schisis vergelijkbare aandoeningen. Peri-implantitis in regio 14-15, 25-26 en 46 valt hier niet onder. Deze aandoening is niet vergelijkbaar met schisis of een aandoening van vergelijkbare ernst en kwalificeert daarom niet als een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking.*

### **Conclusie**

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor de vergoeding van de chirurgische behandeling van peri-implantitis 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 bijzondere tandheelkundige hulp ten laste van de basisverzekering.”*

- 5.2. In het definitief advies van 29 januari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.*

*In het (ongedateerde) aanvullende stuk stelt verzoeker dat getoetst had moeten worden aan artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Het Zorginstituut merkt hierover op dat de behandeling van peri-implantitis een tandheelkundige behandeling betreft en daarom is getoetst aan artikel 2.7 Bzv. Dit artikel is specifiek gericht op mondzorg en daarom van toepassing op de situatie van verzoeker.*

*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 A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering en A.23. 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 bijzondere tandheelkundige zorg en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt t deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De commissie heeft gehoord dat verzoeker de medische noodzaak van de behandeling onderstreept. De commissie begrijpt de wens van verzoeker om de kosten van de aangevraagde tandheelkundige behandeling vergoed te krijgen. Zij heeft echter de taak om te beoordelen of de aangevraagde behandeling voor vergoeding in aanmerking komt binnen het kader van de wet- en regelgeving en de verzekeringsvoorwaarden. De commissie merkt in dit verband op dat, waar het gaat om de zorgverzekering, het primaat van de beoordeling of iemand medisch gezien op een bepaalde behandeling is aangewezen bij de behandelend arts of tandarts ligt. Als deze een medische indicatie stelt, is het vervolgens aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of de behandeling ook voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Het feit dat een behandelend arts of tandarts van oordeel is dat een behandeling medisch gezien nodig is, maakt dus niet automatisch dat de kosten hiervan moeten worden vergoed.
- 7.3. Volgens de vaste lijn van de commissie vervalt door het indienen van een nieuwe aanvraag de voorgaande. In dit geval dateert de laatste aanvraag van 8 mei 2025. De commissie zal daarom voor de beoordeling deze aanvraag als uitgangspunt nemen. Dit betreft een aanvraag voor (bijzondere) tandheelkunde.

De commissie stelt vast dat het hier gaat om een aanvraag door de behandelend tandarts-implantoloog. Gelet op de aanvraag van 8 mei 2025, de aard van de aangevraagde behandeling en de kwaliteit van de aanvragende zorgverlener, te weten tandarts-implantoloog, betreft het tandheelkundige zorg. Het gaat dus niet om kaakchirurgische of medisch specialistische zorg, zoals door verzoeker is betoogd. Verzoeker heeft in dit verband verwezen naar artikel 2.1 Zvw. De commissie stelt vast dat in de Zvw geen artikel 2.1 is opgenomen. Mogelijk doelt verzoeker op artikel 2.1 Bzv, welke bepaling ziet op geneeskundige zorg, waaronder medisch specialistische zorg. Hiervoor werd al geconcludeerd dat de aanvraag van 8 mei 2025 tandheelkundige zorg betreft, zodat de verwijzing geen doel treft. De vraag is vervolgens of de aangevraagde tandheelkundige behandeling kan worden vergoed onder de zorgverzekering in het kader van de aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg dan wel onder de aanvullende ziektekostenverzekering vanwege de (verlengde) dekking voor mondzorg na een ongeval. De commissie overweegt als volgt.

### Zorgverzekering

- 7.4. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg. De aanspraak hierop is geregeld in artikel B.12.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat deze zorg wordt vergoed in de volgende drie gevallen:
- (a) als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
  - (b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening; of
  - (c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening.
- Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, eerste lid, Bzv. Volgens verzoeker is sprake van een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, zodat moet worden getoetst aan (a). Hierbij geldt dat moet worden gedacht aan oligodontie, schisis of oncologiepatiënten met een gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Dit volgt uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv.
- 7.5. In zijn advies aan de commissie van 1 december 2025 heeft het Zorginstituut toegelicht dat peri-implantitis wordt veroorzaakt door een bacteriële ophoping net om het implantaat, vergelijkbaar met parodontitis. Om aanspraak te kunnen maken op de vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp moet sprake zijn van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Bedoeld zijn schisis en in ernst met schisis vergelijkbare aandoeningen. Peri-implantitis in regio 14-15, 25-26 en 46 valt hier niet onder. Deze aandoening is niet vergelijkbaar met schisis of een aandoening van vergelijkbare ernst en kwalificeert daarom niet als een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking. Het Zorginstituut concludeert dat verzoeker geen verzekeringsindicatie heeft voor de vergoeding van de chirurgische behandeling van peri-implantitis ten laste van de zorgverzekering. De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, waaronder de door hem genoemde voordelen van (vroeg) behandelen van peri-implantitis, geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Dit betekent dat verzoeker op basis van het vermelde onder (a) geen aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde tandheelkundige zorg ten laste van de zorgverzekering.
- 7.6. In de aanvraag van 8 mei 2025 wordt verwezen naar het vermelde in 7.4 onder (b). De ziektekostenverzekeraar werpt de vraag op of deze verwijzing wel afkomstig is van de zorgverlener. Naar het oordeel van de commissie kan dit in het midden blijven nu in de situatie van verzoeker niet is gebleken van een lichamelijke of geestelijke aandoening, waardoor reguliere tandheelkundige zorg niet zou volstaan.

Partijen zijn niet erover verdeeld dat het vermeldde in 7.4 onder (c) in het geval van verzoeker niet aan de orde is.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op de aangevraagde tandheelkundige behandeling.

#### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 7.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor mondzorg, namelijk tot maximaal € 450,-- per jaar. Daarnaast biedt de aanvullende ziektekostenverzekering dekking voor mondzorg na een ongeval, namelijk tot maximaal € 10.000,-- per ongeval. Dit blijkt uit het Vergoedingenoverzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het staat vast dat recent geen ongeval heeft plaatsgevonden, waardoor de schade aan het gebit is ontstaan.
- 7.8. Uit de stellingen van verzoeker maakt de commissie op dat hij van oordeel is dat de op 8 mei 2025 aangevraagde zorg moet worden vergoed als mondzorg naar aanleiding van het ongeval in 2021. Verzoeker spreekt immers van vervolgzorg binnen hetzelfde traumatraject. De commissie volgt hem hierin niet en overweegt als volgt.
- 7.9. Verzoeker heeft op 27 juni 2021 een ongeval gehad, als gevolg waarvan hij tandheelkundige behandelingen moest ondergaan. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar op 3 december 2021 een akkoordverklaring gegeven die geldig was van 27 juni 2021 tot en met 26 juni 2023. Tussen partijen is niet in geschil dat de toen gemaakte kosten door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Inmiddels is bij verzoeker opnieuw behoefte aan tandheelkundige zorg ontstaan in verband met peri-implantitis. De commissie oordeelt dat de aanvraag van 8 mei 2025 een nieuwe aanvraag betreft, voor een andere tandheelkundige behandeling. Het gaat naar zijn aard niet om “vervolgzorg binnen hetzelfde traumatraject of de behandeling van een complicatie binnen een reconstructietraject”, zoals door verzoeker gesteld. Bovendien bedraagt de tijd tussen het ongeval op 27 juni 2021 en de huidige aanvraag van 8 mei 2025 meer dan twee jaar. Hiermee is niet voldaan aan het in artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering opgenomen vereiste dat de behandeling binnen twee jaar na het ongeval moet zijn afgerond. Dit betekent dat de tandheelkundige behandeling niet kan worden vergoed ten laste van de ongevallende dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.10. Dat sprake zou zijn van gewekt vertrouwen is door de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd weersproken en kan de commissie ook niet volgen. De indertijd afgegeven akkoordverklaring gold niet onbepaald, niet in aard van de behandeling en niet in tijd. Dat de einddatum van de akkoordverklaring is verlegd, zodat in het kader van de ongevallende dekking ook in 2025 nog aanspraak zou kunnen bestaan, is niet gebleken.
- 7.11. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft toegezegd dat, als (een gedeelte van) de kosten van de tandheelkundige behandeling op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, anders dan uit de ongevallende dekking, voor vergoeding in aanmerking komen, hij deze zal vergoeden.

#### *Toekomstige zorg*

- 7.12. Voorts heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is toekomstige zorg volgens het ingediende behandelplan vooraf te accorderen. De commissie overweegt dat zij geen uitspraak kan doen over de aanspraak op vergoeding van toekomstige tandheelkundige behandelingen. Iedere nieuwe aanvraag dient te worden beoordeeld aan de hand van de op dat moment geldende wet- en regelgeving en de alsdan van toepassing

zijnde verzekeringsvoorwaarden. Iemand's verzekerings situatie kan immers wijzigen, en dit geldt ook voor de wet- en regelgeving.

#### *'IEF-uitzondering'*

7.13. Verzoeker heeft de commissie verder verzocht te bepalen dat de eerder gegeven 'IEF-uitzondering' niet kan dienen als grond om medisch noodzakelijke vervolgzorg in hetzelfde traumatraject te weigeren. Volgens hem is het onredelijk om die eenmalige uitzondering aan te voeren om medisch noodzakelijke vervolgzorg binnen hetzelfde trauma-reconstructietraject uit te sluiten. De commissie merkt in de eerste plaats op dat het haar niet duidelijk is wat door verzoeker wordt bedoeld met een 'IEF-uitzondering'. Ook de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard hiermee niet bekend te zijn. Ter zitting heeft verzoeker de 'IEF-uitzondering' desgevraagd niet kunnen duiden. De commissie laat dit daarom verder rusten.

#### *Gevraagde voorziening*

7.14. Gelet op het voorgaande ziet de commissie geen aanleiding om een voorziening, zoals door verzoeker gevraagd, te treffen. Verzoeker kan de aangevraagde tandheelkundige behandeling starten, maar de hieraan verbonden kosten zijn in dat geval voor zijn rekening.

#### *Advies Zorginstituut*

7.15. Dat het Zorginstituut een onvolledige toets heeft uitgevoerd, ziet de commissie niet in. Eerder werd al opgemerkt dat de aanvraag van 8 mei 2025 afkomstig is van een tandarts-implantoloog en dat deze betrekking heeft op bijzondere tandheelkunde. De beoordeling door het Zorginstituut blijft beperkt tot de zorgverzekering en de zorgvorm waarop de aanvraag betrekking heeft, in dit geval tandheelkundige zorg.

#### *Slotsom*

7.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

### **8. Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 maart 2026,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

## **Informatie voor partijen**

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

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

## **BIJLAGE – Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

## Artikel 2.7

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

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

<b>Wat krijgt u vergoed?</b>	<b>Hoeveel krijgt u vergoed?</b>	<b>Wat zijn de kenmerken?</b>
Mondzorg bij ongeval (D.8.6.)	Maximaal € 10.000 per ongeval	
<b>Preventie</b>		
Online healthcheck (D.2.2.h.)	Per jaar 1 keer	
Online gezondheidscursus: Zelfhulpprogramma, Voedingscursus voor baby's, Cursus gezond koken of Mindfulness training (D.2.2.g., D.2.2.k., D.2.2.l. en D.6.8.)	Per jaar € 60 maximaal 1 programma, voor alle zorg samen	
Preventie voor reizen naar het buitenland (D.2.3.e.)	100%	
Sportmedisch advies (D.2.6.)	Maximaal € 150 per jaar	
Voedingsadvies (D.2.7.)	Maximaal € 50 per jaar	
EHBO- of gezondheidscursus (D.2.8.)	Maximaal € 50 per jaar, voor alle zorg samen	
Beweegprogramma (D.22.2.)	Maximaal € 350 per 3 jaar	
<b>Verblijf</b>		
Logeerkosten (D.13.2.a. en D.13.2.b.)	Maximaal € 500 per jaar, voor alle zorg samen	
<b>Voetzorg</b>		
Voetzorg (podologie en podothérapie) (D.15.1.)	Maximaal € 70 per jaar	

- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004)

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

### **Orthodontie (artikel D.8.5.)**

#### **Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Orthodontie  
Dit is inclusief de daarbij behorende tandheeskundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

#### **Wat is uw vergoeding?**

- Vergoeding van € 350 maximaal, zolang u bij ons deze aanvullende verzekering heeft.

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

#### **Wat betaalt u zelf?**

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

#### **Wat zijn de voorwaarden?**

- De zorg wordt gedeclareerd met prestatiecode F  
Dit is op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking orthodontie, door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter F, eindigen met de letter A en 3 cijfers daar tussenin. Bijvoorbeeld F121A voor 'eerste consult'.  
Voor de materiaal- en techniekkosten die bij deze zorg horen is een \* toegevoegd aan de genoemde prestatiecode(s).

#### **Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?**

- Tandarts

#### **Waar kunt u terecht voor deze zorg?**

- Tandarts.  
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Orthodontist.  
De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

#### **Wat krijgt u niet vergoed?**

- Reparatie of vervanging van beugel (code F811A\*)

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

### **Mondzorg bij ongeval (artikel D.8.6.)**

#### **Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Mondzorg na een ongeval  
De zorg omvat mondzorg (kronen, bruggen, inlays, kunstgebit, implantaten en overige mondzorg) als er sprake is van ongevallen zorg.

#### **Wat is uw vergoeding?**

- Vergoeding van € 10.000 maximaal, per ongeval.

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

#### **Wat betaalt u zelf?**

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

#### **Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?**

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - U heeft een ongeval gehad.  
Zie het begrip Ongeval.

#### **Wat zijn de voorwaarden?**

- De zorg is noodzakelijk als direct gevolg van een ongeval  
De zorg is noodzakelijk naar de normen van de beroepsgroep van de betreffende zorgverleners.
- De zorg is niet spoedeisend
- De zorg is nodig om uw gebit te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval  
Als volledig herstel niet mogelijk is, dan gaat het om de zorg waardoor naar de stand van wetenschap en praktijk dit herstel redelijkerwijs benaderd wordt.
- Op het moment van het ongeval en van de behandeling bent u bij ons verzekerd voor deze ongevallenzorg  
U of de zorgverlener stuurt ons zo snel mogelijk na het ongeval een verklaring dat er een ongeval was met de datum daarvan. Ook staat in de verklaring dat de zorg noodzakelijk is als direct gevolg van dit ongeval. Wij moeten de verklaring hebben voordat de behandeling start.  
Als u een politierapportage (proces-verbaal) heeft waarin de datum en de toedracht van het ongeval staat, stuurt u die ook naar ons.
- De behandeling is binnen 2 jaar na het ongeval afgerond  
Behalve als het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, omdat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van een tijdelijke behandeling.
- De zorg wordt gedeclareerd met alle prestatiecodes, behalve code F  
Dit is op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg.
- Heeft u meerdere verzekeringen met een vergoeding voor mondzorg bij ongevallen? Dan ontvangt u eenmaal de hoogste vergoeding. Als de vergoeding in beide verzekeringen gelijk is, krijgt u uw vergoeding uit één van die verzekeringen.

#### **Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?**

- Tandarts

#### **Heeft u een akkoordverklaring nodig?**

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de behandeling en binnen 3 maanden na het ongeval
- Bij de aanvraag voor de akkoordverklaring hoort een schriftelijk definitief of voorlopig behandelplan met bijbehorende begroting van de tandarts of kaakchirurg  
Deze is opgesteld volgens de KNMT Praktijkrichtlijn Tandletsel. Deze praktijkrichtlijn maakt deel uit van deze voorwaarden en staat op onze website.

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

#### **Waar kunt u terecht voor deze zorg?**

- Tandarts.  
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Tandprotheticus.  
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging.

