

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten
en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, mondzorg, orthodontie, telefonisch toezegging,
gewekt vertrouwen, coulance
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, 3:35 BW, 150 Rv
Zaaknummer : 202200407
Zittingsdatum : 14 december 2022

1. Partijen

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

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 6 augustus 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 29 augustus 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 14 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 september 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 3 oktober 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022037370) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is, eveneens op 3 oktober 2022, aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 december 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 3 januari 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 3 oktober 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van eveneens 3 januari 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Superfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft een orthodontische behandeling ondergaan die eindigde in 2015. Op 28 januari 2022 is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een behandeltraject met een Invisalign. Hierop is door de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 31 januari 2022 afwijzend beslist.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.4. Bij brief van 3 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het behandeltraject met een Invisalign moet vergoeden.
- 4.2. In dit verband heeft verzoeker aangevoerd dat de eerdere behandeling plaatsvond door een orthodontist die door de ziektekostenverzekeraar was aangeraden. Over deze orthodontist zijn veel klachten in omloop. In het geval van verzoeker zijn door deze zorgverlener zaken nagelaten. Zo kiest de orthodontist er standaard voor geen retentieapparatuur te plaatsen. Dit heeft tot gevolg dat de tanden en kiezen nu naar hun oorspronkelijke stand dreigen terug te keren. Bij de zus van verzoeker deed zich hetzelfde probleem voor, waardoor zij als volwassene aanvullend orthodontisch moest worden behandeld. De kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoeker meent dat het in zijn geval gaat om voortzetting van een behandeling die niet goed is afgerond. De ziektekostenverzekeraar zag dit destijds bij zijn zus ook zo. Indertijd - zoals verzoeker aanvoert, was dat ergens in 2017 - is er tijdens een telefoongesprek al op gewezen dat bij verzoeker een zelfde probleem dreigde. Toen is een toezegging gedaan en is het vertrouwen gewekt dat ook in de situatie van verzoeker de kosten van de aanvullende orthodontische behandeling door de ziektekostenverzekeraar zouden worden vergoed. Dit gesprek werd via de speaker gevoerd en de echtgenote van gemachtigde die met het gesprek heeft kunnen meeluisteren kan hiervan getuigen. Verzoeker weet niet meer precies wanneer dit telefoongesprek heeft plaatsgevonden. Volgens verzoeker betreft het identieke gevallen en stelt de ziektekostenverzekeraar erg makkelijk dat de inhoud van het telefoongesprek niet meer te achterhalen is. Verzoeker heeft naar zijn zeggen een dure verzekering afgesloten en is teleurgesteld in de houding van de ziektekostenverzekeraar. Hij vindt deze erg formalistisch.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, verklaard dat hij niet voldoet aan de voorwaarden om voor vergoeding van het behandeltraject met een Invisalign ten laste van de zorgverzekering in aanmerking te komen. Een bindend advies over de aanspraak op grond van de zorgverzekering kan daarom achterwege blijven.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard het behandeltraject met een Invisalign niet te vergoeden. Op basis van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn de kosten van orthodontie meeverzekerd als uit de aanvraag blijkt dat sprake is van een functionele afwijking. Dit is aldus gedefinieerd dat het (af)bijten en/of kauwen niet goed lukt doordat de tanden en kiezen niet goed meer op elkaar passen. Het in de aanvraag genoemde primaire probleem - onder andere een sagittale overbeet van 2 mm, en ruimtegebrek in het boven- en onderfront - geldt met betrekking tot de orthodontische behandeling niet als een functionele afwijking. Verzoeker heeft al eerder een orthodontietraject doorlopen, dat eindigde in juni 2015. De huidige aanvraag is ontvangen in januari 2022, en wordt gezien als een nieuw traject zes jaar later, waarvoor de actuele verzekeringsvoorwaarden gelden. In 2017 zijn de verzekeringsvoorwaarden gewijzigd. De verzekeringnemers zijn hierover geïnformeerd in november 2016. Vanaf 2017 vergoedt de ziektekostenverzekeraar de kosten van orthodontische behandelingen alleen als hiervoor vooraf toestemming is verleend en als sprake is van een functionele afwijking. Verzoeker voldoet niet aan deze voorwaarden. De behandeling van de zus van verzoeker is in 2017 gestart. De hierop aansluitende behandelingen zijn tot 2019 vergoed, op basis van coulance. In het bericht

van 27 februari 2018 is duidelijk aangegeven dat aan deze toestemming geen rechten kunnen worden ontleend voor toekomstige aanvragen.

Op 15 maart 2018 is er telefonisch contact geweest over het onderwerp mondzorg, maar de inhoud van dit gesprek is volgens de ziektekostenverzekeraar niet meer te achterhalen.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop toegelicht dat met ingang van 1 januari 2017 de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering in het nadeel van de verzekerden zijn gewijzigd. Omdat de zus van verzoeker kort na deze wijziging was gestart met de behandeling is besloten de behandeling met een Invisalign uit coulance te vergoeden. Hierbij heeft meegespeeld dat tussen de afronding van het eerste traject en de aanvraag voor het Invisalign-traject slechts 2 jaar zat. Voor zover verzoeker stelt dat de situatie van hem vergelijkbaar is met die van zijn zus deelt de ziektekostenverzekeraar dit standpunt niet. Zo zit bij verzoeker tussen de afronding van het eerste traject en de aanvraag voor het Invisalign-traject 7 jaar. Daarnaast zijn de voorwaarden niet onlangs gewijzigd, maar al langere tijd geleden. Op basis van de thans, al vanaf 2017 geldende polisvoorwaarden komt verzoeker niet in aanmerking voor een vergoeding.

- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 3 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Bij verzoeker is geen sprake van een zeer ernstige zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of behandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Een sagittale overbeet van 2 mm en ruimtegebrek valt hier niet onder.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor de vergoeding van orthodontie ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op de vergoeding van orthodontie ten laste van de basisverzekering"

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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 80 van de Algemene regels en vergoedingen van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de hierin relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en het

Wetboek van burgerlijke rechtsvordering (Rv) alsmede de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. Een orthodontische behandeling valt op grond van het bepaalde op pagina 174 van de Algemene regels en vergoedingen onder de dekking van de zorgverzekering als sprake is van een (verzekerings)indicatie. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, Bzv. Een (verzekerings)indicatie is aanwezig in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Daarnaast moet mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat een bindend advies over de aanspraak op grond van de zorgverzekering achterwege kan blijven, omdat hij niet voldoet aan voornoemde voorwaarden. De commissie laat de zorgverzekering daarom verder onbesproken.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.3. Uit het bepaalde op bladzijde 174 van de Algemene regels en vergoedingen blijkt dat de kosten van een orthodontische behandeling volledig worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering als er sprake is van een functionele afwijking. Wat in dit verband onder een functionele afwijking moet worden verstaan is hier ook gedefinieerd:

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

Uit de stukken blijkt niet dat bij verzoeker een functionele afwijking in deze zin bestaat. Hij heeft geen kaakafwijking en ondervindt geen problemen bij het bijten en kauwen door slecht op elkaar passende tanden en kiezen. Hieruit volgt dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de orthodontische behandeling ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 8.4. Verzoeker heeft betoogd dat sprake is van een vervolgbehandeling omdat de eerdere orthodontische behandeling niet goed werd afgerond. Hierbij heeft hij aangetekend dat over de behandelend orthodontist veel klachten in omloop zijn en dat deze orthodontist hem werd aangeraden door de ziektekostenverzekeraar. Wat van dat laatste ook zij, de betrokken orthodontist is geen partij bij de onderhavige procedure. Indien verzoeker meent dat de zorgverlener zijn verplichtingen uit de tussen verzoeker en de zorgverlener bestaande behandelingsovereenkomst niet goed is nagekomen, is het aan hem de orthodontist hierop aan te spreken. Het eerdere orthodontische traject werd afgesloten en sindsdien zijn 7 jaar verstreken. Dat van een vervolgbehandeling sprake is, is niet gebleken.

Telefonische toezegging en gewekt vertrouwen, coulancevergoeding

- 8.5. Verzoeker heeft aangevoerd dat zijn vader in het verleden telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit contact is gesproken over de vergoeding van een behandeling met een Invisalign voor de zus van verzoeker. Volgens verzoeker is tijdens dit gesprek ook kenbaar gemaakt dat hij in de toekomst eenzelfde behandeling moet ondergaan. Aan de vader van verzoeker werd meegedeeld dat de vergoeding voor verzoeker "in orde zou komen". De commissie overweegt dat allereerst de vraag opkomt of de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de voorwaarden, bepaalde telefonische toezeggingen heeft gedaan. Met betrekking hiertoe geldt dat in het algemeen geldt dat het lastig is om vast te stellen wat er in een telefoongesprek is gezegd, waaronder wat de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan is geweest. Omdat verzoeker zich op een toezegging in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden beroept, rusten ingevolge het bepaalde in artikel 150 Rv de stelplicht en eventuele bewijslast op hem. Het is dan ook aan verzoeker het bestaan en de inhoud van de toezegging - dan wel het gewekt vertrouwen - waarop hij zich beroept aannemelijk te maken. Hierin is hij niet geslaagd. Het

ligt dan op de weg van verzoeker om een voldoende concreet en specifiek bewijsaanbod te doen. Hiervan is naar het oordeel van de commissie geen althans onvoldoende sprake, nog daargelaten dat door het tijdsverloop de zorgverzekeraar redelijkerwijs niet meer in de gelegenheid is adequaat tegenbewijs te leveren en de gestelde mondelinge toezegging aan de zorgverzekeraar daarom niet kan worden tegengeworpen.

- 8.6. De volgende vraag is of verzoeker, net als zijn zus, aanspraak heeft op een coulancevergoeding ter zake. Dit omdat de situaties van hem en zijn zus - althans volgens verzoeker - identiek zijn. De commissie merkt in algemene zin op dat een verzekeraar niet kan worden verplicht tot het doen van een coulancevergoeding. Het toepassen van coulance is in beginsel voorbehouden aan de verzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verklaard de behandeling met een Invisalign voor de zus van verzoeker uit coulance te hebben vergoed. Dit omdat (i) de behandeling kort na de wijziging van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering was gestart, en (ii) omdat tussen de afronding van het eerste traject en de aanvraag voor het Invisalign-traject slechts 2 jaar zat.
- Nog daargelaten dat in de goedkeuring van 27 februari 2018 is vermeld dat aan de coulancevergoeding geen verdergaande rechten kunnen worden ontleend, geldt dat de aanvraag voor de behandeling met een Invisalign voor verzoeker niet kort na het ingaan van de wijziging is gedaan, maar pas vele jaren daarna. Daarnaast geldt dat tussen de afronding van het eerste traject en de aanvraag voor het Invisalign-traject bij verzoeker geen 2 maar 7 jaar zat. Gelet op het voorgaande oordeelt de commissie dat de situaties van verzoeker en zijn zus niet identiek zijn zodat geen sprake is van willekeur, en de ziektekostenverzekeraar niet kan worden verplicht tot het eveneens toekennen van een coulancevergoeding in het geval van verzoeker.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
9. **Bindend advies**
- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 februari 2023,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (geldt in geval van niet-digitaal procederen)

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 35

Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijze mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- (...)

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
 - (...)

Artikel 14

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.7

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

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

3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op 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.

● Orthodontie vanaf 18 jaar

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

● Vergoeding per verzekering

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

● Wat u vergoed krijgt

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

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

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

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist¹

Dit wordt niet vergoed

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

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Voor orthodontie vanaf 18 jaar geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor orthodontie vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

- **Dit moet u zelf doen**

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden de orthodontie alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Heeft u al een orthodontietraject gehad en moet uw retentiebeugel vervangen worden? Dan hoeft u dit niet vooraf aan te vragen.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

Uitleg

1. Orthodontist: Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie