

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500028

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 19 juni 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 19 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 augustus 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 10 september 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025019414) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 11 september 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 november 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Verzoeker heeft ter zitting aanvullende informatie van de behandelend tandarts en implantoloog overgelegd. Een kopie hiervan is op 6 november 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Deze heeft bij brief van 11 november 2025 hierop gereageerd. Een kopie van deze brief is op 12 november 2025 ter informatie aan verzoeker gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 20 november 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 10 september 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 25 november 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Tandengaat 250 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen OHRA Sterk en OHRA Gezond zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Op 8 oktober 2024 is ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een tandheelkundige behandeling, bestaande uit het aanbrengen van een implantaat met hierop een kroon ter plaatse van element 21.
- 2.3. Bij ongedateerde brief heeft de behandelend tandarts-implantoloog over verzoeker verklaard:

“Behandelhistorie element 21:

- *Trauma gehad in 2013*
- *In 2018 resulteerde dit in pijn en zwelling bij element 21 en 22. [naam verzoeker] is toen behandeld door endodontoloog [naam] om element 21 te behandelen.*
- *In 2020 gaf deze regio opnieuw klachten en voelde hij steken bij druk in regio van de 22.*
- *In 2024 constateerde de tandarts voor orthodontie [naam] tijdens haar behandeling een ernstig verzwakt element 21 met als opmerking dat hier in de toekomst een kroon nodig zou zijn om het element te versterken.*
- *In augustus 2024 is bij nagelbijten element 21 opnieuw gefractureerd, waarbij een fractuurlijn palatinaal zichtbaar was.*
- *In oktober 2024 is de 21 opnieuw gefractureerd, waarbij de breuk palatinaal dermate diep en ongunstig is dat het element niet meer te restaureren is en helaas getrokken moet worden.*

Gezien bovenstaande behandelhistorie is het overduidelijk dat element 21 klachten is gaan geven en ernstig verzwakt is door het trauma in 2013. Dit heeft geresulteerd in endodontische behandeling in 2018. Daarna is het element opnieuw gebroken tot diep palatinaal. Na diverse pogingen element 21 te behouden, moest helaas geconcludeerd worden dat het element geëxtraheerd moet worden, met als beste oplossing een implantaat.

De grootste verzwakking van dit element komt door de wortelkanaalbehandeling die nodig is geweest als gevolg van het trauma in 2013. Daarmee is dat de hoofdoorzaak van het huidige probleem.

Het is daarnaast ook logisch dat wij het element proberen te behouden zo lang als mogelijk en niet ieder endodontisch behandeld element als verloren beschouwen en dit ook als zodanig rapporteren naar de verzekeraar.”

- 2.4. Bij brieven van 23 oktober 2024 en 26 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.6. Bij brief van 10 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. De behandelend tandarts en de behandelend implantoloog hebben bij brief van 4 november 2025 het volgende over verzoeker verklaard:

“De bewering dat op de solo van 25 augustus 2018 een volledig afgevormde tand met slechts een kleine incisale vulling te zien is, klopt niet. Uit deze röntgenfoto blijkt duidelijk een apicale parodontitis en een afwijkend pulpakanaal, wat in de meeste gevallen het gevolg is van een trauma. Het element 21 was al avitaal voordat [verzoeker] in 2018 klachten kreeg, en het element was als gevolg van het ongeval in 2013 zeker verzwakt, zoals blijkt uit het afwijkende pulpakanaal. (...)

Een wortelkanaalbehandeling verzwakt een tand of kies per definitie aanzienlijk. We kunnen in ieder geval 100% zeker stellen dat element 21 bij het ongeval van [verzoeker] ernstig verzwakt was. Het stellen van een indicatie voor een kroon betekent inderdaad niet dat het element verloren is, maar het wijst wel op een aanzienlijke verzwakking van de tand. (...)

Zonder het trauma op jonge leeftijd zou het zeer onwaarschijnlijk zijn dat [verzoeker] zijn voortand zou hebben verloren. Een gezonde tand zonder wortelkanaalbehandeling en zonder uitgebreide vulling breekt namelijk nooit horizontaal bij normale belasting, ook niet bij nagelbijten. (...)”

- 2.8. Bij brief van 25 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan hem de kosten van een tandheelkundig implantaat met een daarop te plaatsen kroon moet vergoeden.
- 3.2. In het klachtenformulier van 3 januari 2025 heeft verzoeker toegelicht dat hij in 2013, op 8-jarige leeftijd, een ongeval heeft gehad. Hierdoor was zijn voortand (element 21) deels afgebroken en zat deze los. Vanaf dat moment is hem steeds verteld dat die tand door het ongeval verzwakt was, zowel door de tandarts als de orthodontist. In 2018 kreeg verzoeker hevige pijnklachten aan zijn voortand. Hij is toen door een endontoloog behandeld in verband met een afgestorven tandzenuw. De behandelingen zijn steeds gericht geweest op het zo lang mogelijk behouden van de voortand. Uiteindelijk is deze in september 2024 echter opnieuw gebroken en helemaal los gaan zitten. Hierdoor was een fronttandbehandeling, bestaande uit het aanbrengen van een implantaat met daarop een kroon, noodzakelijk.
- 3.3. Verzoeker is van mening dat zijn situatie valt onder de voorwaarden van artikel 2.7, zesde lid, van het Besluit zorgverzekering. Op grond van dit artikel bestaat voor verzekerden jonger dan 23 jaar aanspraak op het aanbrengen van tandheelkundige implantaten indien die tand of die tanden ontbreken als direct gevolg van een ongeval, en de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt. In artikel B.14.d van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een verzekerde vanaf 18 jaar, maar jonger dan 23 jaar, aanspraak heeft op vergoeding van een implantaat met kroon ter vervanging van een snij- of hoektand als hij één of meer blijvende snij- of hoektanden mist als direct gevolg van een ongeval vóór zijn 18-jarige leeftijd. Verzoeker is van mening dat de fronttandvervanging in 2024 een direct gevolg is van het ongeval in 2013. Zijn voortand was hierdoor immers reeds ernstig verzwakt en is na opnieuw een breuk volledig gaan loszitten.
- 3.4. In het geval de ziektekostenverzekeraar bij zijn standpunt blijft, is er volgens verzoeker aanleiding om de onderhavige kosten uit coulance te vergoeden. Dit te meer omdat hij aanvullend is verzekerd voor mondzorg na een ongeval. Als zijn voortand in september 2024 verloren was gegaan door een ongeval dan was dezelfde behandeling voor vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking gekomen.

- 3.5. In de brief van 19 juni 2025, gericht aan de commissie, heeft verzoeker gereageerd op de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 18 maart 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De opmerking van de adviserend tandarts - dat op de solo (röntgenfoto) van 25 augustus 2018 een volledig afgevormde tand met maar een kleine incisale vulling te zien is - klopt niet. Op die solo zijn volgens verzoeker een duidelijke apicale parodontitis en een afwijkend pulpakanaal zichtbaar. Dit is in de meeste gevallen een gevolg van een trauma. Volgens verzoeker was element 21 zeker al een tijd niet meer vitaal voordat hij in 2018 hiervan last kreeg. Op 25 augustus 2018 is door de dienstdoende spoed tandarts in de behandelhistorie genoteerd dat element 21 vitaal was. De volgende dag heeft deze tandarts voornoemde bevinding evenwel zelf in twijfel getrokken en heeft hij in de behandelhistorie vermeld dat de vitaliteitstest vals positief was. Verzoeker merkt op dat de in 2018 uitgevoerde wortelkanaalbehandeling element 21 verder heeft verzwakt. Tijdens de endostart kwam er ook pus uit het wortelkanaal. De opmerking in 2020 dat het goed gaat met het element ziet volgens verzoeker op het feit dat de apicale parodontitis goed was hersteld. De afwijking in het pulpakanaal was echter onveranderd. Ook waren er in 2020 in deze regio opnieuw klachten en voelde verzoeker steken bij druk in de regio van element 22.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoeker benadrukt dat hij van oordeel is dat hij voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van fronttandvervanging. Hij heeft in aanvulling op het bovenstaande nog aangevoerd dat de stelling van de ziektekostenverzekeraar – dat element 21 in 2013 en 2018 nog vitaal was - wordt weerlegd in de brief van de tandarts en de implantoloog van 4 november 2025. In reactie op het voorlopige advies van het Zorginstituut heeft verzoeker opgemerkt dat element 21 naar het oordeel van de tandarts en de implantoloog al in ernstige mate was verzwakt als rechtstreeks gevolg van eerder genoemd trauma. En het feit dat het element kort na het bereiken van de 18-jarige leeftijd is gebroken, is volgens hen ook een direct gevolg van het trauma. Begin oktober 2024 is het element wederom gebroken en was herstel van het element medisch gezien niet houdbaar. Hieruit volgt dat element 21, achteraf beschouwd, niet duurzaam houdbaar was. Dit betekent volgens verzoeker dat element 21 in juridisch opzicht met terugwerkende kracht dient te worden aangemerkt als verloren vóór de datum waarop hij 18 jaar werd. Bovendien is het element destijds horizontaal gebroken. In de brief van 4 november 2024 wordt gesteld dat een gezonde tand zonder wortelkanaalbehandeling en zonder uitgebreide vulling nooit horizontaal breekt bij normale belasting, ook niet bij nagelbijten. Dit bevestigt volgens verzoeker dat de breuk niet het gevolg kan zijn geweest van gebruik of belasting, maar is te verklaren door de traumatische beschadiging van het element. Verzoeker heeft opgemerkt dat hij eerder heeft verzocht om een vergoeding uit coulance, maar hij weet dat dit buiten de bevoegdheid van de commissie valt.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag op 23 oktober 2024 afgewezen, omdat verzoeker geen aanspraak heeft op de door hem aangevraagde fronttandvervanging. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden, omdat de betreffende tand niet verloren is gegaan vóór de leeftijd van 18 jaar. Er bestaat aanspraak op vergoeding van fronttandvervanging voor verzekerden tot en met 22 jaar als één of meer snijtanden en/of hoektanden niet zijn aangelegd. Daarnaast bestaat aanspraak voor verzekerden tot en met 22 jaar als deze tanden ontbreken als direct gevolg van een ongeval. De noodzaak van deze zorg moet door de behandelend tandarts zijn vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Deze situaties zijn bij verzoeker niet aan de orde.
- 4.2. In de brief van 18 maart 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat volgens zijn adviserend tandarts uit de behandelhistorie niet blijkt dat element 21 al als verloren te beschouwen was voordat verzoeker 18 jaar werd. De behandelhistorie van verzoeker vermeldt dat ergens in 2013 een trauma van het front heeft plaatsgevonden, maar er worden verder geen bijzonderheden genoemd. Element 21 is dan

gewoon vitaal. Op 25 augustus 2018 zijn er pijnklachten in de regio van dit element. Het is wat mobiel, maar reageert wel vitaal. De volgende dag is sprake van een dikke lip, uitgaande van element 21. Eind 2018 vindt een wortelkanaalbehandeling plaats. Op 29 mei 2020 wordt in de behandelhistorie vermeld dat het heel goed gaat met element 21. Verzoeker bereikt in 2023 de leeftijd van 18 jaar. Op 15 maart 2024 wordt opnieuw vastgesteld dat het goed gaat met element 21, en dat te zijner tijd een kroon kan worden gemaakt. Op 8 augustus 2024 wordt een breuk in het element vastgesteld, veroorzaakt door nagelbijten.

Uit het dossier blijkt niet dat de voortand in 2013 al ernstig verzwakt was, aldus de adviserend tandarts. Het element is tot 2018 gewoon vitaal, zonder klachten of problemen. Zelfs in 2024 wordt er nog gesproken over het plaatsen van een kroon. Een kroon wordt niet geplaatst als een element als verloren is te beschouwen.

Op de solo van element 21 (van vóór de wortelkanaalbehandeling) is een praktisch volledig afgevormde tand te zien, met een minimaal kleine vulling incisaal. Er was dus zeker geen sprake van een als verloren te beschouwen, of ernstig verzwakt element ten gevolge van het ongeval uit 2013. Daarnaast betekent een wortelkanaalbehandeling in een frontelement niet dat het element hierna als verloren te beschouwen is. Een kroonindicatie wordt nog in 2024 gesteld voor het element, nadat in 2020 is verklaard dat het heel goed gaat met de 21, en het er keurig uitziet. De omvang van de zorgaanspraken, voorwaarden en wettelijke voorschriften gelden voor alle verzekerden. De ziektekostenverzekeraar verleent daarom vanuit het oogpunt van rechtsgelijkheid naar andere verzekerden geen coulancevergoeding.

- 4.3. In de brief van 19 augustus 2025, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij zijn eerdere standpunt handhaaft. Hij begrijpt het verzoek om de kosten uit coulance te vergoeden, maar uit een oogpunt van gelijke behandeling kan hij dit niet doen.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het voor hem helder is dat het probleem van verzoeker moest worden opgelost en dat de kosten hiervan hoog zijn. Het gaat echter om een aanspraak ten laste van de zorgverzekering. Volgens de ziektekostenverzekeraar is aan de regels die gelden voor fronttandvervanging niet voldaan. OHRA voelt zich hierdoor door gesteund. Als uit de ter zitting overgelegde informatie wat anders blijkt, zal de ziektekostenverzekeraar hiernaar handelen.
Wat betreft het verzoek om een vergoeding uit coulance merkt de ziektekostenverzekeraar op dat er een groot risico is op precedentwerking. De ziektekostenverzekeraar ziet veel aanvragen die net niet voldoen aan de voorwaarden. En in dit geval wel zou worden vergoed, zouden in die andere gevallen ook moeten worden vergoeden. Hiermee zou de ziektekostenverzekeraar dan het pakket uitbreiden. Dat is niet wenselijk. Dus de situatie van verzoeker is niet heel uitzonderlijk. En op grond van de aanvullende verzekering is de dekking beperkt.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 11 november 2025 gereageerd op de brief van de behandelend tandarts en implantoloog van 4 november 2025. Hij heeft voornoemde brief voorgelegd aan zijn adviserend tandarts. Deze heeft het volgende gezegd: *“Ik begrijp zeker dat na een trauma aan een frontelement de uitgangssituatie anders kan zijn, dan wanneer dit niet plaatsvindt. Echter, hier is een trauma in 2013. Pas in 2018 vindt er een wortelkanaalbehandeling plaats, wat gewoon een reguliere behandeling is, en een hoog slagingspercentage heeft, met nog een lange levensduur van het element tot gevolg. Wel vaak gevolgd door een opbouw/kroon, wat hier niet is gebeurd. Er is dus geen sprake van dat het element toen al als verloren te beschouwen was, dat blijkt ook duidelijk uit het patiëntendossier. Pas na het 18e jaar vindt er een fractuur plaats, wat precies de oorzaak is, is mij niet bekend, maar verzekerde heeft een beetje wat hij niet draagt. Overigens is de oorzaak van ondergeschikt belang, maar in ieder geval gaat het element nu, niet verloren door het ongeval uit 2013.”*

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 10 september 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…)

Beoordeling

De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

Uit de behandelhistorie blijkt dat in 2013 sprake was van een trauma waarbij element 21 betrokken was. In 2018 ontstond er een ontsteking aan hetzelfde element, waarvoor een wortelkanaal-behandeling is uitgevoerd. Deze werd afgesloten met Mineral Trioxide Aggregate (MTA) om de apex af te laten vormen.

In 2020 schrijft de tandarts bij controle na een röntgenfoto: "21 zeer gezond beeld, zeker in vergelijking met 2018." Op 15 maart 2024 noteerde de tandarts: "21 t.z.t. waarschijnlijk kroon." Het plannen van een kroon duidt erop dat het element op dat moment nog als te behouden werd ingeschat. Een kroonindicatie wordt niet gesteld als verwacht wordt dat het element op korte termijn verloren gaat.

Element 21 is op 8 oktober 2024, op achttienjarige leeftijd, afgebroken. Een trauma vóór het achttiende levensjaar waarbij een frontelement als verloren wordt beschouwd en waarvoor de noodzaak voor een implantaat vóór die leeftijd is vastgesteld, geeft aanspraak op vergoeding van een implantaatbehandeling tot het drieëntwintigste levensjaar. De verlenging van de aanspraak tot de leeftijd van drieëntwintig jaar is opgenomen omdat de kaak voor het achttiende levensjaar nog niet volgroeid is en daarmee ongeschikt is voor het plaatsen van implantaten ter vervanging van gebitselementen. Een implantaat mag in dat geval na het achttiende jaar worden geplaatst, mits de indicatie voor het implantaat vóór het achttiende jaar is gesteld.

Het trauma van verzoeker vond plaats in 2013. Gelet op het bovenstaande blijkt niet dat het verloren gaan van element 21 het directe gevolg is van dat trauma. Daarnaast blijkt ook niet dat er vóór het achttiende levensjaar een indicatie voor een implantaat is gesteld. Hierdoor kan verzoeker geen aanspraak maken op vergoeding van een fronttandvervanging ten laste van de basisverzekering.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor een fronttandvervanging. Verzoeker kan hierdoor geen aanspraak maken op vergoeding van een implantaat met een daarop te plaatsen kroon ter plaatse van element 21 ten laste van de basisverzekering.”

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 artikel 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 mondzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. In artikel B.14.e van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op volledige vergoeding van een implantaat met kroon ter vervanging van een snij- of hoektand, voor verzekerden vanaf 18 jaar tot en met 22 jaar. Deze aanspraak geldt alleen als bij betrokkene één of meer blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd, of als betrokkene één of meer blijvende snij- of hoektanden mist, als direct gevolg van een ongeval dat vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd heeft plaatsgevonden. Hierbij is opgemerkt dat dit ook geldt in situaties waarbij alleen nog een klein worteldeel van de tand achterblijft en het verwijderen hiervan wordt uitgesteld, of een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op behoud van de tand klein is. Verder is – voor zover hier van belang - als voorwaarde gesteld dat uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18^e jaar is vastgesteld. Dit artikel is een uitwerking van artikel 2.7, zesde lid, Bzv. In laatstgenoemde bepaling is expliciet vermeld dat de noodzaak van de zorg moet zijn vastgesteld voordat betrokkene de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

- 7.3. Verzoeker heeft gesteld dat de aangevraagde fronttandvervanging het gevolg is van een ongeval op 8-jarige leeftijd in 2013. Uit het behandeldossier blijkt hiervan niet. Voorts komt uit de beschikbare informatie niet naar voren dat element 21 vóór het bereiken van de leeftijd van 18 jaar als verloren moest worden beschouwd. Zo is er geen indicatie voor het aanbrengen van een implantaat gesteld voordat verzoeker 18 jaar werd. Integendeel, nog op 15 maart 2024 werd het plaatsen van een kroon op element 21 voorgesteld. Het voorgaande is bevestigd door het Zorginstituut in zijn voorlopig advies van 10 september 2025. De commissie volgt dit advies.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van maximaal € 250,-- per kalenderjaar voor mondzorg, waaronder implantaten en kronen. Voor zover verzoeker het maximale bedrag van € 250,-- nog niet heeft verbruikt, heeft hij voor de aangevraagde behandeling ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op een vergoeding tot maximaal € 250,--.
- 7.5. Daarnaast biedt de aanvullende ziektekostenverzekering op grond van artikel D.8.6. aanspraak op vergoeding van maximaal € 20.000,--, per ongeval voor mondzorg bij een ongeval. Hiervoor geldt onder andere dat betrokkene een akkoordverklaring nodig heeft van de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de behandeling en binnen 3 maanden na het ongeval. Daarnaast moet de behandeling binnen 2 jaar na het ongeval zijn afgerond. Aan deze voorwaarden is in de situatie van verzoeker niet voldaan. Hij heeft daarom op grond van dit artikel geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van een implantaat met de daarop te plaatsen kroon.

Coulance

- 7.6. Verzoeker heeft gevraagd om de kosten uit coulance te vergoeden. Hierbij geldt dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het beleid dat de ziektekostenverzekeraar op dit gebied voert, kan de commissie niet treden. Dit ligt

anders als de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Niet gebleken is dat dit hier aan de orde is.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 december 2025,

A. de Ruijter

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.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 90 % voor reparatie of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage 10%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- U heeft een verwijzing nodig van een tandarts of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als een tandprotheticus de aanvraag doet.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Een gecontracteerde zorgverlener vraagt een akkoordverklaring aan als dat nodig is.

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.
- 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.
- Tandprotheticus voor kunstgebit (eventueel op tandheelkundige implantaten), niet op natuurlijke elementen.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Implantaat met kroon ter vervanging van een snij- of hoektand, vanaf 18 jaar (artikel B.14.e.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Implantaat met kroon.
Vervangen van snij- of hoektand(en) met niet-plastische materialen (kroon) en het plaatsen van tandheelkundig implantaat.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 22 jaar: vergoeding van 100 % voor implantaat met kroon ter vervanging van een snij- of hoektand, vanaf 18 jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [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 mist één of meer blijvende snij- of hoektanden omdat deze niet zijn aangelegd.
 - U mist één of meer blijvende snij- of hoektanden als direct gevolg van een ongeval voor uw 18-jarige leeftijd.
Dit geldt ook in situaties waarbij:
 - een tand door een ongeval zodanig breekt dat er alleen nog een klein worteldeel achterblijft. Om de kaakgroei niet te verstoren, wordt dan het verwijderen van het resterende worteldeel uitgesteld. Later moet dit alsnog verwijderd worden omdat er anders geen prothetische constructie op kan worden geplaatst;
 - een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op behoud van de tand klein is.

Wat zijn de voorwaarden?

- Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld.
- Het resterende worteldeel of de of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat.
- In geval van een opname, moet deze medisch noodzakelijk zijn voor specialistische chirurgische mondzorg.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig. Bij de aanvraag moet u een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting meesturen.

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.
- Kaakchirurg met betrekking tot het plaatsen van de implantaten.
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.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Tandartspraktijk.
- Ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontie.

- Plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
Behalve als sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen. Zie artikel 'Orthodontie in bijzondere gevallen'.
- Orthodontie en bijbehorende röntgenfoto.
Als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen wordt deze zorg wel vergoed.
- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37, H38 en H39).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met volledig kunstgebit op implantaat voor de andere kaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.), bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de onderkaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.), bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de bovenkaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met kunstgebit op implantaten (klikgebit) voor de andere kaak.
Uitneembare volledige conventionele gebitsprothese samen met volledige overkappingsprothese op implantaten op de andere kaak. Deze kosten worden gedeclareerd met code J080. Hierbij hoort het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).
- Mesostructuur onder- of bovenkaak.
Deze hoort bij de combinatie van een kunstgebit voor de ene kaak samen met een kunstgebit op implantaten voor de andere kaak.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 83 % voor volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met volledig kunstgebit op implantaat voor de andere kaak, vanaf 18 jaar ; en
- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 90 % voor bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de onderkaak, vanaf 18 jaar; en
- Vanaf 18 jaar: vergoeding van 92 % voor bijbehorende mesostructuur als klikgebit in de bovenkaak, vanaf 18 jaar.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met volledig kunstgebit op implantaat voor de andere kaak, vanaf 18 jaar (artikel B.14.d.)

Wat betaalt u zelf?

- Eigen bijdrage 17%.
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- Deze zorg heeft een wettelijke eigen bijdrage die vergoed kan worden uit het artikel 'Wettelijke eigen bijdrage kunstgebit' als u daarvoor aanvullend verzekerd bent.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of huisarts bij behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Mondzorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Kroon, brug, inlay (R-code), gedeeltelijk kunstgebit, wettelijke eigen bijdrage kunstgebit, implantaat (P of J code), controle en overige mondzorg (artikel D.8.2. / D.8.3.a. / D.8.3.b. / D.8.3.c. / D.8.4.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Kroon, brug of inlay.
Dit is inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.
- Gedeeltelijk kunstgebit (uitneembare partiële gebitsprothese).
Plaat- of frameprothese inclusief bijbehorende materiaal- en techniekkosten.
- Volledig kunstgebit.
Het gaat hierbij om één van deze soorten kunstgebit zonder implantaten:
 - uitneembare volledige kunstgebit (conventionele gebitsprothese) voor boven- en/of onderkaak;
 - tijdelijke volledig kunstgebit;
 - uitneembare volledige vervangingsprothese;
 - uitneembare volledige overkappingsprothese op één of meerdere natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen) voor de boven- en/of onderkaak.
- Volledig kunstgebit voor de ene kaak samen met kunstgebit op implantaten (klikgebit) voor de andere kaak.
Uitneembare volledige conventionele gebitsprothese samen met volledige overkappingsprothese op implantaten op de andere kaak. Deze kosten worden gedeclareerd met code J080. Hierbij hoort het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).
- Volledig kunstgebit op implantaten (klikgebit) in de bovenkaak.
Uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten in de bovenkaak. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).
- Volledig kunstgebit op implantaten (klikgebit) in de onderkaak.
Uitneembare volledige overkappingsprothese op implantaten in de onderkaak. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem).
- Mesostructuur onder- of bovenkaak.
Deze hoort bij de combinatie van een kunstgebit voor de ene kaak samen met een kunstgebit op implantaten voor de andere kaak.
- Reparatie en opvullen (rebasen) van volledig kunstgebit (uitneembare volledige overkappingsprothese).
- Implantaat en suprastructuur.
Deze zorg omvat:
 - het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en
 - de suprastructuur (het kliksysteem) inclusief bijbehorende materiaal- en techniekkosten als deze niet uit de basisverzekering worden vergoed
- Overige mondzorg.
Mondzorg die niet valt onder kronen, bruggen, inlays, kunstgebit, implantaten en orthodontie.
- Periodieke controle.

Wat is uw vergoeding?

- Vanaf 18 jaar: vergoeding van € 250,-, maximaal, per jaar voor kroon, brug, inlay (R-code), gedeeltelijk kunstgebit, wettelijke eigen bijdrage kunstgebit, implantaat (P of J code), controle en overige mondzorg, voor de zorg samen.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Voorwaarden voor kroon, brug of inlay (artikel D.8.2.)

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- De zorg wordt gedeclareerd met met prestatiecode R.
Dit is op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg.

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.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Voorwaarden voor gedeeltelijk kunstgebit (uitneembare partiële gebitsprothese) (artikel D.8.3.a.)**Wat betaalt u zelf?**

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wat zijn de voorwaarden?

- De zorg wordt gedeclareerd met prestatiecode P.
Dit is op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts bij behandeling door een tandprotheticus als u nog eigen tanden en/of tandheelkundige implantaten heeft.

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.
- 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 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.

Wat krijgt u niet vergoed?

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 ongevallenzorg.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van € 20.000,-, maximaal, per ongeval voor mondzorg bij ongeval.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [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)'.
Het gaat in ieder geval om deze prestatiecodes:
 - A20: behandeling onder algehele anesthesie (narcose) of sedatie (roesje);
 - X611: behandeling onder intraveneuze (injectie) sedatie (roesje);
 - 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*, 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 bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).