### **Wat krijgt u niet vergoed?**

- Een mandibulair repositie apparaat (MRA)  
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71\*, G72 en G73\*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.  
Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
- Mondzorg die (naar zijn karakter) deel uitmaakt van de basisverzekering en/of waar u een akkoordverklaring voor nodig heeft  
Het gaat in ieder geval om deze prestatiecodes:
  - A20: behandeling onder algehele anesthesie (narcose) of sedatie (roesje, bijvoorbeeld met lachgas);
  - X611: behandeling onder intraveneuze (injectie) sedatie;
  - X631: behandeling onder algehele anesthesie (narcose);
  - B10, B11 en B12: sedatie door middel van een roesje (lachgassedatie). Sedatie is het verlagen van de staat van het bewustzijn van een patiënt met het doel een medische procedure of ingreep aangenamer te maken;
  - A30: voorbereiding behandeling onder algehele narcose;
  - U05\*, X06, X731\* en X831\*: tijdtarieven begeleiding moeilijk behandelbare patiënten; het betreft hier de behandeling in het kader van mondzorg van bijzondere zorggroepen;
  - X21: maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT) bij verzekerden tot 18 jaar;
  - H36, H37\*, H38\* en H39: plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten) bij verzekerden tot 18 jaar.
- Uitgestelde zorg na het ongeval of als er al een behandelindicatie aanwezig was voor het ongeval
- Behandelingen bijzondere tandheelkunde of kaakchirurgie  
Deze vallen onder de dekking van de basisverzekering. Zie artikelen Medisch specialistische zorg en Mondzorg.
- Orthodontie (prestatiecode F)
- Uitwendig bleken van tanden (code E97)
- Myofunctionele apparatuur (code G74\*) of een consult myofunctionele therapie (code G76\*)  
bijvoorbeeld Trainers.
- Behandeling van witte vlekken (codes M80\* en M81\*)
- Zorg die nodig is door gebrek aan onderhoud of verzorging van uw gebit
- Mondzorg die nodig is na het nuttigen van voedsel of drank
- Zorg voor tanden die al ontbraken op het moment van het ongeval
- Spoedeisende mondzorg
- Zorg die u krijgt buiten het land waar u woont
- Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001)
- Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002)
- Uitwendig bleken per kaak (code K003)
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004)

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

- een zwangerschap van tenminste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie; of
  - een zwangerschap van tenminste 12 weken, gerekend vanaf de 1e dag van de laatste menstruatie in geval van een spontaan ontstane (fysiologische) zwangerschap.
  - Er is sprake van een IVF-poging als de follikelpunctie is geslaagd
- Er is sprake van een in-vitrofertilisatie (één IVF-poging) als fase 2, de follikelpunctie (het verkrijgen van de rijpe eicellen) is geslaagd. Terugplaatsing van eerder verkregen (ingevroren) embryo's maakt deel uit van de IVF-poging waarin de embryo's zijn verkregen.

**Vruchtbaarheidsbehandeling: fases waar IVF uit bestaat**

Een in-vitrofertilisatie (IVF) omvat 4 opeenvolgende stadia:

- Fase 1: Hormonale behandeling die de rijping van de eicellen bevordert;
  - Fase 2: Follikelpunctie (verkrijgen van rijpe eicellen);
  - Fase 3: Bevruchting van de eicellen en kweken van embryo's in het laboratorium;
  - Fase 4: Een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoeder.
- Vruchtbaarheidsbehandelingen anders dan IVF en ICSI tot en met 42 jaar valt onder medisch specialistische zorg

**Van wie heeft u een verwijzing nodig?**

- Huisarts
- Medisch specialist
- Verpleegkundig specialist
- Physician assistant

**Waar kunt u terecht voor deze zorg?**

- Gynaecoloog in een vergunninghoudende instelling.  
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.

**Wat krijgt u niet vergoed?**

- Behandeling van de donor van de eicel en donatie van de eicel in geval van een eiceldonatie. Voor de vergoeding van eiceldonatie gelden landelijke criteria

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

## Mondzorg

### Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

#### Mondzorg in bijzondere gevallen (artikel B.12.1.)

**Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Mondzorg in bijzondere gevallen  
Het gaat om mondzorg als u een ernstige aandoening heeft in het aangezicht, de mond, kaken of uw gebit. Of als u een verstandelijke of lichamelijke aandoening heeft waardoor reguliere mondzorg niet mogelijk is. De behandeling kan ook onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas) worden gedaan.

**Wat is uw vergoeding?**

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

- Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

#### **Wat betaalt u zelf?**

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

#### **Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?**

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U heeft een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- of mondstelsel.
  - Er is sprake van een verworven afwijking van het tand-, kaak- of mondstelsel.
  - U heeft een niet-tandheerkundige lichamelijke of geestelijke aandoening.
  - U krijgt een medische behandeling die aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft zonder tandheerkundige zorg.  
Hierbij gaat het meestal om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

#### **Wat zijn de voorwaarden?**

- Zonder de bijzondere mondzorg zou u de functie van uw gebit niet kunnen behouden  
Of uw gebit zou niet de functie krijgen zoals het zou functioneren zonder dat u een van de genoemde aandoeningen heeft.

#### **Van wie heeft u een verwijzing nodig?**

- Tandarts, orthodontist of tandarts-implantoloog als het gaat om het plaatsen van tandheerkundige implantaten

#### **Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?**

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

#### **Heeft u een akkoordverklaring nodig?**

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig  
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.  
Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken bij één van deze situaties:
  - als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
  - als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
  - als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.

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

#### **Waar kunt u terecht voor deze zorg?**

- Tandarts.  
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Mondhygiënist.  
De mondhygiënist beheert zijn of haar praktijk voor eigen rekening en verantwoordelijkheid.
- Kaakchirurg.  
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.
- Orthodontist.  
De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheerkunde.

- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).  
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas): een bevoegde zorgverlener in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) dat door Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) is erkend  
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas): een bevoegde zorgverlener waarmee wij afspraken hebben gemaakt over deze behandelingen

### **Wat krijgt u niet vergoed?**

- Een mandibulair repositie apparaat (MRA)  
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71\*, G72 en G73\*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.  
• Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001)  
• Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002)  
• Uitwendig bleken per kaak (code K003)  
• Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004)

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

## **Plaatsen implantaat in tandeloze kaak (artikel B.12.2.)**

### **Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Het plaatsen van een tandheelkundig implantaat

### **Wat is uw vergoeding?**

- Vergoeding van 100% voor plaatsen implantaat in tandeloze kaak.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

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

### **Wat betaalt u zelf?**

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) dat op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt

### **Controle van uw polisblad**

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

### **Uw verzekeringspasje**

U ontvangt van ons een digitale verzekeringspas als uw verzekering is ingegaan. Als u deze digitale pas laat zien, kunt u de zorg krijgen waar u voor verzekerd bent. Wilt u toch een fysieke pas? Dan kunt u die bij ons aanvragen via de Mijn-omgeving of bij ons Klanten Contact Centrum. Op de achterkant is dit een European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas. Meer informatie over de EHIC pas vindt u op onze website.

Als u collectief verzekerd bent, kan het zijn dat er aanvullende afspraken zijn gemaakt waardoor u ook een fysieke pas ontvangt. Dit kan een pasje zijn met of zonder EHIC.

### **Geldende verzekeringsvoorwaarden**

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren. Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

### **Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden**

De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

### **Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet**

De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.

Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

### **Lidmaatschap**

Bij de aanvraag van uw basisverzekering vraagt u automatisch voor iedere verzekerde ook een lidmaatschap aan van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep U.A. Het bestuur accepteert deze aanvraag altijd.

Vanaf de ingangsdatum van uw basisverzekering zijn alle verzekerden lid van deze onderlinge waarborgmaatschappij.

## **A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering**

### **Algemene en specifieke eisen**

De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit? Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep. Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.

- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit? Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie. Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig. De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit? Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt. Nieuwe technische ontwikkelingen vormen geen reden voor vervanging van een hulpmiddel binnen de gebruikstermijn.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

### **Zorgbemiddeling**

Kunt u zorg die u medisch gezien nodig heeft niet goed of niet op tijd krijgen? Of is kwalitatief goede, veilige zorg alleen ver weg van uw woonplaats (of vaste verblijfplaats)? Dan heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Wij zoeken voor u waar de betreffende zorg binnen een acceptabele tijd beschikbaar is. Meer informatie over zorgadvies en zorgbemiddeling vindt u op onze website.

### **Werelddekking**

Uw verzekering heeft een werelddekking.

## **A.4. Begin en duur van uw verzekering**

### **Ingang van uw verzekering en adres**

U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen. Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.

In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.

Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

### **Afwijkend adres**

Is het adres dat u aan ons doorgeeft bij uw aanvraag anders dan het adres dat staat in de Basisregistratie Personen? Dan hebben wij van u nodig:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift van maximaal één maand oud met daarop:
  - de ingangsdatum van uw dienstverband;
  - inhouding van loonbelasting omdat u in Nederland of op het continentaal plat werkt (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg).
- of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank dat u verzekerd bent volgens de Wet langdurige zorg.