

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500911

## Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door D te E,

en

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

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 20 mei 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 29 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 11 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 september 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Op 30 september 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025021449) een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 3 oktober 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Op 6 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 7 november 2025 aan verzoeker gezonden. Op 9 november 2025 heeft verzoeker een e-mailbericht aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 11 november 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. Op 13 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 14 november 2025 aan verzoeker gezonden.
- 1.6. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 november 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzekerde was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Optifit en ONVZ Wereldfit (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Verzekerde heeft in december 2024 een tandheelkundige behandeling ondergaan, bestaande uit een controle en gebitsreiniging. De kosten hiervan zijn bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat de kosten worden vergoed onder inhouding van een eigen bijdrage.
- 2.4. Verzoeker heeft hierover bij de ziektekostenverzekeraar een klacht ingediend. Bij e-mailbericht van 7 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de eigen bijdrage voor 2024 door hem uit coulance wordt vergoed.
- 2.5. Op 30 september 2025 heeft het Zorginstituut een brief aan de commissie gestuurd.

### 3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de kosten van de in december 2024 bij verzekerde uitgevoerde tandheelkundige behandeling (volledig) dienen te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker gesteld dat verzekerde een ernstige verstandelijke beperking heeft. Daarom heeft hij aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg op grond van artikel 2.7, eerste lid, onderdeel b, van het Besluit Zorgverzekering. Tot de behandeling in december 2024 heeft verzekerde nooit een eigen bijdrage hoeven te betalen voor tandheelkundige behandelingen. Vanaf dat moment interpreteert de ziektekostenverzekeraar artikel 2.7, eerste lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering echter anders. Dit terwijl deze bepaling sinds eind jaren negentig niet is gewijzigd. Volgens verzoeker kan de ziektekostenverzekeraar een wettelijke bepaling na twintig jaar niet opeens anders gaan interpreteren om een eigen bijdrage in rekening te brengen. Als is voldaan aan de voorwaarden van artikel 2.7, eerste lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, zou dit moeten leiden tot het afgeven van een machtiging voor bijzondere tandheelkundige zorg zonder eigen bijdrage.
- 3.3. Voor bijzondere tandheelkundige zorg ten laste van de zorgverzekering wordt het verplicht eigen risico al aangesproken. Als daarnaast een eigen bijdrage moet worden betaald, terwijl er een indicatie is voor bijzondere tandheelkunde, zijn mensen met een verstandelijke beperking uiteindelijk duurder uit. Dit strookt niet met het maatmanprincipe. Voorts wordt voor tandheelkundige zorg aan kinderen onder de 18 jaar geen eigen bijdrage berekend. Volgens verzoeker dienen mensen met een verstandelijke beperking ten minste op dezelfde manier te worden beoordeeld als kinderen onder de 18 jaar. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen immers (ook) niet verantwoordelijk worden gehouden voor optimale zelfzorg en het in stand houden van hun dentitie.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 9 november 2025 heeft verzoeker nogmaals gewezen op artikel 2.7, eerste lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering. Hij heeft in dit verband toegelicht dat de verstandelijke beperking en de bijbehorende gedragsproblematiek als co-morbiditeit het voor verzekerde onmogelijk maken om mondzorg binnen de reguliere zorg te realiseren. In het Besluit zorgverzekering is opgenomen dat verzekerden geen eigen bijdrage zijn verschuldigd wanneer er een rechtstreeks verband is tussen de zorgvraag en de indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Over de eigen bijdrage wordt in de toelichting gesteld dat de desbetreffende verzekerden voor de normale hulp die nodig is om het gebit gesaneerd te houden, bijdragen in de kosten ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties buiten een instelling voor bijzondere tandheelkunde om zouden worden verleend. Deze tekst kent twee onderdelen, namelijk de normale hulp die nodig is om het gebit gesaneerd te houden en de hoogte

van de eigen bijdrage. Voor deze patiënt met een verstandelijke beperking, die is aangewezen op een instelling voor bijzondere tandheelkunde, is de zorg dermate complex dat niet kan worden teruggevallen op zorg buiten de instelling voor bijzondere tandheelkunde. De noodzaak van multidisciplinaire zorg en de bijbehorende centrumindicatie maken dat ‘normale’ reguliere zorg voor verzekerde niet bestaat. Er is een rechtstreeks verband tussen de zorgvraag en de indicatie voor bijzondere tandheelkunde.

In het Vademecum Basispakket Mondzorg en Wlz wordt een toelichting gegeven op de eigen bijdrage. De inhoud van het Vademecum Basispakket Mondzorg en Wlz 2016 is tot stand gekomen in samenwerking tussen KNMT, ANT, CAT en ZN. Het betreft een initiatief van deze partijen om de informatie over het onderdeel mondzorg in de zorgverzekering en de Wet langdurige zorg te bundelen en toegankelijk weer te geven.

Sinds 2016 staat in alle opeenvolgende uitgaven van het Vademecum steeds; *“Patiënten die vallen onder artikel 2.7, eerste lid, sub b: lichamenlijk en geestelijk gehandicapt, alsook extreem angstigen. De lichamenlijke of geestelijke aandoening, die ervoor zorgt dat een verzekerde geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, vormt de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. Het uitgangspunt ten aanzien van verzekerden met een niet-tandheelkundige lichamenlijke of geestelijke handicap is dat deze verzekerden deze aandoening niet aangerekend kan worden en dat het daarom ook niet redelijk is deze verzekerden een bijdrage te laten betalen voor de met deze aandoening samenhangende tandheelkundige zorg”*.

In 2025 is de verantwoording van het Vademecum 2025 gewijzigd en ook de uitleg van de eigen bijdrage. Het Vademecum 2025 is initieel tot stand gekomen in samenwerking tussen KNMT, ANT, CAT en ZN en wordt thans jaarlijks geüpdatet door het CAT en gepubliceerd op de website van het CAT. In deze versie van het vademecum wordt, zonder aanleiding in het Besluit zorgverzekering en ook zonder overleg met de beroepsgroep en Zorgverzekeraars Nederland, over de eigen bijdrage bij artikel 2.7, eerste lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering gesteld dat de lichamenlijke of geestelijke aandoening, die ervoor zorgt dat verzekerde geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, een indicatie vormt voor bijzondere tandheelkundige hulp. Er geldt een eigen bijdrage voor volwassen verzekerden van 18 jaar en ouder met uitzondering van de tandheelkundige zorg die samenhangt met deze aandoening. De ziektekostenverzekeraar heeft deze uitleg van het Vademecum 2025 tot uitvoering gebracht bij verzekerde.

Overigens heeft op 16 mei 2025 de Algemene Leden Vergadering van het CAT besloten de vereniging na 76 jaar op te heffen. De status van de richtlijnen van het CAT en de voortgang hiervan in de toekomst, is nog onduidelijk.

- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker bevestigd dat verzekerde per eind december 2024 een indicatie op grond van de Wet langdurige zorg heeft, waardoor de kosten van tandheelkundige behandelingen ten laste van deze wet komen.

Verzekerde heeft gedurende jaren geen eigen bijdrage hoeven te betalen van de ziektekostenverzekeraar. Sinds 2024 wordt evenwel afgeweken van de consensus die jarenlang heeft bestaan. De nota voor de eigen bijdrage komt uit de lucht vallen. Blijkbaar interpreteert de ziektekostenverzekeraar de wettelijke bepalingen over de eigen bijdrage ineens anders. Verzoeker is het niet eens met de uitleg van de ziektekostenverzekeraar. Deze uitleg zorgt ervoor dat hoge kosten ten laste van de betreffende patiëntengroep komen. Dat is te zwaar voor deze kwetsbare groep. De patiëntengroep moet worden gelijkgesteld met minderjarigen, waarvoor geen eigen bijdrage geldt. Deze groep kan niet voor zichzelf opkomen en is afhankelijk van de tandartsen.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij op een juiste wijze uitvoering geeft aan het bepaalde in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering.
- 4.2. Bij brief van 11 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzekerde een verstandelijke beperking heeft en daarom aanspraak maakt op bijzondere tandheelkundige zorg

ten laste van de zorgverzekering. Tot 26 juli 2024 had verzekerde een doorlopende machtiging van de ziektekostenverzekeraar voor vergoeding van de behandeling U05: *tijdtarief begeleiding en behandeling van moeilijk behandelbare patiënten in eenheden van vijf minuten*. Aangezien deze machtiging toen was verlopen, zijn voor de behandeling op 3 december 2024 de reguliere codes voor mondzorg gedeclareerd voor verzekerde.

Voor verzekerden die 18 jaar en ouder zijn, geldt bij bijzondere tandheelkunde een wettelijke eigen bijdrage voor reguliere mondzorg die geen verband houdt met de indicatie voor bijzondere tandheelkunde. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij verwezen naar artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering jo. artikel 2.31, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering. Aangezien deze zorg ook wordt geleverd aan personen zonder een indicatie voor bijzondere tandheelkunde, blijven de kosten in beginsel voor eigen rekening. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten de eigen bijdrage van verzekerde over 2024 uit coulance te vergoeden. Teneinde dit proces administratief correct te laten verlopen, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker aangeraden om deze eigen bijdrage op een aparte nota door de zorgverlener te laten vermelden. Verzoeker kan die nota dan vervolgens ter declaratie indienen. Het gaat hierbij concreet om de prestaties M03 (Gebitsreiniging per vijf minuten) en C002 (Consult voor een periodieke controle) van 3 december 2024. Tot op heden zijn deze verrichtingen niet bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Per 24 december 2024 heeft verzekerde een indicatie volgens de Wet langdurige zorg, met volledige verpleging en verzorging. De vergoeding van alle mondzorg loopt vanaf die datum via het zorgkantoor.

- 4.3. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt dat zij, in geval van bijzondere tandheelkundige zorg, voor bepaalde tandheelkundige behandelingen een eigen bijdrage moeten betalen, die gelijk is aan het reguliere tarief. Het gaat hierbij onder andere om het gedeclareerde preventief onderzoek en de controles. In de wetsgeschiedenis en de Memorie van Toelichting wordt nergens gesproken over een uitzondering op de leeftijd van 18+ in het geval van een verstandelijke beperking, zoals verzoeker lijkt te suggereren. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hij een juiste invulling geeft aan de wetsbepaling door de eigen bijdrage bij verstandelijk gehandicapten voor behandelingen die niet onder bijzondere tandheelkundige zorg vallen, en die ook niet in direct verband staan met deze handicap, in rekening te brengen. Dit sluit ook aan bij de toelichting uit de Staatscourant. Dat dit de correcte werkwijze is, wordt door de adviserend tandarts van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland bevestigd, zoals blijkt uit het meegestuurde (geanonimiseerde) e-mailbericht.
- 4.4. Bij e-mailbericht van 7 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij de zorgverlener van verzekerde op 18 december 2024 voor het eerst heeft geïnformeerd over de eigen bijdrage die is verschuldigd, namelijk in reactie op de aanvraag van 16 december 2024. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat de zorgverlener verzoeker hierover heeft ingelicht. Aangezien deze aanvraag aan het einde van het jaar werd gedaan, en de ziektekostenverzekeraar verzoeker niet eerder op de hoogte heeft gesteld, en hij hierdoor ook niet in de gelegenheid is geweest om eventueel een aanvullende ziektekostenverzekering ten behoeve van verzekerde af te sluiten, heeft de ziektekostenverzekeraar aangeboden de in december 2024 gemaakte kosten voor reguliere tandheelkundige zorg uit coulance te vergoeden.
- 4.5. Bij brief van 6 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat tandheelkundige zorg voor volwassenen geen deel uitmaakt van de zorgverzekering. Dit kan slechts anders zijn bij een indicatie tot bijzondere tandheelkundige zorg. De bijzondere tandheelkundige zorg is beschreven in het eerste lid van artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering. Een indicatie tot bijzondere tandheelkunde kan slechts voorkomen in drie gevallen: a) bij een ernstige ontwikkelingsstoornis, een groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel; b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de

aandoening niet had gehad; c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat zijn gebit zou zijn geweest als hij de aandoening niet had gehad.

In het geval van verzekerde zijn sub a en sub c niet van toepassing en moet worden getoetst aan sub b. Sub b ziet op een aandoening die niet tandheelkundig van aard is, maar door deze aandoening – of de behandeling hiervan – is het gebit zodanig verslechterd dat geen tandheelkundige functie kan worden behouden of verkregen, gelijkwaardig aan die welke de verzekerde zou hebben gehad als hij de aandoening niet had gehad. Kortom: als de ziekte of aandoening zich niet had voorgedaan, was de tandheelkundige zorg niet nodig geweest.

De verstandelijke beperking van verzekerde maakt dat aan hem niet de normale tandheelkundige zorg kan worden verleend, maar dat hiervoor meer begeleiding en tijd nodig is. Voor die extra zorg kan de code U05 worden gedeclareerd door de tandarts.

In de Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg 2024 (TB/REG-24612-01) is de code U05 als volgt beschreven:

*“Tijdtarief begeleiding moeilijk behandelbare patiënten in eenheden van vijf minuten*

*Dit tijdtarief betreft de behandeling in het kader van de mondzorg van bijzondere zorggroepen, bijvoorbeeld met een verstandelijke en/of lichamelijke handicap of extreem angstige patiënten waarbij de behandelingsduur langer is dan doorgaans bij reguliere patiënten het geval is. Dit tijdtarief betreft ook die verzekerden die volgens het Besluit zorgverzekering in aanmerking komen voor hulp in het kader van artikel 2.7 Bz lid 1 sub b en sub c. Dit tijdtarief betreft een tarief per 1/12 deel stoeluur, met andere woorden per vijf minuten. Bij stoeluren gaat het om direct patiëntgebonden tijd.*

*Er geldt hierbij:*

- *Prestatie U05 mag in combinatie met andere prestaties gedeclareerd worden als de U05 wordt ingezet voor de begeleiding van moeilijk behandelbare patiënten.*
- *Indien U05 voor de gehele behandeling in rekening wordt gebracht, mogen er naast de U05 voor dezelfde behandeling in het kader van de tandheelkundige zorg, geen andere prestaties gedeclareerd worden, met uitzondering van C020, C021, J057, kosten van intraveneuze sedatie en narcose (A20), röntgenonderzoek (X10 t/m X34) en de kostentarieven (B12, H21, E04, J001, J002 en J050).”*

Ten behoeve van verzekerde was er een machtiging verstrekt die het mogelijk maakte de code U05 te declareren. Op basis hiervan heeft verzekerde in het verleden de benodigde mondzorg gekregen, waaronder mogelijk ook controles en gebitsreiniging. De desbetreffende machtiging verliep echter op 26 juli 2024. Nadien is er géén nieuwe machtiging gevraagd of verleend, maar is aan verzekerde wél opnieuw mondzorg verleend op 3 december 2024. Die zorg is gedeclareerd met de codes C002 (Consult voor een periodieke controle) en M03 (Gebitsreiniging, per vijf minuten). Dit zijn codes die worden gebruikt om reguliere mondzorg te verlenen, dat wil zeggen aan patiënten die géén indicatie hebben voor bijzondere tandheelkunde. Deze zorg hangt ook niet samen met de verstandelijke beperking van verzekerde, en komt om die reden niet in aanmerking voor vergoeding op grond van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft echter gemeend dat het niet-vergoeden van de zorg onredelijk zou zijn. Als verzekerde opnieuw een machtiging had aangevraagd voor de code U05 én deze was gebruikt bij het declareren van de zorg was voornoemde zorg immers vergoed. Net als in het verleden. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de gedeclareerde zorg voor 2024 alsnog uit coulance te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft de wet dus niet “plots” anders geïnterpreteerd, zoals door verzoeker naar voren is gebracht, waardoor kosten voor eigen rekening bleven. Maar hier geldt dat door (i) het verlopen van de machtiging én (ii) het hanteren van andere codes de declaraties anders zijn afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar meent dat hij in dezen correct heeft gehandeld.

- 4.6. In zijn brief van 14 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het bezwaar van verzoeker zich richt tegen de afhandeling van de aanvraag van 16 december 2024. Hiermee

vraagt de zorgverlener – met terugwerkende kracht - een machtiging aan voor de verrichting met code X831, op basis waarvan (ook) de zorg is verleend aan verzekerde op 3 december 2024. Code X831 betreft een prestatie die volgens de 'Prestatie- en tariefbeschikking bijzondere tandheelkunde instellingen' (TB/REG-24628-01) door instellingen voor bijzondere tandheelkunde in rekening kan worden gebracht als “collectief maximum tijdstarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen”.

Naast code X831 kunnen de volgende kosten in rekening worden gebracht:

1. tandtechniek, extra-orale voorzieningen en implantaten;
2. kosten voor het maken en beoordelen van (röntgen)foto's;
3. intraveneuze sedatie en algehele anesthesie.

In de aanvraag is verder opgenomen: “Wat is de eigen bijdrage voor de verzekerde en hoe is het opgebouwd (vermeld prestatiecodes)? Toelichting: C002, 01, M03. Bedrag 0,00.”

De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat de verrichtingen C002 (Consult voor een periodieke controle), M01 (Preventieve voorlichting en/of instructie) en M03 (Gebitsreiniging) zorg betreffen die géén verband houdt met de verstandelijke beperking van verzekerde. Voor dat deel van de zorg geldt dat – overeenkomstig artikel 2.31, eerste lid, Regeling zorgverzekering – de kosten hiervan voor eigen rekening blijven in de vorm van een wettelijke eigen bijdrage. De aanvraag is weliswaar goedgekeurd, maar onder het voorbehoud dat de eigen bijdrage zou worden doorbelast aan verzekerde. Dit heeft de zorgverlener “onder protest” gedaan, zo volgt uit bijgevoegde aanvraag. Aangezien het een zorgaanbieder niet is toegestaan naast code X831 de voornoemde codes te declareren, geldt dat de maximale vergoeding waarop verzekerde recht heeft gelijk is aan het tarief dat voor de code X831 in rekening mag worden gebracht, minus de tarieven die gelden voor de C002, M01 en M03. De zorgverlener heeft ook als zodanig gehandeld en het juiste bedrag bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.

- 4.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat er in december 2024 zorg heeft plaatsgevonden ten behoeve van verzekerde. De kosten hiervan zijn achteraf vergoed, onder inhouding van een eigen bijdrage. De ziektekostenverzekeraar heeft reeds aangeboden de kosten van de eigen bijdrage uit coulance te vergoeden. Hierover bestaat tussen partijen dus geen geschil meer. Wel dient verzoeker nog de nota van de tandarts over te leggen. Wat partijen verdeeld houdt, is de vraag of deze eigen bijdrage al dan niet in rekening mocht worden gebracht. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit terecht geweest.

In het verleden is geen eigen bijdrage berekend. De werkwijze van de ziektekostenverzekeraar was destijds in het voordeel van verzekerde. Echter, formeel juridisch gezien gold de eigen bijdrage toen ook. De ziektekostenverzekeraar is hier strenger op gaan controleren. Deze beslissing is voor verzoeker mogelijk uit de lucht komen vallen en dat is voor de ziektekostenverzekeraar dan ook reden geweest om de kosten uit coulance te vergoeden.

In het geval van een tandheelkundige aandoening die niet in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkunde geldt dat de eventuele meerkosten ten laste van de zorgverzekering komen. De andere kosten blijven voor rekening van betrokkene. Dit blijkt uit artikel 2.31 van de Regeling zorgverzekering en heeft de commissie eerder in verschillende bindende adviezen bepaald. De ziektekostenverzekeraar is het niet eens met de stelling van verzoeker dat de eigen bijdrage niet geldt voor de patiëntengroep zoals bedoeld in artikel 2.7, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering.

## 5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In zijn brief van 30 september 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*“U hebt Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) op 15 september 2025 om advies gevraagd over het geschil tussen verzekerde en verweerder. Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld. De conclusie is dat het Zorginstituut in dit geschil geen adviestaak heeft.*”

*Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Het geschil heeft echter betrekking op het in rekening brengen van een eigen bijdrage voor een tandheelkundige behandeling. Niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviestaak en brengt in dit geschil geen advies uit.”*

## **6. Bevoegdheid van de commissie**

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de Algemene regels en Vergoedingen van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## **7. Beoordeling**

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over bijzondere tandheelkundige zorg en de hiervoor geldende eigen bijdrage 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.
- 7.2. De zorgverzekering biedt dekking voor bijzondere tandheelkundige zorg. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op de pagina's 169 tot en met 172 van de Algemene regels en Vergoedingen van de zorgverzekering. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, eerste lid, Bzv. Tussen partijen is niet in geschil dat verzekerde op grond van het gestelde in artikel 2.7, eerste lid, onder b, Bzv aanspraak heeft op bijzondere tandheelkundige zorg ten laste van de zorgverzekering. Wat partijen verdeeld houdt, is of de ziektekostenverzekeraar de kosten van de in december 2024 uitgevoerde tandheelkundige behandeling dient te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft zich hiertoe bereid verklaard indien verzoeker een nota van de tandarts aanlevert. De commissie concludeert dat daarmee het financiële belang de facto is komen te vervallen. Verzoeker wenst evenwel een principe uitspraak over de toepasselijkheid van de eigen bijdrage. De commissie overweegt met betrekking daartoe als volgt.
- 7.3. Bij verzekerden die een indicatie hebben voor bijzondere tandheelkundige zorg op grond van artikel 2.7, eerste lid, onderdeel b, Bzv, kan de behandeling meer tijd in beslag nemen dan bij verzekerden zonder een dergelijke indicatie. Daarom mag in plaats van een verrichtingentarief een uurtarief in rekening worden gebracht, zoals blijkt uit de toelichting bij de Wijziging Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering en Uitvoeringsbesluit vergoedingen particulier verzekerden. In voornoemde toelichting is het volgende vermeld: *“(…) Het probleem dat nu per 1 januari 1995 is ontstaan, is dat de desbetreffende verzekerden de normale hulp tegen een uurtarief ontvangen. Deze kosten komen voor eigen rekening, terwijl het uurtarief voorheen voor rekening van de ziekenfondsverzekering kwam. De aanvullende verzekeringen bieden bovendien slechts een tegemoetkoming in de kosten op basis van verrichtingentarieven. Uit: Staatscourant 1995, nr. 233 / pag. 20. De Raad onderschrijft in zijn advies het uitgangspunt dat ook voor gehandicapte verzekerden en de medisch gecompromitteerden de normale tandheelkundige hulp van het pakket is uitgesloten. In verband met de hiervoor vermelde knelpunten, adviseert de Raad echter te komen tot een andere oplossing voor het afbakeningsprobleem. Deze houdt in dat de saneringseis van artikel 9 (oud) komt te vervallen en dat wordt geregeld dat de desbetreffende verzekerden voor de normale hulp die nodig is om het gebit gesaneerd te houden, bijdragen in de kosten ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties buiten een instelling voor bijzondere tandheelkunde om zouden worden verleend. Op deze wijze komt het uurtarief dat de instelling of de tandarts-algemeen-practicus in*

*rekening mag brengen ten laste van de ziekenfondsverzekering, terwijl de verzekerde een rekening krijgt voor de hulp alsof die tegen het verrichtingentarief is verleend (...)*”.

Ingaande 1 september 2000 is de in de laatste zin beschreven systematiek gewijzigd en is bedoelde bijdrage, uitgezonderd die voor extreem angstige patiënten, vervallen. Bij de inwerkingtreding van de Zvw met ingang van 1 januari 2006 is dit gehandhaafd. Een volgende wijziging vond plaats bij Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 juli 2011, nr. Z/VU-3073017 (Staatscourant 2011, nr. 14185). Vanaf 1 januari 2012 werden verzekerden met een indicatie voor bijzondere tandheelkunde op grond van artikel 2.4, eerste lid, Rzv wederom een bijdrage verschuldigd.

- 7.4. De verschuldigde bijdrage als in het voorgaande genoemd is nu in artikel 2.31, eerste lid, Rzv, aldus verwoord: *“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”*.
- 7.5. Waar het vervolgens de nota uit december 2024 betreft, geldt dat toen de tandheelkundige behandeling plaatsvond (controle en gebitsreiniging), de door de ziektekostenverzekeraar afgegeven machtiging al op 26 juli 2024 was verlopen, zodat code U05 niet meer in rekening mocht worden gebracht.  
Naar de commissie begrijpt, zijn door de tandarts om die reden reguliere verrichtingentarieven (C002 en M03) gedeclareerd. Uit hetgeen hiervoor is overwogen volgt dat dan geen vergoeding in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg kan worden verleend. Het op de nota vermelde verrichtingentarief is in dat geval immers gelijk aan de verschuldigde eigen bijdrage.
- 7.6. Nadien is door de zorgverlener een aanvraag gedaan om – met terugwerkende kracht - code X831 te mogen berekenen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop zijn akkoord op gegeven. Zoals in de procedure door hem onweersproken is gesteld, mochten de verrichtingencodes C002, M01 en M03 niet in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg worden gedeclareerd, en dienden deze aan verzekerde als eigen bijdrage “te worden doorbelast”. De zorgverlener zou hier “onder protest” mee hebben ingestemd.  
Hiervoor werd al geconstateerd dat reguliere tandheelkundige zorg niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering. Dat de ziektekostenverzekeraar in het verleden anders heeft gehandeld, door dergelijke kosten wél te vergoeden, doet aan dit uitgangspunt niets af, en is in dit concrete geval ook niet meer relevant, aangezien de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de in december 2024 gemaakte kosten – na overlegging van de nota - uit coulance te willen vergoeden en verzekerde sinds 24 december 2024 een Wlz-indicatie heeft. De na deze datum gemaakte kosten van mondzorg komen ten laste van de Wlz.
- 7.7. De commissie merkt op dat hetgeen verzoeker heeft gesteld over de achterstelling van verzekerden met een verstandelijke beperking, het (tevens) van toepassing zijn van het eigen risico, en de door hem gemaakte vergelijking met personen jonger dan 18 jaar, geen uitgebreide bespreking behoeft. Voor de hier bedoelde personen met een indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg mag een hoger tarief worden gehanteerd, zoals in dit geval voorheen de code U05 en later de code X831. Op deze vergoeding ten laste van de zorgverzekering is het eigen risico van toepassing. Dit laatste is een keuze van de wetgever.  
Het is voorts een keuze van de wetgever geweest onderscheiden regelingen in het Bzv op te nemen voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen (eerste lid van artikel 2.7 Bzv) en tandheelkundige hulp aan jongeren (vierde lid). De commissie kan hierin niet treden.

Slotsom

- 7.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

**8. Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 februari 2026,

J.J.M. Linders

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

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

## Artikel 11

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

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

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

## Artikel 2.7

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

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

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.31

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

### ● Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Voor een goed gebit in een gezonde mond.

#### ● Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	Bepikt, volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese, Fronttandvervanging 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 en tandvleesbehandelingen samen</li> <li>• elektrische tandenborstel + opzetborsteltjes</li> </ul> <p>Vergoedingen: max. per kalenderjaar Tandenborstel: 1 per looptijd verzekering Geen vergoeding voor: kronen, bruggen, wortelkanaalbehandelingen, implantaten en prothesen</p>

#### ● Wat u vergoed krijgt

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoedt de basisverzekering alleen de kaakchirurg, het kunstgebit, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde. Waar u recht op heeft staat in die vergoedingen. De meeste 'gewone' zorg van de tandarts, mondhygiënist en orthodontist 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 rekening van de tandarts. Voor orthodontie geldt een andere vergoeding.

## Mond en gebit

### **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:

- consult ten behoeve van een intake (C001)
- consult periodieke controle (C002)
- consult, niet zijnde periodieke controle (C003)
- aanvullende anamnese (C010)
- mondzorg aan huis (C020)
- 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, tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar. Van dat bedrag kunt u maximaal € 300 besteden aan vullingen (V-codes) en tandvlesbehandelingen (parodontologie, T-codes) samen.

En: bij Tandfit Preventief krijgt u 1 keer per looptijd van de verzekering een elektrische tandenborstel, en jaarlijks nieuwe opzetborsteltjes.

## Mond en gebit

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

- kronen, bruggen en inlays<sup>2</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 en voorbereiding daarvan (A20<sup>3</sup>, A30)
- uitwendig bleken (E97)
- facings (V15, R78, R79)
- behandelen van witte vlekken (M80, M81)
- MRA<sup>4</sup> (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)
- gebits- en mondbeschermer (M61)
- zorg onder het experiment cosmetische mondzorg (K-codes)

**Ongeval?**

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

### ● **Wat u zelf betaalt**

**Geen eigen bijdrage**

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

**Geen eigen risico**

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

### ● **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.

## Mond en gebit

### Uitleg

1. M-codes: M01 preventieve voorlichting, M02 evaluatie van preventie, M03 gebitsreiniging, M30 behandelen gevoelige tandhalzen, M32 onderzoek bacteriën/enzymen, M40 fluoridebehandeling
2. Inlays: Op maat gemaakte vullingen
3. A20: De codes tussen haakjes staan op de rekening van uw tandarts
4. MRA: Dit valt onder de vergoeding hulpmiddelen: MRA