

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202301017

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de op 3 juni 2021 bij hem uitgevoerde tandheelkundige behandeling, ten bedrage van € 2.331,72, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten afgewezen, omdat geen sprake is van fronttandvervangingshulp en daarnaast bij verzoeker een verzekeringsindicatie voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen ontbreekt.
- 1.2. De commissie overweegt dat bij verzoeker sprake is van twee door een ongeval afgebroken elementen, waarbij het omringende kaakbot niet is aangetast. Aldus bestaat bij verzoeker geen dento-alveolair defect. Ook anderszins is er bij hem geen zeer ernstige afwijking die een tandheelkundig functieprobleem veroorzaakt, zodat een verzekeringsindicatie in het kader van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen ontbreekt. Omdat de beide elementen niet volledig ontbreken is voorts geen sprake van het vervangen hiervan, zodat het beroep op de regeling 'fronttandvervangingshulp' evenmin slaagt. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten ten laste van de zorgverzekering.
Voor zover verzoeker stelt dat hij financieel is benadeeld doordat de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten in zijn informatievoorziening, oordeelt de commissie dat door de ziektekostenverzekeraar is erkend dat de communicatie geen schoonheidsprijs verdient. Dat een toezegging zou zijn gedaan heeft verzoeker echter niet aannemelijk gemaakt, hoewel dit op zijn weg lag. Ook zijn stelling dat hij niet de beschikking had over de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden treft geen doel, nu hij pas een jaar na de behandeling om toezending hiervan heeft verzocht. De commissie wijst daarom het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 10 oktober 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 oktober 2023 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 15 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 16 november 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 12 december 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023047578) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 december 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 januari 2024 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 16 januari 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 12 december 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 18 januari 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was tot en met 31 juli 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Gezinnen (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft in 2013 een ongeval gehad in een speeltuin waarbij twee voortanden zijn afgebroken. De behandelend tandarts heeft toen eerst middelen gebruikt om de restanten van de beide elementen te beschermen en later zijn deze opgebouwd met composiet. De behandelend tandarts heeft destijds voor deze oplossing gekozen omdat verzoeker de leeftijd van 17 jaar nog niet had bereikt. Op 3 juni 2021 heeft verzoeker een tandheilkundige behandeling laten uitvoeren waarbij onder andere op de restanten van de elementen 11 en 21 kronen zijn geplaatst. De hiermee gemoeide kosten van totaal € 2.331,72 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 26 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 12 december 2023 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 is gehouden de kosten van de op 3 juni 2021 bij hem uitgevoerde tandheilkundige behandeling, ten bedrage van € 2.331,72, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

- 4.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat hij het advies van de behandelend tandarts heeft opgevolgd om de restanten van de elementen 11 en 21 te laten bekronen. Voorafgaand aan de behandeling heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd of de kosten hiervan voor vergoeding in aanmerking komen. Op de door hem gestelde vragen werd door de ziektekostenverzekeraar pas na maanden of zelfs jaren geantwoord. De polisvoorwaarden kon verzoeker niet raadplegen omdat deze online niet beschikbaar waren en de ziektekostenverzekeraar hem eerst de verkeerde versie stuurde. Pas op 30 juni 2021 werd aan verzoeker de juiste versie gestuurd. Als de ziektekostenverzekeraar tijdig, correct, consistent en duidelijk had gecommuniceerd, had verzoeker mogelijk gekozen voor een andere behandeling. Doordat de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten in de informatievoorziening, is verzoeker financieel benadeeld en wordt hij nu geconfronteerd met een nota van ruim € 2.300,- die niet wordt vergoed.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat de elementen 11 en 21 na het ongeval zijn hersteld door middel van het aanbrengen van composiet. Omdat het composiet telkens afbrak is verzoeker door de tandarts geadviseerd de beide elementen te laten bekronen. In vervolg hierop heeft verzoeker verschillende keren telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar teneinde duidelijkheid te krijgen of de behandeling zou worden vergoed. Nog daargelaten dat verzoeker niet de beschikking had over de juiste polisvoorwaarden, waren deze voor hem ook niet begrijpelijk. Zo was voor verzoeker niet duidelijk wat werd bedoeld met 'niet-plastische materialen'. Ook de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar konden hier geen antwoord op geven. In de periode dat verzoeker informeerde naar de voorwaarden had hij ook de mogelijkheid de tandheelkundige behandeling in Spanje te laten uitvoeren. De kosten waren daar veel lager dan in Nederland. Met de wetenschap van nu had verzoeker de behandeling liever in Spanje laten plaatsvinden. De kosten die voor eigen rekening bleven waren dan veel lager geweest. Verzoeker heeft uiteindelijk ervoor gekozen de behandeling in Nederland te laten uitvoeren, omdat hij van een medewerker te horen had gekregen dat de kosten zouden worden vergoed. Later bleek dit niet het geval te zijn. Wat verzoeker met name stoort, is dat de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar hem geen duidelijk antwoord konden geven op de door hem gestelde vragen. Zo is in de verzekeringsvoorwaarden sprake van 'ontbrekende elementen' maar is hem nooit verteld dat die elementen helemaal moeten ontbreken. Dit kan verzoeker dan ook niet worden tegengeworpen.
- 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 dat verzoeker in 2022 kosten heeft gedeclareerd ter zake een bij hem in 2021 uitgevoerde tandheelkundige behandeling. Tijdens deze behandeling zijn bij verzoeker de elementen 11 en 21 bekrond. Dit was deels nodig om de schade te herstellen die was ontstaan in 2013. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Voorwaarde hierbij is dat het moet gaan om een zeer ernstige afwijking die een ernstig functieprobleem veroorzaakt, zoals oligodontie (het aangeboren ontbreken van minstens zes tanden of kiezen) of een dento-alveolair defect door een trauma. Bij verzoeker is sprake van deels afgebroken tanden door een ongeval. Dit is uiteraard vervelend, maar levert geen ernstig functieprobleem op, zoals bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden.
- Daarnaast bestaat op grond van de zorgverzekering voor jongeren tot en met 22 jaar aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundig zorg, onder andere bestaande uit het vervangen met niet-plastische materialen van tanden die niet zijn aangelegd of die de verzekerde mist als direct gevolg van het ongeval. Verzoeker voldoet niet aan de voorwaarde dat sprake is van het vervangen van niet-aangelegde of verloren gegane elementen; de elementen 11 en 21 zijn namelijk nog aanwezig.

- 5.2. Voor zover verzoeker stelt dat hij lang heeft moeten wachten op een inhoudelijke reactie, geldt dat dit inderdaad juist is. Hiervoor biedt de ziektekostenverzekeraar dan ook zijn excuses aan. Verder informeert de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerden elk jaar over de wijzigingen in het verzekerde pakket. In november 2020 zijn aan de moeder van verzoeker (destijds optredend als verzekeringnemer) een polisblad, de zorgwijzer en de brochure 'Wijzigingen zorgverzekering 2021' gestuurd. In laatstgenoemde brochure staat vermeld dat, indien gewenst, de verzekeringsvoorwaarden kunnen worden opgevraagd. De stelling van verzoeker dat de verzekeringsvoorwaarden online niet waren te raadplegen kan de ziektekostenverzekeraar niet volgen, aangezien deze te allen tijde digitaal beschikbaar zijn (geweest).
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat hij richting verzoeker excuses wil maken voor de kennelijk gebrekkige communicatie. De ziektekostenverzekeraar had vanaf het eerste moment duidelijk moeten communiceren dat de tandheelkundige kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Een en ander neemt niet weg dat aan verzoeker nimmer te kennen is gegeven dat de kosten wél zouden worden vergoed. Daartoe bestaat ook geen grond. De beide elementen zijn namelijk afgebroken en niet in zijn geheel verloren gegaan. Voor zover verzoeker stelt dat de polisvoorwaarden onvolledig zijn, geldt dat deze zijn gebaseerd op de geldende wet- en regelgeving. Dat de elementen volledig moeten ontbreken staat beschreven in de bijbehorende toelichting.
- 5.4. 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 12 december 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Na het ongeval zijn de fronttanden van verzoeker nog lange tijd aanwezig gebleven (sinds 2013) want er zijn regelmatig restauraties op de boven fronttanden aangebracht. De fronttanden zijn niet als direct gevolg van een ongeval geheel verloren gegaan. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de tandheelkundige behandeling op grond van artikel 2.7 lid 6 van het Bzv.

Bij verzoeker is sprake van twee afgebroken tanden door een ongeval, dit is geen zodanig ernstige afwijking die een ernstig functieprobleem veroorzaakt. Verzoeker kan derhalve ook geen aanspraak maken op vergoeding van de tandheelkundige behandeling op grond 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 verzoeker een indicatie heeft tot bijzondere tandheelkundige hulp. Daarnaast is bij verzoeker geen sprake van ontbrekende fronttanden. De aangevraagde tandheelkundige behandeling komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker heeft geen (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van een tandheelkundige behandeling waarbij op de elementen 12, 11, 21 en 22 kronen zijn geplaatst."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 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 en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) over algemene voorwaarden 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

- 8.2. De aanspraak op tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen is geregeld in artikel B.12.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is gebaseerd op artikel 2.7, eerste lid, Bzv. Uit laatstgenoemde bepaling volgt dat een indicatie tot bijzondere tandheelkunde slechts kan voorkomen in drie gevallen:
- (a) als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
 - (b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening; of
 - (c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening.
- In de situatie van verzoeker zijn de onder b en c vermelde indicaties niet aan de orde.
- 8.3. Bij de indicatie, genoemd in artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv, gaat het om een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel, zoals schisis of een in ernst met schisis vergelijkbare aandoening. Daarnaast geldt dat de betreffende aandoening moet leiden tot verlies van de tandheelkundige functie. Uit eerdere adviezen van het Zorginstituut blijkt dat ook een dento-alveolair defect (het verlies van één of meer elementen en het omringende kaakbot ten gevolge van een trauma) een verworven afwijking in de zin van artikel 2.7 Bzv vormt. Het staat vast dat bij verzoeker in 2013 door een ongeval twee elementen (11 en 21) zijn afgebroken. Deze zijn toen echter niet geheel verloren gegaan, terwijl voorts gesteld noch gebleken is dat het aangrenzende kaakbot is aangetast. Van een dento-alveolair defect kan daarom niet worden gesproken. Ook anderszins is niet gebleken dat bij verzoeker een aandoening bestaat, die in ernst is te vergelijken met schisis en die leidt tot verlies van de tandheelkundige functie. Dit betekent dat verzoeker op grond van artikel B.12.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige kosten.
- 8.4. Voorts biedt de zorgverzekering, op grond van artikel B.13. van de voorwaarden, voor verzekerden tot en met 22 jaar aanspraak op vergoeding van de kosten van kronen, bruggen of implantaten. Dit ter vervanging van een of meer ontbrekende blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd of ontbreken als gevolg van een ongeval (ook wel de regeling 'fronttandvervanging' genoemd). De noodzaak van de zorg moet zijn vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Uit artikel A.2.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt dat de bepalingen uit polis zijn gebaseerd op de geldende wet- en regelgeving inclusief de bijbehorende toelichtingen. De hiervoor genoemde regeling 'fronttandvervanging' is gebaseerd op artikel 2.7, zesde lid, Bzv. Uit de Nota van toelichting bij deze bepaling blijkt dat het dient te gaan om het volledig ontbreken van de elementen. Aan deze laatste voorwaarde is niet voldaan, aangezien na het ongeval de wortels nog aanwezig waren en beide elementen (11 en 21) sindsdien regelmatig zijn hersteld door middel van composiet.

Gelet op het gebruik van de term 'vervanging' in de verzekeringsvoorwaarden en de hierin opgenomen verwijzing naar de wet- en regelgeving inclusief de bijbehorende toelichtingen, kan het woord 'ontbrekende' niet anders worden geïnterpreteerd dan als 'volledig ontbrekende'. De stelling van verzoeker, dat hij met dit alles niet bekend was en dat hij hierop ook bij navraag nooit is geweest, maakt die conclusie niet anders en wordt om die reden gepasseerd. Daarom bestaat op grond van artikel B.13. van de voorwaarden van de zorgverzekering evenmin aanspraak op vergoeding van de kosten, zoals ook wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 12 december 2023.

Communicatie en toezending polisvoorwaarden

- 8.5. Verzoeker heeft gesteld dat hij voorafgaand aan de tandheelkundige behandeling bij de ziektekostenverzekeraar heeft geïnformeerd naar de vergoeding. Hij ontving telkens wisselende antwoorden en op enig moment werd hem door een medewerker verteld dat de kosten zouden worden vergoed. Op de website kon hij de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden niet raadplegen. Deze werden hem pas veel later toegestuurd. Indien hij direct over de juiste informatie zou hebben beschikt, had verzoeker de keuze gemaakt zich in Spanje te laten behandelen. Doordat de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten in zijn informatievoorziening is verzoeker nu financieel benadeeld.

De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar als aanbieder en uitvoerder van ziektekostenverzekeringen is gebonden aan de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-022. Op grond van artikel 15 van deze regeling is de ziektekostenverzekeraar gehouden vragen van consumenten over alle eigenschappen van de aangeboden producten en diensten schriftelijk of telefonisch te beantwoorden wanneer de consument hierom vraagt. Nu door de ziektekostenverzekeraar excuses zijn aangeboden voor de wijze waarop de communicatie is verlopen, kan de commissie verzoeker volgen voor zover hij stelt dat de gang van zaken rond de informatievoorziening niet de schoonheidsprijs verdient. Hieruit volgt echter niet dat de in het geding zijne kosten dan zonder meer moeten worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband erop gewezen dat aan verzoeker nooit vergoeding is toegezegd. Verzoeker heeft het tegendeel weliswaar gesteld, maar hij heeft niet aannemelijk gemaakt dat hem een zodanige toezegging is gedaan. Dit terwijl de stelplicht en eventuele bewijslast ter zake bij hem rusten, gelet op artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering.

Ook de stelling van verzoeker dat hij niet de beschikking had over de juiste verzekeringsvoorwaarden kan hem niet baten. Door de ziektekostenverzekeraar is onweersproken gesteld dat de verzekeringnemer (de moeder van verzoeker) tijdig over de wijzigingen in de verzekering is ingelicht, waarbij haar de mogelijkheid is geboden de actuele verzekeringsvoorwaarden op te vragen. Verzoeker heeft op een later moment zelf om toezending hiervan gevraagd, maar dit was pas in juni 2022, dus een jaar nadat de behandeling was uitgevoerd. Een zodanige vertraging kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen, ook niet indien de verzekeringsvoorwaarden eventueel (tijdelijk) online niet zichtbaar waren. Gelet op het voorgaande stelt de commissie vast dat voor zover sprake is van financiële benadeling dit niet een rechtstreeks gevolg van een tekortkoming aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar.

Slotsom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 januari 2024,

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. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

noodzaak bestaat;

- U hebt voor dezelfde indicatie zonder dat sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie, niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek in combinatie met het zorgprogramma Gecombineerde Leefstijl Interventie (zie artikel B.3.4.).
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij ketenzorg gaat de declaratie via de hoofdaannemer in de vorm van één integraal tarief. In dat geval geldt de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg.

Als het om ketenzorg gaat, wordt de zorg geleverd door een diëtist die:

- is aangesloten bij, of gecontracteerd door een hoofdaannemer;
- is aangesloten bij een gecontracteerde hoofdaannemer als sprake is van astma.

Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.12. Mondzorg voor alle leeftijden

B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat mondzorg in bijzondere gevallen. Deze is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei-

stoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt; en/of

- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en/of
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*) worden niet vergoed als mondzorg. Het betreft een hulpmiddel tegen snurken.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.2. implantaat

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden; en
- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt. Zie hiervoor artikel B.14.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.3. Orthodontie in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

- u voldoet aan de eisen die genoemd zijn in artikel B.12.1.; en
- sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medebehandeling van andere disciplines dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden (B.12.1., B.12.2. en B.12.3.)

Algemeen

- Als bij een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling prothetische nabehandeling noodzakelijk is, moet een multidisciplinair behandelplan door alle betrokken zorgverleners opgesteld worden.
- De zorg mag verleend worden op de plaats waar u verblijft; u hebt hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Zorgverlener

- De zorg onder B.12.1. wordt verleend door een tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg, orthodontist of een bevoegde zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
- De zorg onder B.12.2. wordt verleend door een tandarts of kaakchirurg;
- De zorg onder B.12.3. wordt verleend door een orthodontist of door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.);
- Als sprake is van een tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie of sedatie wordt deze verleend door een bevoegde zorgverlener:
 - in een door Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) erkend Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - waarmee wij voor deze behandeling afspraken hebben gemaakt.

Verwijzing

Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten, hebt u voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een tandarts, orthodontist of tandarts-implantoloog.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor de zorg onder B.12.1. Bij de aanvraag van de akkoordverklaring zit een schriftelijke motivering van uw tandarts en een schriftelijk behandelplan. Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken als:
 - de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
 - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig voor het plaatsen van een tandheelkundig implantaat (B.12.2.). Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Bij de aanvraag voor de akkoordverklaring zit een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg en een schriftelijk behandelplan. Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig voor orthodontie in bijzondere gevallen (B.12.3.). Bij de aanvraag voor de akkoordverklaring zit een schriftelijke motivering van uw orthodontist en een schriftelijk behandelplan.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.13. Mondzorg tot 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Mondzorg tot 18 jaar bestaat naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12., uit:

- één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, zo nodig vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- verwijderen van tandsteen;
- aanbrengen van fluoride maximaal 2x per jaar bij kinderen vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen (dus niet het melkgebit);
- aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealingfissuurlak);
- behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
- verdoving (lokale anesthesie);
- behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- restaureren (vullen) van tanden of kiezen met plastische materialen;

- j. behandeling van het kaakgewricht (gnathologische zorg);
- k. uitneembaar volledig kunstgebit (conventionele gebitsprothese), al dan niet op implantaten, of een gedeeltelijk kunstgebit;
- l. vervangen van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Dit is nodig omdat één of meer van deze blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat deze ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze of soortgelijke zorg extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- De zorg omvat niet:
 - kronen, bruggen, implantaten, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.) of als front-, snij- of hoektanden ontbreken als direct gevolg van een ongeval of omdat deze niet zijn aangelegd);
 - orthodontische hulp en bijbehorende röntgenfoto's, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.);
 - gebitsbeschermer of mondbeschermer (code M61) behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.);
 - uitwendig bleken van tanden (code E97);
 - slijpen en/of behandelen melkelement (code M05);
 - een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Het betreft een hulpmiddel tegen snurken;
 - eenvoudig bacteriologisch onderzoek (code M32);
 - behandeling van witte vlekken (codes M80* en M81*);
 - plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, behalve als sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.3).
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U bent jonger dan 18 jaar.
- De zorg mag verleend worden op de plaats waar u verblijft; u hebt hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- een tandarts,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.),
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor medisch specialistische zorg,
- een bevoegde tandprotheticus (met verwijzing van een tandarts indien sprake is van een volledig kunstgebit op implantaten of een gedeeltelijk kunstgebit).

Zorg van artikel B.13.a t/m f en i (voor zover daartoe bevoegd) kan ook door een mondhygiënist worden verleend.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het gaat om:
 - het vervangen en/of restaureren van tanden en/of kiezen met niet-plastische materialen;
 - het plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden te vervangen die u mist als direct gevolg van een ongeval, of omdat deze niet zijn aangelegd;
 - het plaatsen van tandheelkundige implantaten voor elementen die niet zijn aangelegd in het geval van oligodontie ten behoeve van het herstel van de functie;
 - de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts meer dan € 650,- per kaak bedragen;
 - de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 600,- per kaak bedragen;
 - het maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT, aangeduid met code X21).
- Bij de zorgaanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelplan.

Wij kunnen de akkoordverklaring intrekken als:

- de mondzorg niet meer noodzakelijk is,
 - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- U moet ook een akkoordverklaring van ons hebben voor deze zorg door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg:
 - behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
 - trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
 - kaakoperatie (osteotomie);
 - plaatsen van een tandheelkundig implantaat.

Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

- U moet een akkoordverklaring van ons hebben voor mondzorg die u krijgt in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.14. Mondzorg vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12. omvat de zorg:

- a. Kaakchirurg (medisch specialistische zorg) omvat mondzorg voor mond-, kaak- en aangezichts-chirurgie en bestaat uit:
 - specialistische chirurgische mondzorg;
 - daarbij behorend röntgenonderzoek;
 - opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor maximaal 1.095 (3 x 365) dagen en tijdens de periode van opname de medisch specialistische behandeling, de verpleging en de verzorging, de paramedische zorg, de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.
- b. Kunstgebit (uitneembare volledige gebitsprothesen):
dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit:
 - een vergoeding van 75% van de kosten van het maken en plaatsen van:
 - een uitneembare volledige gebitsprothese; of
 - een tijdelijke uitneembare volledige (im-

- mediaat-) gebitsprothese; of
 - een uitneembare volledige vervangingsprothese; of
 - een uitneembare volledige overkappingsprothese op één of meerdere natuurlijke elementen voor de boven- en/of onderkaak;
 - een vergoeding van 90% van de kosten voor reparatie en/of het rebasen van:
 - een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese; of
 - een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese, al dan niet op tandheelkundige implantaten.
- c. Kunstgebit op implantaten (volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt). Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem). Dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit:
 - een vergoeding van 90% voor de overkappingsprothese voor de onderkaak; of
 - een vergoeding van 92% voor de overkappingsprothese voor de bovenkaak.
 - d. Kunstgebit op eigen boven- of onderkaak (uitneembare conventionele volledige gebitsprothese) tezamen met kunstgebit op implantaat op de andere kaak (uitneembare volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt), gezamenlijk gedeclareerd door middel van code J50. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem). Dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit een vergoeding van 83% voor beide kunstgebitten. Voor de bijbehorende mesostructuur is de vergoeding 90% indien deze geplaatst wordt in de onderkaak of 92% indien deze geplaatst wordt in de bovenkaak.
 - e. Implantaat met kroon voor verzekerden tot en met 22 jaar: vervangen van snij- of hoektanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Deze zijn nodig omdat één of meer blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat u deze tanden mist als direct gevolg van een ongeval voor uw 18 jarige leeftijd.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - parodontale chirurgie door een kaakchirurg

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 233

Een beding in algemene voorwaarden is vernietigbaar

- a. indien het, gelet op de aard en de overige inhoud van de overeenkomst, de wijze waarop de voorwaarden zijn tot stand gekomen, de wederzijds kenbare belangen van partijen en de overige omstandigheden van het geval, onredelijk bezwarend is voor de wederpartij; of
- b. indien de gebruiker aan de wederpartij niet een redelijke mogelijkheid heeft geboden om van de algemene voorwaarden kennis te nemen.

Artikel 234

1. De gebruiker heeft aan de wederpartij de in artikel 233 onder b bedoelde mogelijkheid geboden, indien hij de algemene voorwaarden voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij ter hand heeft gesteld, de voorwaarden overeenkomstig de in artikel 230c voorziene wijze heeft verstrekt of, indien dit redelijkerwijs niet mogelijk is, voor de totstandkoming van de overeenkomst aan de wederpartij heeft bekend gemaakt dat de voorwaarden bij hem ter inzage liggen of bij een door hem opgegeven Kamer van Koophandel of een griffie van een gerecht zijn gedeponneerd, alsmede dat zij op verzoek zullen worden toegezonden. Indien de voorwaarden niet voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij ter hand zijn gesteld, zijn de bedingen tevens vernietigbaar indien de gebruiker de voorwaarden niet op verzoek van de wederpartij onverwijld op zijn kosten aan haar toezendt. Het omtrent de verplichting tot toezending bepaalde is niet van toepassing, voor zover deze toezending redelijkerwijze niet van de gebruiker kan worden gevergd.
2. De gebruiker heeft tevens aan de wederpartij de in artikel 233 onder b bedoelde mogelijkheid geboden, indien hij de algemene voorwaarden voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij langs elektronische weg ter beschikking heeft gesteld op een zodanige wijze dat deze door haar kunnen worden opgeslagen en voor haar toegankelijk zijn ten behoeve van latere kennisneming of, indien dit redelijkerwijs niet mogelijk is, voor de totstandkoming van de overeenkomst aan de wederpartij heeft bekend gemaakt waar van de voorwaarden langs elektronische weg kan worden kennisgenomen, alsmede dat zij op verzoek langs elektronische weg of op andere wijze zullen worden toegezonden. Indien de voorwaarden niet voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij langs elektronische weg ter beschikking zijn gesteld, zijn de bedingen tevens vernietigbaar indien de gebruiker de voorwaarden niet op verzoek van de wederpartij onverwijld op zijn kosten langs elektronische weg of op andere wijze aan haar toezendt.
3. Voor het op de in lid 2 bedoelde wijze bieden van een redelijke mogelijkheid om van de algemene voorwaarden kennis te nemen is de uitdrukkelijke instemming van de wederpartij vereist indien de overeenkomst niet langs elektronische weg tot stand komt.