

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, osteotomie en orthodontie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202101089
Zittingsdatum : 23 februari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 4 november 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan gevolg gegeven; op 1 december 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 29 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 30 december 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 24 januari 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021051841) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 25 januari 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 februari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 2 maart 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 24 januari 2022 aanpassing behoeft. Op 3 maart 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Tandfit Preventief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft op jonge leeftijd een ongeval gehad waarbij één voortand verloren is gegaan. Recent heeft hij te horen gekregen dat nog één element als verloren moet worden beschouwd. Daarnaast heeft verzoeker te maken met een forse onderbeet. Om de tandheelkundige functie te herstellen is een combinatiebehandeling van een osteotomie (kaakoperatie) en orthodontie voorgesteld. Hiervoor zijn bij de ziektekostenverzekeraar aanvragen ingediend.

- 3.3. De behandelend orthodontist heeft per brief het volgende over verzoeker verklaard:

"Diagnose

mesio-relatie
neutro-occlusie (SOB 3mm VOB 2mm)
ontbreken 11, 47
12 heeft functie 11
persistens 83
slechte prognose 21
smalle bovenkaak
end to end occlusie 23-26
mediaanlijn bovenkaak naar rechts 6mm
mediaanlijn onderkaak naar links 6 mm
protrusie boven- en onderfront
propositie bovenfront
gegeneraliseerd voorkomen van forse abrasieën
crowding bovenfront (ALD -6mm)
spacing onderfront (ALD +8mm incl 83)
IOTN: 5 (score 1-5 , 5 is hoogste score)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de aangevraagde kaakchirurgische en orthodontische behandeling niet worden vergoed.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 24 januari 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

"Osteotomie en orthodontie

Krachtens artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering (en dus de polisvoorwaarden van de zorgverzekering) gelden verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgische (osteotomie) en orthodontische behandeling. Voor kaakchirurgische hulp moet de verzekerde hierop redelijkerwijs zijn aangewezen.

Over de afwijzing van de osteotomie bestaat overeenstemming tussen de behandelend kaakchirurg en de adviserend tandarts van verweerder, nu beide menen dat de afwijking van het kaakcomplex niet dermate ernstig is en de osteotomie slechts ter ondersteuning van de orthodontie was. De osteotomie is daarmee niet langer in geschil.

Voor orthodontische hulp gelden strengere criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

De indicatieve lijst noemt onder 'seriously handicapping malocclusions' onder meer een mesiorelatie (klasse III) met een omgekeerde overjet van meer dan 3.5 mm. De behandelend orthodontist geeft aan dat er sprake is van een mesiorelatie met neutro-occlusie en mediaanlijn verschuiving. Dit is geen ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Op de indicatieve lijst is opgenomen transversale afwijkingen met verlies van occlusaal contact in de zijdelingse delen. In het geval van verzoeker is wel sprake van een transversale afwijking, maar deze heeft niet tot het verlies van contact in de zijdelingse delen geleid.

Tevens blijkt uit het dossier niet dat sprake is van een ernstige functionele aandoening die in ernst vergelijkbaar met schisis is. Er is ook geen sprake van een in ernst vergelijkbare andere afwijking zoals die vermeld staan op de indicatieve lijst. Ook uit de overige informatie van de behandelend orthodontist blijkt niet dat er een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp is.

Mondzorg na een ongeval op jonge leeftijd

Uit het dossier blijkt niet dat de behandel noodzaak voor het 18e levensjaar is vastgesteld en de behandeling is aangevangen voor het 23e levensjaar.

Conclusie

Uit het dossier blijkt niet dat de ernst van de aandoening zodanig ernstig is dat verzoeker een indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp heeft. Er wordt niet voldaan aan de indicatievereisten voor orthodontische behandeling. Ook blijkt niet uit het dossier dat aan de vereisten voor vergoeding van behandeling na een ongeval op jonge leeftijd wordt voldaan. De aanvraag is terecht afgewezen.

Tot slot

Aangezien het probleem hier primair het verlies van twee bovenfrontelementen betreft, ligt een behandelindicatie voor het plaatsen van twee implantaten ter vervanging van de bovenfrontelementen meer voor de hand en zijn waarschijnlijk minder ingrijpende behandelingen dan een osteotomie nodig. Een dergelijke behandeling valt overigens (ook) niet onder de dekking van de Zvw.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De aanvraag is door verweerder terecht en op de juiste gronden afgewezen."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde kaakchirurgische en orthodontische behandeling moet vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit algemene regel 79 van de Algemene regels en vergoedingen 2021 van de ziektekostenverzekeraar.

6. Beoordeling

- 6.1. 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

- 6.2. Verzoeker wil een gecombineerde behandeling laten uitvoeren, waarbij het kaakchirurgische deel (osteotomie) wordt gevolgd door een orthodontische behandeling. Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 24 januari 2022, vormt de osteotomie geen onderdeel van de orthodontische behandeling en moet afzonderlijk worden beoordeeld of betrokkene hierop is aangewezen. Is dit het geval, dan moet worden nagegaan of tevens een (verzekerings)indicatie bestaat voor de hierop volgende orthodontische behandeling.

- 6.3. Een osteotomie vormt een verzekerde prestatie in het kader van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard aan verzekerden ouder dan achttien jaar, zoals verzoeker ten tijde van de aanvraag. Dit volgt uit artikel 2.7, vijfde lid, onder a, Bzv. Voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen is dat betrokkene redelijkerwijs dient te zijn aangewezen op de behandeling. Dit is aan de orde in geval van een ernstige skelettale aandoening. Hieronder moet worden verstaan een ernstige aangeboren of verworven aandoening van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de verhouding tussen de boven- en de onderkaak aanzienlijk is verstoord. Zoals ook door de behandelend kaakchirurg is onderschreven, is een zodanige aandoening bij verzoeker niet aan de orde. Daarom adviseert het Zorginstituut tot afwijzing van dit deel van het verzoek. De commissie neemt deze conclusie over. Hieruit volgt dat verzoeker niet is aangewezen op een osteotomie en dat hij op deze afzonderlijke behandeling daarom geen aanspraak heeft.
- 6.4. Een orthodontische behandeling valt op grond van artikel 2.7, derde lid, Bzv, welke bepaling ten grondslag ligt aan het bepaalde op pagina 144 van de voorwaarden van de zorgverzekering, onder de dekking indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde in de vorm van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij tevens medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige nodig is. Tot deze andere disciplines behoort ook kaakchirurgie (zie 6.3).
- 6.5. Uit de toelichting op artikel 2.7 Bzv, blijkt dat voor de inhoud en omvang van mondzorg in de zorgverzekering aansluiting is gezocht bij de toenmalige Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering (Stb. 2005, 389, p. 41). De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'indicatieve lijst' opgesteld van die gevallen waarin een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde bestaat. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar zij wordt wel gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of een verzekerde redelijkerwijs aangewezen is op bijzondere tandheelkunde. Ook de commissie hanteert de 'indicatieve lijst' als richtsnoer.
- 6.6. De 'indicatieve lijst' noemt onder 'seriously handicapping malocclusions' onder meer een mesiorelatie (klasse III) met een omgekeerde overjet van meer dan 3.5 mm. De behandelend orthodontist geeft aan dat er sprake is van een mesiorelatie met neutro-occlusie en mediaanlijn verschuiving. Dit is niet te beschouwen als ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel in de hiervoor bedoelde zin. Op de 'indicatieve lijst' is verder opgenomen: transversale afwijkingen met verlies van occlusaal contact in de zijdelingse delen. In het geval van verzoeker is wel sprake van een transversale afwijking, maar deze heeft niet tot het verlies van contact in de zijdelingse delen geleid. Evenmin blijkt uit het dossier dat sprake is van een ernstige functionele aandoening die in ernst vergelijkbaar is met schisis. Er is ook geen sprake van een in ernst vergelijkbare andere afwijking zoals die vermeld staan op de 'indicatieve lijst'. Het Zorginstituut concludeert op basis hiervan in zijn advies van 24 januari 2022 dat van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde bij verzoeker geen sprake is zodat een (verzekerings)indicatie voor de aangevraagde orthodontische behandeling ontbreekt. De commissie ziet geen aanleiding van dit advies af te wijken en neemt deze conclusie over. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de desbetreffende orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt op grond van het bepaalde op de pagina 133 en 134 dekking voor tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van achttien jaar en ouder. Voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen is onder meer dat de behandeling moet zijn gericht op het directe letsel als gevolg van dit ongeval. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen één jaar na het ongeval. Nu in elk geval aan laatstgenoemde voorwaarde niet is voldaan, kan verzoeker op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak maken op een vergoeding.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 maart 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

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.

Bijzondere tandheelkunde

Als gewone tandzorg niet voldoende is.

Vergoeding per verzekering

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

Wat u vergoed krijgt

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

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

Alleen in bijzondere situaties

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

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

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

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

Soms: implantaten

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

Meestal niet: orthodontie

Orthodontie valt alleen onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als:

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

Als het nodig is: opname

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

Let op: meestal betaalt u een eigen bijdrage

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

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

Hier kunt u terecht

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

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor bijzondere tandheelkunde geldt het eigen risico.

De eigen bijdrage

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

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden bijzondere tandheelkunde alleen als wij toestemming¹ hebben gegeven voordat de behandeling begint. Let op: wij kunnen de toestemming intrekken als u instructies van de zorgverlener niet volgt (bijvoorbeeld: een beugel niet draagt).

Soms moet u een verwijzing hebben

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

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

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

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

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

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen