

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, en Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak	: Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaatbehandeling, orthodontie in bijzondere gevallen, osteotomie
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer	: 202101692
Zittingsdatum	: 14 december 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen,
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief en e-mailbericht van 29 mei 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 11 juni 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 6 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 september 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 11 oktober 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022036993) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 oktober 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster 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. Ter zitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar een aanvullende vraag zou voorleggen aan zijn tandheelkundig adviseur. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 december 2022 geïnformeerd over het antwoord van zijn tandheelkundig adviseur. Een kopie hiervan is op 27 december 2022 aan verzoekster gestuurd, waarbij zij de mogelijkheid heeft gekregen te reageren op de brief van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft op 29 december 2022 gebruik gemaakt van deze mogelijkheid.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting, een kopie van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 22 december 2022 en een kopie van de brief van verzoekster van 29 december 2022 zijn op 13 januari 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 11 oktober 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 14 februari 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Daarnaast heeft het Zorginstituut de door de commissie gestelde vragen beantwoord.
Een kopie van het definitieve advies van het Zorginstituut is op 15 februari 2023 aan partijen gezonden, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben de commissie op 16 februari 2023 telefonisch respectievelijk schriftelijk meegedeeld niet inhoudelijk te reageren op voornoemd advies.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Collectief Tand 500 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Collectief Aanvullend 2 vormt geen onderwerp van geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij verzoekster ontbreken de elementen 12, 15, 22 en 25. Eerder werd zij orthodontisch behandeld, waarbij de diastemen ter plaatse van de 15 en de 25 zijn gesloten. Ter plaatse van de 12 en de 22 zijn etsbruggen aanwezig. Laatstgenoemde etsbrug is bij herhaling los geraakt. Door de behandelend orthodontist is een 'end to end met proale dwangbeet' vastgesteld. Hierdoor kampt verzoekster met myogene TMD klachten. Teneinde een en ander te verhelpen is een gecombineerde behandeling aangevraagd. Deze bestaat in de eerste plaats uit een kaakchirurgische behandeling van de boven- en onderkaak. Hiervoor is door de ziektekostenverzekering een machtiging afgegeven. Voorts zijn aangevraagd een orthodontische behandeling, voor het eerst op 10 februari 2021 en nogmaals op 9 september 2021, en een implantaatbehandeling, uit te voeren door de kaakchirurg en de tandarts. Hierbij zullen door de kaakchirurg implantaten worden aangebracht ter plaatse van de 12 en de 21, met hierop door de tandarts te plaatsen kronen. De aanvraag voor de orthodontische behandeling is laatstelijk bij brief van 4 oktober 2021 afgewezen door de ziektekostenverzekeraar, en die voor de tandheelkundige behandeling bij brief van 8 juli 2021.
- 3.3. Nadat de ziektekostenverzekeraar op 12 juli 2021 per e-mail was verzocht zijn afwijzing te heroverwegen, heeft hij verzoekster bij brief van 10 augustus 2021 meegedeeld het ingenomen standpunt te handhaven.
- 3.4. De behandelend orthodontist heeft, voor zover hier van belang, in reactie hierop verklaard:

*"Echter klopt uw beoordeling[en] niet en is deze in strijd met uw opsomming. Patiënte heeft de 12, 15, 22 en 25 agenetische. Dit betekent dat zij WEL VOLDOET EN DERHALVE IN AANMERKING KOMT met uw schrijven: Twee of meer blijvende tanden en/of kiezen in de linker- en of rechterhelft van de bovenkaak of in de linker- of rechterhelft van de onderkaak. Mogelijk dat de beoordelaar van deze machtiging dit over het hoofd heeft gezien. Waar ik echter mee zit is het volgende; Er is destijds met de beste intentie en voor de verzekeraar een zo 'goedkoop' mogelijk plan gekozen door te kiezen om ten dele de aanwezige diastemen te sluiten. Echter door de lichamelijke groei is er nu een end to end beet in het front ontstaan. Mede door de agenesie lijkt er sprake van een retrognathie van de bovenkaak, welke al helemaal niet positief werkt en voornamelijk past bij de 'normale' onderkaak. Ik begrijp vanuit maatschappelijk oogpunt dat [de ziektekostenverzekeraar] ervoor kiest om de te plaatsen kronen t.z.t. te plaatsen door [de tandarts] niet zal vergoeden. Dat er gekozen wordt om eventueel 4 implantaten als gevolg van het ontbreken van 4 elementen niet te vergoeden kan ik ook nog begrijpen, maar maximaal 2 implantaten in relatie tot de genoemde problematiek is toch niet buitensporig. Zo ben ik ook van mening dat het onjuist is om ook de orthodontie niet te vergoeden. Door de huidige beet, een chronische end to end beet, terwijl *er zelfs sprake is van retrognathie van de bovenkaak (Klasse III) welke heeft geleid tot een chronische CMD problematiek omdat er niet normaal gefunctioneerd kan worden, is orthodontie i.c.m. chirurgie en implantologie mijns inziens de enige manier om dit acceptabel te krijgen. Derhalve zou ik nog eens willen vragen u te buigen over deze casus en deze nog eens te beoordelen. Desgewenst kom ik met patiënte naar u toe om deze casus a vu te beoordelen teneinde de problematiek beter te kunnen aanschouwen."*

- 3.5. De behandelend tandarts-gnatoloog heeft op 1 juli 2022 - voor zover hier van belang - het volgende over verzoekster verklaard:

"Anamnese:

Sinds 4-5 jaar in toenemende mate klachten.

Een geleidelijke verandering in de beet, waarbij het front zwaarder belast wordt, en klemgewoonte speel mogelijk een rol in de klachten.

(...)

Op jeugdige leeftijd langdurig orthodontisch behandeld. Destijds werd ook al een osteotomie voorgesteld. Patiënte heeft daar toen vanaf gezien, zag vooral op tegen 6 weken intermaxillaire fixatie. Met name omdat zij destijds veel last had van hyperventilatie. Heeft diverse foto's meegenomen. Op jeugdfoto's is een bijna identieke stand van de onderkaak zichtbaar, waarbij de onderkaak naar proaal neigt met een standafwijking naar links.

(...)

Conclusie:

Myofasciale pijn van de kauwspiergroep en cervicale wervelkolom.

Parafuncties, slaap- en waakbruxisme. Ongunstige occlusale factoren spelen mogelijke en rol in het onderhouden van de klachten.

Beleid:

(...)

Alhoewel een mogelijke rol van occlusie en articulatie in temporomandibulaire dysfunctie niet onomstreden is, zijn er wel een aantal afwijkingen die geassocieerd worden met TMD.

Van deze afwijkingen zijn in dit geval een end-to-end beetrelatie, een open beet rechts lateraal én een unilaterale kruisbeet aanwezig. Het lijkt dus niet ondenkbaar dat verbetering van de occlusie en articulatie door de eerder aan gevraagde behandeling zal leiden tot meer rust in de mond en een afname van haar pijn klachten. (...)"

- 3.6. Bij brief van 25 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar, onder verwijzing naar de correspondentie van de behandelend orthodontist, aan verzoekster meegedeeld dat de afwijking in stand blijft.
- 3.7. Bij brief van 11 oktober 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.8. Bij brief van 14 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde orthodontische behandeling en implantaatbehandeling alsnog goed te keuren.
- 4.2. In dat verband heeft zij toegelicht dat sprake is van een toename van klachten. Verzoekster heeft een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde, te weten oligodontie. De elementen 12, 15, 22 en 25 ontbreken. Als gevolg hiervan is haar bovenkaak 'te klein' ten opzichte van de onderkaak. Tevens is sprake van een kruisbeet. Onder verwijzing naar de correspondentie van de ziektekostenverzekeraar stelt verzoekster dat zij aan twee van de drie genoemde situaties voldoet. Zo ontbreken er vier elementen in de bovenkaak (de 12, 15, 22 en 25). Tevens ontbreken er tweemaal twee elementen per kaakhelft, namelijk de 12 en 22/15 en 25. Verzoekster meent dat haar situatie moet worden beoordeeld door een onafhankelijk tandarts.

Verder merkt zij op dat door haar op 12 juli 2021 om heroverweging van de afwijzende beslissing werd verzocht. Zij zou hierop binnen drie dagen een reactie ontvangen. Pas na twee telefoontjes van haar kant volgde op 10 augustus 2021 een antwoord. Door de ziektekostenverzekeraar werd bij de afwijzing aanvankelijk verwezen naar de verkeerde voorwaarden. Verzoekster voelt zich daarom niet serieus genomen.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog het volgende aangevoerd. Als puber is zij al langdurig orthodontisch behandeld in verband met een kruisbeet en onderbeet. Er zijn vier

elementen niet aangelegd. Daarnaast waren de hoektanden onderontwikkeld en zaten deze nog bovenin de kaak. Deze zijn uiteindelijk operatief op hun plek gezet. Destijds was al sprake van een eventuele operatie, maar er is toen geprobeerd dit anders op te lossen. De laatste jaren gaat het gebit achteruit. Omdat het gebit niet goed sluit, heeft zij hier altijd last van en is het onrustig in haar mond. Zij heeft hierdoor veel klachten. Het is een voortschrijdend proces.

Verzoekster heeft verder opgemerkt dat zij het vervelend vond te horen dat er maar één tandheelkundig adviseur werkt bij de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast voelt het voor haar een beetje krom dat zij niet op het spreekuur mocht komen, terwijl haar behandelaars zeggen dat zij wel is aangewezen op deze behandeling.

- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 4.5. Verzoekster heeft bij brief van 29 december 2022 meegedeeld dat zij van mening is dat bij haar wél sprake is van een ernstig functieprobleem. Daarbij wordt het probleem ook steeds erger. Haar onderkaak komt inmiddels voorbij haar bovenkaak en ook de kruisbeet wordt steeds erger. De aanvraag voor de dubbele kaakoperatie is door de ziektekostenverzekeraar wel goedgekeurd, terwijl hiervoor ook strenge regels gelden. Het is voor verzoekster onbegrijpelijk dat de hierbij behorende orthodontische voor- en nabehandeling niet wordt vergoed. Het argument dat zij geen ernstig functieprobleem heeft, omdat een gesloten tandboog aanwezig is, vindt verzoekster niet overtuigend. Haar bovenkaak is onderontwikkeld en te klein. Dit wordt niet opgelost door een gesloten tandenboog.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat een indicatie voor bijzondere tandheelkunde onderscheidenlijk orthodontie in bijzondere gevallen ontbreekt. Een zodanige indicatie kan aanwezig zijn in geval van oligodontie. Hieronder wordt verstaan (i) het ontbreken van zes of meer blijvende elementen in de boven- en onderkaak, (ii) het ontbreken van vier of meer blijvende elementen in de boven- of onderkaak, dan wel (iii) het ontbreken van twee of meer blijvende elementen in de linker- of rechterhelft van de boven- of onderkaak. Het is niet bekend of de 15 en 25 inderdaad niet waren aangelegd. Mogelijk zijn deze elementen ooit verwijderd vanwege de eerdere orthodontische behandeling. Bij die behandeling is de tandboog gesloten. Er is thans een aaneengesloten rij elementen zodat geen functioneel probleem bestaat.

Voor zover het de orthodontische behandeling betreft, verwijst de ziektekostenverzekeraar naar de 'Toetsingsrichtlijn bijzondere orthodontische hulp' van het College van Adviserend Tandartsen. Hierbij licht hij toe dat de beoordeling in drie stappen gaat. Wil aanspraak bestaan op orthodontie in bijzondere gevallen, dan moet er allereerst een indicatie zijn voor bijzondere tandheelkunde. Voorts moet sprake zijn van medediagnostiek of medebehandeling door een andere discipline dan de tandheelkundige. Tot slot moet zich een verlies van de tandheelkundige functie voordoen als de aangevraagde behandeling niet wordt uitgevoerd. Aan de zogenoemde indicatieve lijst wordt eerst toegekomen als is getoetst aan de artikelen 2.7.1a en 2.7.3 Bzv. Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden van artikel 2.7.1a Bzv, met name omdat bij haar niet kan worden gesproken van oligodontie.

Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering kunnen de kosten van de implantaten en die hierop aan te brengen kronen worden vergoed tot 80%, met een maximum van € 500,- per kalenderjaar.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog het volgende aangevoerd. Voor de orthodontie heeft de adviserend tandarts gebruik gemaakt van de indicatieve lijst. Weliswaar ontbreken vier elementen, maar er is geen sprake van een ernstig functieprobleem. Dit is namelijk al teniet gedaan door de eerdere orthodontische behandeling. Ten aanzien van de twee hoektanden die operatief naar beneden zijn gehaald, zal de ziektekostenverzekeraar moeten overleggen met de adviserend tandarts.

De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat het oproepen op het spreekuur van de adviserend tandarts geen toegevoegde waarde heeft voor het beoordelen van de verzekeringsindicatie. Het klopt dat bij hem één adviserend tandarts werkzaam is. In dit geval is er echter ook een advies van het Zorginstituut. Daar werkt ook een adviserend tandarts en die komt tot dezelfde conclusie.

- 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.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 december 2022 meegedeeld dat hij de ter zitting opgekomen vraag naar beide hoektanden heeft besproken met zijn adviserend tandarts. De informatie dat er twee elementen geligeerd zijn en dat deze orthodontisch op hun plaats zijn gezet, was hem niet bekend. Dit leidt echter niet tot een andere uitkomst. Er is geen sprake van het ontbreken van zes of meer elementen in aanleg, met op dit moment een ernstig functieprobleem tot gevolg.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 11 oktober 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Juridisch kader

Tandheelkundige zorg voor volwassenen maakt geen deel uit van de basisverzekering. Dit kan slechts anders zijn bij een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Voor een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp moet sprake zijn van een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel.

(...)

Orthodontische behandeling

Orthodontische behandeling maakt in principe geen deel uit van de basisverzekering. De aanspraak op orthodontie is beperkt tot de tandheelkundige aandoeningen waarop de bijzondere tandheelkunde betrekking heeft. Het gaat daarbij om ingrijpende orthodontische behandelingen bij verzekerden met een schisisafwijking of een met schisis vergelijkbare zeer ernstige afwijking. Bovendien moet mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Indicatieve lijst

Om houvast te hebben bij de beoordeling van aanvragen heeft het College Adviserend Tandartsen (CAT) in 1995 in samenwerking met de hoogleraren orthodontie een 'indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen waaraan in dit verband kan worden gedacht. Het gaat hier niet om een limitatieve lijst, maar om een hulpmiddel om eenduidige beoordeling van aanvragen te bevorderen. Deze lijst is destijds goedgekeurd door de Ziekenfondsraad (een voorganger van het Zorginstituut)

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Om aanspraak te kunnen maken op de vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp moet sprake zijn van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Bedoeld zijn schisis en in ernst met schisis vergelijkbare aandoeningen. Hiervan is bij verzoekster geen sprake.

Van oligodontie is bij verzoekster geen sprake, er zijn vier agenetische elementen in plaats van zes of meer, exclusief de verstandskiezen, zoals voor oligodontie geldt. De behandelend tandarts verwijst naar de indicatieve lijst van het CAT, de aandoeningen op de lijst zijn echter niet bedoeld

ter onderbouwing van de ernst van een afwijking in het kader van artikel 2.7, lid 1, sub a van het Bzv.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een indicatie heeft voor de vergoeding van een orthodontische behandeling of een implantaatbehandeling ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 14 februari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) De hoektanden die niet doorbraken in de tienerjaren zijn met orthodontie op de juiste plek gebracht. Daarmee bestaat geen functieprobleem meer. Het maatmanbeginsel brengt met zich mee dat de aanspraak slechts reikt tot een niveau van mondgezondheid die verzoekster zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Dit niveau is met de orthodontie behandeling in het verleden behaald. Oligodontie houdt in dat er weinig elementen niet zijn aangelegd (congenitaal ontbreken).

Oligodontie

(...)

In dit verband kan onder meer worden gedacht aan een oligodontie, waarbij het aantal niet aangelegde gebitselementen zo groot is, dat sprake is van een ernstige functiestoornis.

In eerdere geschillen heeft het Zorginstituut aangegeven dat voor oligodontie sprake moet zijn van minstens zes niet-aangelegde gebitselementen, waarbij de verstandskiezen niet worden meegerekend. Dat in Nederland bij oligodontie sprake moet zijn van minstens zes niet-aangelegde gebitselementen, waarbij de verstandskiezen niet worden meegerekend, volgt uit de literatuur. In veel gevallen is in deze situatie sprake van een ernstige functiestoornis. Of daadwerkelijk sprake is van een ernstige functiestoornis blijft altijd een individuele beoordeling, het is derhalve ook mogelijk dat bij het niet-aangelegd zijn van zes of meer elementen geen sprake is van een ernstige functiestoornis. Ook is het mogelijk dat bij minder dan zes niet-aangelegde elementen een ernstige functiestoornis bestaat, dit wordt dan echter geen oligodontie genoemd.

(...)

Functiestoornis van verzoekster

Bij verzoekster is sprake van het niet-aangelegd zijn van vier elementen in de bovenkaak. Er is bij haar geen sprake van een zeer ernstige functiestoornis waardoor verzoekster geen aanspraak kan maken op vergoeding van orthodontie ten laste van de basisverzekering.

Ten overvloede merkt het Zorginstituut op dat bij verzoekster geen sprake is van het niet-aangelegd zijn van zes elementen in het hele gebit waardoor niet gesproken kan worden van oligodontie. Zoals hierboven aangegeven zijn de hoektanden van verzoekster die niet doorbraken met orthodontie op de juiste plek gebracht."

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 A.17 van de Algemene voorwaarden 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 toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

Implantaatbehandeling

- 8.2. De commissie overweegt dat onderscheid moet worden gemaakt tussen de implantaatbehandeling en de orthodontische behandeling. Met betrekking tot de implantaatbehandeling geldt dat hierop aanspraak bestaat indien bij betrokkene sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Dit volgt uit artikel 2.7, tweede lid, Bzv en is terug te lezen op bladzijde 48 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Bij verzoekster is echter geen sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Zij voldoet om die reden niet aan artikel 2.7 Bzv en de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. Op een implantaatbehandeling in geval van een betande kaak kan eveneens aanspraak bestaan, indien bij betrokkene een indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg aanwezig is. Een zodanige indicatie is, gelet op het bepaalde op bladzijde 48 van de verzekeringsvoorwaarden, welke bepaling is gebaseerd op artikel 2.7, eerste lid, Bzv, aanwezig in drie situaties. In het geval van verzoekster is alleen de onder a genoemde situatie relevant. Deze is aan de orde als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft. Uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv volgt dat hierbij moet worden gedacht aan oligodontie, schisis en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. De verzekerde moet zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kunnen behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder de aandoening.
- 8.4. Waar het de hiervoor beschreven situatie betreft, moet worden vastgesteld dat oligodontie een indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg kan vormen, indien hierdoor sprake is van een ernstige functiestoornis. Zoals blijkt uit het advies van het Zorginstituut, kan van oligodontie worden gesproken als zes of meer elementen niet zijn aangelegd, exclusief de verstandskiezen. De situatie van verzoekster voldoet hier niet aan. Vast staat dat de elementen 12 en 22 niet zijn aangelegd. Anders is dit voor de elementen 15 en 25. Zou echter worden aangenomen dat laatstgenoemde elementen ook agenetisch zijn, dan veroorzaakt het ontbreken ervan geen ernstige functiestoornis (meer). Door de eerdere orthodontische behandeling zijn de diastemen ter plaatse immers gesloten. Dat zich, zoals door de behandelend orthodontist is betoogd, thans enige beweging van de verplaatste elementen waarneembaar is, maakt dit niet anders, in die zin dat hierdoor de oorspronkelijke indicatie niet herleeft. Anders zou dit zijn indien ter plaatse van een aantal agenetische elementen – in het kader van bijzondere tandheelkunde – in het verleden een brug is geplaatst die moet worden vervangen, doch dat geval doet zich hier niet voor. Nu geen sprake is van een ernstige functiestoornis en voorts gesteld noch gebleken is dat naast oligodontie een andere indicatie voor bijzondere tandheelkunde aanwezig is op basis waarvan aanspraak kan worden gemaakt op het aanbrengen van implantaten met hierop te plaatsen kronen, volgt uit het voorgaande dat dit onderdeel van het verzoek moet worden afgewezen.

Orthodontische behandeling

- 8.5. Ten aanzien van de orthodontische behandeling overweegt de commissie als volgt. Een dergelijke behandeling valt op grond van het gestelde op bladzijde 48 van de voorwaarden van de zorgverzekering (onder het kopje: Let op!) onder de dekking 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 medediagnostiek of medebehandeling van

andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Tot deze andere disciplines behoort ook kaakchirurgie.

- 8.6. Verzoekster heeft ook in dit verband gesteld dat bij haar sprake is van oligodontie, en voorts dat haar onderkaak inmiddels voorbij haar bovenkaak komt en dat de kruisbeet steeds erger wordt. Uit de aanvraag van de behandelend orthodontist blijkt dat bij verzoekster een end-to-end met proale dwangbeet bestaat, met hierdoor myogene TMJ-problematiek en agenesie van vier elementen (twee per kwadrant).

Uit de Nota van toelichting bij artikel 2.7, derde lid, Bzv blijkt dat het bij orthodontie in bijzondere gevallen moet gaan om ingrijpende orthodontische behandelingen bij verzekerden met een schisisafwijking of een vergelijkbare zeer ernstige (tandheelkundige) afwijking. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'indicatieve lijst' opgesteld van aandoeningen die vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar zij wordt wel gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij een verzekerde een (verzekerings)indicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Ook de commissie hanteert deze 'indicatieve lijst' als richtsnoer. De 'indicatieve lijst' noemt onder 'seriously handicapping malocclusions' onder meer oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant. Hierbij moet sprake zijn van ernstige, objectiveerbare functiestoornissen. Gelet op de hiervoor getrokken conclusie dat bij verzoekster niet kan worden gesproken van een ernstige functiestoornis door oligodontie, stelt de commissie vast dat verzoekster niet voldoet aan de eisen, genoemd in de 'indicatieve lijst'. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies van 11 oktober 2022. Hierin wordt geconcludeerd dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor de aangevraagde orthodontische behandeling. De commissie neemt deze conclusie over.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.7. Ten aanzien van de dekking op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering is door verzoekster geen stelling betrokken, zodat door de commissie als vaststaand wordt aangenomen dat de mededeling van de ziektekostenverzekeraar dat de kosten van de implantaatbehandeling en het plaatsen van kronen kunnen worden vergoed op basis van 80% tot maximaal € 500,- per kalenderjaar juist is.

Slotsom

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

Zeist, 22 maart 2023,

L. Ritzema

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

- art. 10 en 11 Zvw, 2.7 Bzv en 2.31 Rzv

2. Voorwaarden zorgverzekering

- het artikel over 'Tandheelkunde' op de pagina's 48 tot en met 51 van de voorwaarden van de zorgverzekering

3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

- de voorwaarden vermeld op de pagina's 81 en 82 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering

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, vijftwintig 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.

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, 2.8 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.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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.

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.

met Menzis heeft gesloten voor het leveren van nicotinemiddelen en geneesmiddelen, dient u samen met de nota voor deze middelen een kopie van het aanvraagformulier geneesmiddelen of een kopie van het recept van de huisarts te sturen.

Tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is bedoeld voor mensen voor wie reguliere tandheelkunde niet toereikend is, door een bijzondere aandoening. U kunt hierbij denken aan een verhemeltespleet of een zeer ernstige overbeet.

Welke zorg

U heeft recht op bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft. Hieronder valt ook het aanbrengen van implantaten bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. Deze moeten dan dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen,
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft,
- een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.

Let op

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als dit noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben gehad zonder de aandoening.
- U heeft alleen recht op orthodontische hulp als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. U heeft alleen recht op orthodontische hulp als deze wordt verleend door een orthodontist.

Eigen bijdrage

- Voor bijzondere tandheelkunde betaalt u een eigen bijdrage voor de zorg die niet rechtstreeks onder uw indicatie voor bijzondere tandheelkunde valt. De eigen bijdrage is dan het bedrag dat u zelf had moeten betalen als u geen indicatie voor bijzondere tandheelkunde had gehad.
- Betreft de bijzondere tandheelkunde in uw geval het plaatsen van een kunstgebit (een volledige prothetische voorziening), dan betaalt u een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. Voor een kunstgebit op implantaten geldt een eigen bijdrage van 10% voor de onderkaak en 8% voor de bovenkaak. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op menzis.nl of vraag deze op bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, kaakchirurg of orthodontist. Voor het orthodontische deel van de behandeling kunt u naar een orthodontist.

Verwijzing

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een orthodontist als u vooraf een schriftelijke

verwijzing heeft van uw tandarts of kaakchirurg.

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of huisarts. De kaakchirurg moet verbonden zijn aan een ziekenhuis.
- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, tandarts of kaakchirurg.

Toestemming

Voor bijzondere tandheelkunde heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Stuur u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Tandheelkunde

U heeft recht op tandheelkunde. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u jonger bent dan 18 jaar of 18 jaar of ouder.

Welke zorg

Tot en met 17 jaar

U heeft recht op :

- 1 periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n onderzoek nodig heeft,
- incidenteel tandheelkundig consult,
- het verwijderen van tandsteen,
- 2 fluorideapplicaties per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n applicatie nodig heeft, vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen,
- sealing,
- parodontale hulp (behandeling van tandvlees),
- anesthesie (verdoving),
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling),
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen),
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen),
- uitneembare prothetische voorzieningen (kunstgebit en frameprothese),
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten:
 - als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die niet zijn aangelegd, of
 - als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval,
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten,
- röntgenonderzoek (foto), behalve röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Tot en met 22 jaar

U heeft recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die helemaal niet zijn aangelegd, of als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval. U heeft alleen recht op deze zorg als de noodzaak daarvan is vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Let op

Gaat u buiten de normale openingstijden naar de tandarts, dan heeft u alleen recht op tandheelkunde als het bezoek niet tot een andere dag kan worden uitgesteld.

Vanaf 18 jaar

U heeft recht op :

- chirurgische tandheelkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie, het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties,
- uitneembare volledige protheses voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten.

Eigen bijdrage

Bent u 18 jaar of ouder? U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. U betaalt een eigen bijdrage van 10% van de totale kosten van een volledige prothese op implantaten en bijbehorende mesostructuur voor de onderkaak en 8% van de totale kosten van een volledige prothese op implantaten en bijbehorende mesostructuur voor de bovenkaak. De eigen bijdrage voor reparatie en opvullen (rebasen) van een uitneembare volledige prothetische voorziening is 10% van de kosten van die reparatie of opvullen. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) of vraag deze op bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus. Bent u jonger dan 18 jaar, dan kunt u ook naar een vrijgevestigde mondhygiënist. Voor implantologie die verband houdt met de plaatsing van een volledige prothese in de bovenkaak kunt u naar een kaakchirurg of naar een tandartsimplantoloog die door de NVOI is erkend. U vindt deze op nvoi.nl/erkende-implantologen. Voor volledige protheses en implantaten heeft Menzis zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://www.menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) is op de tandheelkunde niet van toepassing.

Verwijzing

U heeft alleen recht op behandeling door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van een tandarts of huisarts.

Toestemming

U heeft voorafgaande toestemming van Menzis nodig:

- voor tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten,
- voor parodontale hulp, behandeling onder narcose, osteotomie en het plaatsen van een implantaat door een kaakchirurg,
- voor het maken van een overzichtsfoto (Orthopantomogram), als u jonger bent dan 18 jaar,
- als een tandarts of tandprotheticus een volledige en uitneembare prothese voor de boven- of onderkaak maakt en de totale kosten (inclusief de techniekkosten) meer dan € 700 per kaak zijn,
- voor het plaatsen van een implantaatgedragen prothese en bijbehorende mesostructuren vervaardigd door een daarvoor niet-gecontracteerd zorgaanbieder,
- voor reparatie en rebasing van de implantaatgedragen prothese door een daarvoor nietgecontracteerd zorgaanbieder,
- als de volledige en uitneembare prothese voor de boven- en/of onderkaak die u nu draagt, binnen 6 jaar na levering wordt vervangen. Dit geldt niet voor een immediaatprothese,
- als u moet worden behandeld op de plaats waar u verblijft (bijvoorbeeld thuis of in een instelling).

Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan mee van de zorgaanbieder.

Transplantatie

Transplantatie is een vorm van medisch specialistische zorg. Transplantatie is het vervangen van een slecht of niet meer functionerend orgaan of weefsel van een patiënt door dat van een donor. Organen/weefsels die getransplanteerd kunnen worden, zijn bijvoorbeeld het hart, de huid, de longen, de nieren, de pancreas (alvleesklier), de lever, bot en beenmerg. Ook gedeelten van organen kunnen worden getransplanteerd.

Welke zorg

U heeft recht op transplantatie van weefsels en organen als de transplantatie wordt verricht:

- in een lidstaat van de Europese Unie,
- in een staat die behoort tot de Europese Economische Ruimte, of
- in de staat waar de donor woont, als de donor uw echtgenoot, geregistreerd partner of bloedverwant in de 1^e, 2^e of 3^e graad is.

U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van:

- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor,
- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor,
- het onderzoek, het bewaren, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie,
- zorg voor de donor die verband houdt met de opname in een instelling voor selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit die instelling. Deze zorg voor de donor omvat de zorg waar u op grond van deze Basisverzekering recht op heeft,
- vervoer van de donor binnen Nederland in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis of in verband met de zorg zoals omschreven in het vorige punt van deze opsomming. Vergoed worden de kosten van de laagste klasse van openbaar vervoer binnen Nederland, of als dat medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland,
- vervoer naar en van Nederland van een buiten Nederland wonende lever-, nier- of beenmergdonor.

Overige kosten gemoeid met de transplantatie en het wonen in het buitenland van de donor worden ook vergoed, behalve kosten van verblijf in Nederland en gederfde inkomsten.

Let op

De kosten van het vervoer onder punt 8 en 9 van de opsomming bij 'Welke Zorg' zijn voor de zorgverzekering van de donor. Als de donor geen zorgverzekering heeft afgesloten worden de kosten vergoed uit uw zorgverzekering.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor transplantatie naar een medisch specialist in een ziekenhuis dat een vergunning heeft om transplantaties uit te voeren. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-

Uw tandartsverzekering

TandVerzorgd

Bij Menzis kunt u kiezen uit verschillende tandartsverzekeringen. Op uw zorgpolis staat welke tandartsverzekering u heeft gekozen. Hieronder staat wat er in de tandartsverzekering is verzekerd.

Basisverzekering en tandartsverzekering

Wat in de Basisverzekering is verzekerd, vindt u in het hoofdstuk 'Uw Basisverzekering' onder het artikel Tandheelkunde. Wat in uw aanvullende tandartsverzekering is verzekerd, kunt u hierna lezen. Wat verzekerd is in de Basisverzekering wordt niet vergoed door uw aanvullende tandartsverzekering. Dat geldt ook voor het eigen risico en voor de wettelijke eigen bijdragen die voor zorg in de Basisverzekering zijn bepaald, tenzij dit in de tandartsverzekering als vergoeding is opgenomen. De volledige prothese (kunstgebit) is gedeeltelijk verzekerd in de Basisverzekering. Voor jongeren tot en met 17 jaar is de mondzorg grotendeels verzekerd in de Basisverzekering, behalve orthodontie, kronen en bruggen.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar elke tandarts, orthodontist, vrijgevestigd mondhygiënist of tandprotheticus die gevestigd is in Nederland of de grensstreek. De grensstreek is tot 15 kilometer van de Nederlandse grens. U kunt ook naar een kaakchirurg voor het plaatsen van een implantaat voor een kroon of brug.

Systeem van codes

Zorgaanbieders declareren in codes. Deze codes staan voor bepaalde prestaties. Bijvoorbeeld: C11– periodieke controle. De prestaties, codes en tarieven zijn wettelijk vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). U kunt deze vinden op nza.nl.

Wet- en regelgeving

Uw zorgaanbieder moet zich houden aan wet- en regelgeving en voldoen aan de regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in een (tarief)beschikking. Deze (tarief)beschikking vindt u op nza.nl. Declareert uw zorgaanbieder in strijd met de wet- of regelgeving, bijvoorbeeld door een behandeling uit te voeren waarvoor hij geen bevoegdheid heeft? Dan krijgt u geen vergoeding.

Vergoeding TandVerzorgd 250, 500 en 750

Vergoeding TandVerzorgd 250, 500 en 750

Met de TandVerzorgd 250, 500 en 750 krijgt u alle behandelingen vergoed tot het genoemde maximumbedrag. Heeft u een TandVerzorgd 750 dan geldt er een aparte vergoeding voor orthodontie. Kijk hiervoor in het artikel Orthodontie. U krijgt vergoed:

Behandeling	Vergoeding
Periodieke controle (C11 en C13)	100%
Consulten (overige C-codes)	80%

Behandeling	Vergoeding
Verdoving (A- en B-codes)	80%
Wortelkanaalbehandelingen (E-codes)	80%
Kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes)	80%
Chirurgische behandelingen (H-codes)	80%
Implantaten (J-codes)	80%
Preventieve mondzorg (M-codes)	80%
Prothetische voorzieningen (P-codes)	80%
Kronen, bruggen en inlays (R-codes)	80%
Tandvleesbehandelingen (T-codes)	80%
Vullingen (V-codes)	80%
Röntgenfoto's (X-codes)	80%

Het maximumbedrag is per kalenderjaar:

TandVerzorgd 250	TandVerzorgd 500	TandVerzorgd 750
€ 250	€ 500	€ 750

Let op

Wat wordt niet vergoed: uitwendig bleken (E97), de kaakoverzichtsfoto (X21) onder de 18 jaar, de algehele narcose (A20), de snurkbeugel (G71, G72 en G73).

Let op

Gaat u naar een kaakchirurg? Dan worden alleen de volgende codes vergoed voor het plaatsen van een implantaat voor een kroon of brug: J01, J02, J03, J05, J06, J07, J08, J09, J15, J17, J18, J19, J20, J23, J26, J28, J29, J30, J32, J33, J34, J35, J36, J37, J39.

Wachttijd kronen en bruggen en implantaten in de TandVerzorgd 750

Voor kronen, bruggen en implantaten geldt in de TandVerzorgd 750 een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor kronen, bruggen en implantaten. De wachttijd geldt als u overstapt naar de TandVerzorgd 750 en gaat in op de ingangsdatum van de TandVerzorgd 750.

Kijk voor meer informatie over de wachttijd op menzis.nl/wachttijd.

Vergoeding JongerenVerzorgd

Met de JongerenVerzorgd krijgt u onderstaande behandelingen vergoed: