

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. en  
OWM CZ Groep U.A., beide te Tilburg

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, tandheerkundige  
behandeling na osteotomie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw,  
2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende  
ziektelkostenverzekering 2022

Zaaknummer : 202300076

Zittingsdatum : 13 september 2023

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 10 mei 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 juni 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 18 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 19 juli 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 26 juli 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023029528) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 28 juli 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 september 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Naar aanleiding van hetgeen ter zitting is besproken, heeft de ziektekostenverzekeraar onderzocht of het mogelijk is verzoeker alsnog op te roepen tijdens het spreekuur van de tandheelkundig adviseur. Bij brief van 15 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie meegedeeld geen aanleiding te zien verzoeker alsnog op te roepen. Bij brief van 20 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar nog een afschrift gestuurd van de akkoordverklaring voor het kaakchirurgische gedeelte van de behandeling in 2018. Deze brieven zijn op 20 september 2023 ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 20 september 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 26 juli 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 24 september 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de NN Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de

aanvullende ziektekostenverzekering Tandengaat 100% tot EUR 500 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Compleet is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 3.2. Vanwege problemen met zijn gebit heeft verzoeker een kaakchirurgische behandeling, te weten een bilaterale sagittale splijtingsosteotomie (BSSO), ondergaan. Op 8 april 2022 heeft de behandelend tandarts bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een tandheelkundige behandeling.
- 3.3. Bij brief van 28 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor de tandheelkundige behandeling is afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 27 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 6 oktober 2022 heeft de tandarts nadere foto's van het gebit van verzoeker uit 2015 gestuurd. Bij brief van 31 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar bericht geen akkoordverklaring te kunnen geven. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om heroverweging van deze beslissing. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 november 2022 aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.6. Bij brief van 26 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 24 september 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

#### 4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door de tandarts ingediende aanvraag alsnog goed te keuren.
- 4.2. Verzoeker heeft hiertoe bij brief van 6 januari 2023 aangevoerd dat hij twee jaren lang ongemak heeft gehad van zijn gebit. Na twee kaakoperaties was hij eindelijk klaar voor een restauratie van zijn gebit. Het leek hem logisch dat, na dergelijke ingrijpende operaties waarbij de onderkaak is verplaatst, de tanden en kiezen elkaar niet direct weer kunnen vinden, zodat een restauratieve tandheelkundige vervolgbehandeling nodig is. Deze noodzakelijke behandeling wordt echter niet door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoeker heeft intussen al ruim € 3.000,- zelf moeten betalen om enigszins normaal te kunnen kauwen. Ook is hij bezig met logopedie en krijgt hij fysiotherapie. Verzoeker vraagt niet om een mond vol kronen en bruggen, maar wel om een normaal aansluitend gebit zodat hij weer goed kan kauwen.
- 4.3. Bij brief van 10 mei 2023 heeft verzoeker aanvullend opgemerkt dat zijn tandarts zich zorgen maakt of de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar de ingediende foto's wel heeft bekeken. Hierop is immers ernstige gebitsslijtage te zien, wat de reden was voor de operatieve ingrepen en tevens voor de aangevraagde restauratieve tandheelkundige behandeling.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker, bijgestaan door zijn tandarts, in aanvulling hierop nog aangevoerd dat in 2015 is gekeken naar zijn problematiek. Er was een enorme slijtage van zijn gebit. Dit is in tegenstelling tot wat het Zorginstituut stelt wel een TWI klasse 3. Er is geen frontcontact tussen onderkaak en bovenkaak. Er is eerst met eenvoudige middelen, semipermanente materialen, opgebouwd. Dit heeft geleid tot een periode van twijfel bij verzoeker van twee of drie jaren om verder te behandelen. Het gaat immers om een stevige ingreep, waarbij de kaak wordt

gebroken en naar voren wordt gezet. De eerste keer hebben na de kaakchirurgische behandeling de osteosynthese plaatjes losgelaten. Dit had te maken met de functionele problematiek. De tweede keer is het aardig gegaan, maar is er een gebitssituatie ontstaan waarbij er geen contact is op meerdere plaatsen in het gebit. Er waren geen orthodontische restauraties mogelijk en dit moest daarom restauratief gebeuren. De kaakchirurg heeft dit ook bevestigd. Er is nu wel een vergoeding uit de zorgverzekering gekomen om de kaak te verplaatsen, maar de vervolgschade (collateral damage) wordt niet vergoed, en daarmee staat verzoeker in de kou. Verzoeker stelt het te betreuren dat hij niet door de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar op diens spreekuur is opgeroepen en zou dat alsnog wensen. Ook suggereert hij dat hij door een onafhankelijke deskundige wordt gezien.

- 4.5. 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 geen aanspraak heeft op de aangevraagde tandheelkundige behandeling. Hij heeft hiertoe bij brief van 27 juli 2022 aan verzoeker meegedeeld dat voor vergoeding van mondzorg ten laste van de zorgverzekering is vereist dat een indicatie bestaat voor bijzondere tandheelkunde. De mondzorg moet noodzakelijk zijn omdat sprake is van:

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel;
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of
- als een medische behandeling zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft, én
- het gebit zonder die mondzorg de normale functie niet kan behouden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

De aanvraag voor een osteotomie heeft de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd. Daarna is een begroting ontvangen voor een restauratief plan. De situatie van verzoeker is niet aan te merken als bijzondere tandheelkunde zoals bedoeld in de regelgeving. Daarbij betreffen kronen geen verstrekking vanuit de zorgverzekering. Het gaat hier om reguliere tandheelkundige zorg, die alleen vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden vergoed.

Verzoeker is er bij de akkoordverklaring van de osteotomie van 30 april 2018 op gewezen dat deze goedkeuring alleen zag op het kaakchirurgische deel. Een eventuele prothetische vervolgbehandeling wordt niet vergoed vanuit de zorgverzekering. De vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is intussen volledig uitgekeerd.

- 5.2. Bij brief van 9 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn adviserend tandarts de overgelegde foto's uit 2015 heeft beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij toegelicht dat aanspraak kan bestaan op gebitsherstel bij tandweefselverlies van niet-carieuze aard conform artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv. Er dient dan een ernstige tandheelkundige functiestoornis, in ernst vergelijkbaar met schisis, aan de orde te zijn. Ook bestaat een indicatie als bij acht elementen of meer per kaak sprake is van een TWI (Tooth Wear Index Smith and Knight) classificatie 3 of 4, waarbij de slijtage niet kan worden verklaard door de leeftijd als zijnde fysiologische schade. Er dient geen sprake te zijn van uitgestelde zorg. Het gaat om glazuurdefecten van niet-carieuze aard, waarvan de vraag is of de aandoening een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp oplevert en hoe groot de omvang van de aanspraak is in het licht van het maatmanbeginsel. Dit geldt alleen als de tandboog niet ernstig is gemutilleerd. Voor een doelmatige behandeling is het van belang dat de etiologie (oorzaak) van de aandoening wordt aangepakt. Ook dient een verwijzing plaats te vinden naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) in verband met een multidisciplinaire aanpak. De adviserend tandarts is van oordeel dat niet aan de verzekeringsvoorwaarden wordt voldaan. Hij merkt verder op dat de situatie zowel ruim vóór de osteotomie als thans niet voldoet aan de voorwaarden van artikel 2.7, eerste lid, onder a, Bzv (ernstige slijtage/erosie). De uitgevoerde osteotomie op zich geeft geen aanspraak op rehabilitatie van de dentitie. De relatie

die verzoeker en zijn tandarts leggen, namelijk dat als de ziektekostenverzekeraar een osteotomie goedkeurt, hij ook het vervolg (in dit geval gebitsrehabilitatie) moet goedkeuren, is er niet. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn standpunt in zijn reactie aan de commissie van 18 juli 2023 gehandhaafd.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het uitgangspunt bij mondzorg is dat de behandeling voor eigen rekening is, en dat een vergoeding vanuit de zorgverzekering een uitzondering is. De voorbeelden die zijn uitgeschreven bij bijzondere tandheelkunde maken duidelijk dat het moet gaan om een ernstige tandheelkundige afwijking. De informatie die is aangeleverd omvat foto's uit 2015 en later, en dit was voor de adviserend tandarts voldoende informatie om te kunnen beoordelen of verzekeringstechnisch aanspraak bestaat op vergoeding. Daarom is er ook geen uitnodiging voor het spreekuur geweest, want dit gebeurt alleen bij twijfel. Anders heeft het bezoek geen toegevoegde waarde. Het oordeel was dat er geen sprake is van een zodanig ernstige aandoening dat vergoeding vanuit de zorgverzekering mogelijk is. Daarbij is ook gekeken naar de indicatieve lijst van adviserend tandartsen. De conclusie van de adviserend tandarts was dat geen sprake was van TWI3, omdat er anders wel een indicatie zou zijn voor bijzondere tandheelkunde. Hiermee wordt niet getwijfeld aan de noodzaak verzoeker te behandelen, maar het moet bij de aanspraak vanuit de zorgverzekering gaan om hele ernstige afwijkingen. Het Zorginstituut komt in zijn advies tot dezelfde conclusie als de ziektekostenverzekeraar. 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. Bij brief van 15 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de adviserend tandarts het niet zinvol acht verzoeker alsnog voor het spreekuur uit te nodigen. De informatie in het dossier, met onder andere röntgenfoto's/lichtfoto's van vóór en na de osteotomie, geeft een duidelijk beeld om te kunnen beoordelen of is voldaan aan de voorwaarden voor vergoeding van de bijzondere tandheelkunde. Een spreekuur zal niet tot een andere conclusie leiden en heeft daarom geen meerwaarde. Bovendien heeft de adviserend tandarts op 18 augustus 2022 en 30 november 2022 uitgebreid telefonisch contact gehad met de behandelend tandarts. De aanvraag is toen uitvoerig besproken, en zonder nieuwe informatie is er geen aanleiding tot een nieuw contact. In algemene zin merkt de ziektekostenverzekeraar op dat zijn adviserend tandartsen iedere werkdag bereikbaar zijn voor overleg. Hij kan de opmerking dat de adviserend tandartsen moeilijk bereikbaar zouden zijn daarom niet plaatsen, mede in het licht van de contacten op 18 augustus en 30 november 2022.

## 6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 26 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

*"De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.*

*Bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel kan onder andere gedacht worden aan ernstige gebitslijtage.*

*Om houvast te hebben bij de beoordeling van aanvragen voor ernstige gebitslijtage heeft het college van adviserend tandartsen (CAT) een protocol opgesteld, waarin criteria zijn geformuleerd voor deze indicatie. Er moet onder andere bij acht elementen of meer per kaak sprake zijn van een TWI (Tooth Wear Index) van 3 of 4. Op basis van de foto's in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat dit bij verzoeker het geval is. Ook is geen sprake van een ernstige functiestoornis. Verzoeker voldoet derhalve niet aan de criteria voor ernstige gebitslijtage die een indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp opleveren.*

### Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoeker sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Verzoeker heeft derhalve geen (verzekerings)indicatie voor de gevraagde tandheelkundige behandeling.

### Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van de tandheelkundige behandeling ten laste van de basisverzekering."

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de voorwaarden van 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 bijzondere tandheelkundige zorg 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 commissie overweegt dat onderscheid moet worden gemaakt tussen de kaakchirurgische en de tandheelkundige behandeling. Een verzekeringsindicatie voor kaakchirurgie - hier voor een bilaterale sagittale splijtingsosteotomie (BSSO) - betekent niet dat ook het bestaan van een verzekeringsindicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg kan worden aangenomen. Het gaat om twee verschillende verzekerde prestaties, die door de commissie afzonderlijk worden beoordeeld, aan de hand van de hiervoor geldende voorwaarden. Voor de reeds uitgevoerde kaakchirurgische behandeling (BSSO) geldt dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de kosten hiervan te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil, zodat beoordeling van de aanspraak op dit punt achterwege kan blijven. De commissie zal toetsen of aanspraak bestaat op gevraagde bijzondere tandheelkundige zorg.
- 8.3. De aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg is geregeld in artikel B.12. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat deze zorg wordt vergoed in de volgende 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 ende 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 ende verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening.
 Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, eerste lid, Bzv.

- 8.4. Verzoeker heeft geen indicatie als bedoeld onder (b) en (c). De vraag is of bij verzoeker sprake is van een situatie als bedoeld onder (a). Daarbij moet worden gedacht aan een ernstige stoornis of afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, zoals in geval van oligodontie, schisis of bij oncologiepatiënten met een gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Dit volgt uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat bij hem sprake is van ernstige slijtage van het gebit. Zijn tandarts ondersteunt de aanvraag. Volgens verzoeker blijkt de ernst van zijn situatie uit de overgelegde foto's en de aanvraag van de behandelend tandarts. Het Zorginstituut overweegt in het advies van 26 juli 2023 dat bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel onder andere gedacht kan worden aan ernstige gebitsslijtage. Het Zorginstituut overweegt voorts echter dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet kan worden geconcludeerd dat bij verzoeker sprake is van ernstige gebitsslijtage in de zin van de criteria, zoals geformuleerd in het protocol van het college van adviserend tandartsen (CAT), en dat ook geen sprake is van een ernstige functiestoornis. Het Zorginstituut concludeert daarom dat in de situatie van verzoeker niet kan worden gesproken van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis dan wel een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Verzoeker heeft om die reden geen verzekeringsindicatie voor de aangevraagde tandheelkundige behandeling. Het Zorginstituut adviseert tot afwijzing van het verzoek. De commissie ziet in de argumenten van verzoeker geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken en maakt de conclusie hiervan daarom tot de hare. Het feit dat de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar verzoeker niet heeft opgeroepen voor het spreekuur maakt dit niet anders. De ziektekostenverzekeraar heeft gemotiveerd uiteengezet dat de beschikbare informatie, waaronder foto's van vóór en na de kaakchirurgische ingreep, voldoende duidelijk was om de aanvraag te beoordelen. Dat een nieuw contact met de adviserend tandarts, bij gebreke van nieuwe informatie na de beide eerdere contacten, evenmin zinvol is, kan de commissie volgen. Ten overvloede merkt de commissie op dat voor beoordeling door een onafhankelijke derde geen aanleiding is, gelet op het feit dat het Zorginstituut, als onafhankelijk adviseur van de commissie de zaak aan de hand van het beschikbare dossier heeft beoordeeld.

#### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 8.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg tot een maximum van € 500,- per kalenderjaar. Niet in geschil is dat deze vergoeding intussen door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker is verleend. Verzoeker heeft geen aanspraak op een hoger bedrag.

#### *Slotsom*

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### 9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 september 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

### **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](http://www.rechtspraak.nl).*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering



**Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg wordt verrekend met het eigen risico, behalve als u deze zorg binnen ketenzorg ontvangt.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetiek buiten ketenzorg als u al zorg binnen ketenzorg ontvangt van een zorggroep voor dezelfde aandoening. Dat kan alleen als sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een andere, gerichte indicatie;
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetiek als die niet met een geneeskundig doel is gegeven, zoals bijvoorbeeld dieetadviezen in verband met afslanken of sport zonder dat daarvoor een medisch doel is of een medische 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 ge-

handicapt, 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, groeistoornis 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-  
stoornis of verworven afwijking van het tand-  
kaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder  
B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundi-  
ge 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 risi-  
co.
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het  
kunstgebit (volledige gebitsprothese) die op  
een tandheelkundig implantaat wordt vastge-  
maakt. 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 groei-  
stoornis van het tand-kaak-mondstelsel  
waarbij medebehandeling van andere discipli-  
nes dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel  
A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risi-  
co.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
- Reparatie of vervanging van een beugel door  
eigen schuld (codes F811B\* en F811C\*)

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

##### Algemeen

- Als bij een gecombineerde orthodontische en  
kaakchirurgische behandeling prothetische na-  
behandeling noodzakelijk is, moet een multi-  
disciplinair 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, ortho-

dontist of een bevoegde zorgverlener die ver-  
bonden 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 Bijzon-  
dere Tandheelkunde (C.B.T.);
- Als sprake is van een tandheelkundige behan-  
deling onder algehele anesthesie of sedatie  
wordt deze verleend door een bevoegde zorg-  
verlener:
  - in een door Centraal Overleg Bijzondere  
Tandheelkunde (COBIJT) erkend Centrum  
voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
  - waarmee wij voor deze behandeling af-  
spraken hebben gemaakt.

##### Verwijzing

Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige  
implantaten, hebt u voor aanvang van de behan-  
deling 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 no-  
dig 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 no-  
dig voor orthodontie in bijzondere gevallen  
(B.12.3.). Bij de aanvraag voor de akkoordver-  
klaring 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:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, zo nodig vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. verwijderen van tandsteen;
- d. aanbrengen van fluoride maximaal 2x per jaar bij kinderen vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen (dus niet het melkgebit);
- e. aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealingfissuurlak);
- f. behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
- g. verdoving (lokale anesthesie);
- h. behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- i. 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;
- o. Intake nieuwe patiënt.

### 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).
  - orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code J39).
- 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).
- het hoofd van een team dat het specifieke opleidingstraject heeft gevolgd en aantoonbare specifieke deskundigheid heeft, als het gaat

om het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), code J39.

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);
  - het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), code J39. De aanvraag wordt gedaan door het hoofd van het behandelteam met het speciale aanvraagformulier voor deze behandeling.
- 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 (immediaat-) 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 (chirurgie aan de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees);
  - het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
  - ongecompliceerde extracties;
  - een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71\*, G72 en G73\*). Het betreft een hulpmiddel bij apneu;
  - orthodontie die onder de fronttandvervanging valt (zie artikel B.14.e.) als deze nodig is als gevolg van het plaatsen van auto-transplantaten.
- U hebt geen hogere aanspraak dan waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven.
- Uit dit artikel vergoeden wij niet:
  - de wettelijke eigen bijdrage van 25% voor

een kunstgebit (volledige prothese), immediaatprothese, vervangingsprothese of overkappingsprothese;

- de wettelijke eigen bijdrage van 10% voor reparatie en/of rebasen van uw volledige gebitsprothese;
- de wettelijke eigen bijdrage van 10% voor een overkappingsprothese op een implantaat voor de onderkaak, van 8% voor de overkappingsprothese op een implantaat voor de bovenkaak of van 17% voor een uitneembaar kunst gebit in combinatie met een kunstgebit op implantaten.

In een aanvullende verzekering kan deze zorg wel verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

## Voorwaarden

### Algemeen

Een opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met de specialistische chirurgische mondzorg.

### Zorgverlener

- De medisch specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.14.a. wordt verleend door een kaakchirurg.
- De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.14.b. wordt verleend door:
  - een tandarts of
  - een tandprotheticus of
  - een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
- een tandprotheticus als het gaat om:
  - het maken en het leveren van een nieuwe, uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten of op natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen);
  - het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige gebitsprothese van de boven- en/of onderkaak (al dan niet op tandheelkundige implantaten), niet op natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen).
- De mondzorg met betrekking tot de volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt, zoals genoemd in artikel B.14.c., wordt verleend door:
  - een tandarts, of
  - een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
  - een tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen naar een tandprotheticus.
- De mondzorg voor verzekerden tot en met 22 jaar met betrekking tot het vervangen van tan-

den en het plaatsen van tandheelkundige implantaten zoals genoemd in artikel B.14.e., wordt verleend door:

- o een tandarts, of;
- o een kaakchirurg als het gaat om het plaatsen van implantaten.

### Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een tandarts, orthodontist of huisarts als u mondzorg nodig hebt van een kaakchirurg of een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- het gaat om deze zorg door een kaakchirurg:
  - o behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
  - o het trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
  - o een kaakoperatie (osteotomie).

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.

- het gaat om verzekeren tot en met 22 jaar voor het vervangen van tanden (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 gevolg van een ongeval vóór uw 18e jaar. Dit geldt ook in situaties waarbij:
  - o een tand door een ongeval zodanig breekt dat er alleen nog een klein worteldeel achter blijft. Om de kaakgroei niet te verstoren wordt verwijderen van resterende worteldeel uitgesteld. Dit moet dan later alsnog verwijderd worden omdat er geen prothetische constructie op kan worden geplaatst.
  - o een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op behoud van de tand klein is.

Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld en het resterende worteldeel of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat;

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts of tandprotheticus meer dan € 650,- per kaak bedragen;

- de volledige boven- en/of onderprothese (al dan niet op tandheelkundige implantaten) binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke volledige gebitsprothese en de uitbreiding gedeeltelijke gebitsprothese van kunsthars of frame gebitsprothese met element(en) tot volledige gebitsprothese.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan moet u ook vooraf bij ons een akkoordverklaring hebben aangevraagd als:

- het gaat om het vaste gedeelte van de suprastructuur (voor bevestiging van de uitneembare prothese op implantaten) en de uitneembare prothese (het klikgebit). Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt.
- het gaat om reparatie en/of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten (het klikgebit).
- het gaat om reparatie of vervanging van het vaste gedeelte van de suprastructuur op de implantaten en/of het deel van de suprastructuur in de prothese.

Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.

### Tarieven

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

## B.15. Medicijnen

### B.15.1. Medicijnen algemeen

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat (het leveren van en adviseren over) medicijnen (geneesmiddelen) die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Daarbij gaat het om bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl).

(zoek in de titel op 'Regeling zorgverzekering', klik deze regeling vervolgens aan en scroll dan links onder hoofdstuk 8 naar bijlage 1 of 2)

Het Reglement Farmacie is onderdeel van deze voorwaarden. In dit Reglement staat de lijst Medicijnen van bijlage 2 Regeling zorgverzekering.

Het Reglement Farmacie en de Lijst voorkeursmedicijn kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

Waar wij het begrip "geneesmiddel(en) of medicatie" gebruiken, bedoelen wij medicijn(en) en andersom.

## Voorwaarden

### Algemeen

De zorg vindt plaats volgens de doelstellingen, behandelprotocollen en richtlijnen van de beroepsvereniging of het register waarbij de behandelend zorgverlener is aangesloten.

### Zorgverlener

De behandelingen worden uitsluitend gegeven door een therapeut of arts die lid is van een door ons erkende beroepsvereniging voor alternatieve geneeswijzen of psychosociale zorg en een volgens de Plato-eisen erkende opleiding Medische, of Psychosociale Basiskennis (MBK of PsBK) heeft afgerond.

Een lijst met door ons erkende beroepsverenigingen kunt u vinden op onze website.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

### Tarieven

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

## D.7.2. Alternatieve medicijnen

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden antroposofische en homeopathische medicijnen en producten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Zelfzorgmedicijnen die volgens de Regeling zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen, vergoeden wij ook niet als alternatief medicijn. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl).
- Eigen risico is niet van toepassing.

## Voorwaarden

In artikel B.15.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw medicijnen op grond van de zorgverzekering. Deze gelden ook voor dit artikel D.7.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

### Algemeen

- De medicijnen en producten zijn volgens de Geneesmiddelenwet geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische medicijnen;
- De medicijnen en producten zijn opgenomen in de G-Standaard van de Z-Index. Deze kunt u vinden op [www.z-index.nl/g-standaard](http://www.z-index.nl/g-standaard).

### Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apothekhoudend huisarts of internetapotheek.

### Behandelaanbod

Een door ons erkende alternatieve zorgverlener heeft vastgesteld dat de medicijnen medisch noodzakelijk zijn.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

### Tarieven

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

## D.8. Mondzorg

### D.8.1. Mondzorg algemeen

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Uit de artikelen D.8.1. tot en met D.8.6. vergoeden wij mondzorg.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
  - Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71\*, G72 en G73\*). Het betreft een hulpmiddel tegen snurken;
  - Kosten van mondzorg die naar hun aard deel uitmaken van de zorgverzekering en waarvoor voorafgaand aan de behandeling een akkoordverklaring afgegeven moet zijn. Uitdrukkelijk noemen wij de volgende prestatiecodes:
    - A20: behandeling onder algehele anesthesie (narcose) of sedatie (roesje);
    - X611: behandeling onder intraveneuze (injectie) sedatie (roesje);
    - X631: behandeling onder algehele anesthesie (narcose);
    - B10, B11 en B12: sedatie door middel van een roesje (lachgassedatie). Sedatie is het verlagen van de staat van het bewustzijn van een patiënt met het doel een medische procedure of ingreep aangenamer te maken;
    - A30: voorbereiding behandeling onder algehele narcose;
    - U05\*, X731\* en X831\*: tijdtarieven begeleiding moeilijk behandelbare patiënt.

- ten; het betreft hier de behandeling in het kader van mondzorg van bijzondere zorggroepen;
- X21: maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT) bij verzekerden tot 18 jaar;
  - J39: plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten) bij verzekerden tot 18 jaar.
- o E97: kosten van het uitwendig bleken van tanden;
  - o Myofunctionele apparatuur (bijvoorbeeld Trainers) met de code G74\*;
  - o behandeling van witte vlekken (codes M80\* en M81\*);
  - o F811A\*: reparatie of vervanging van beugel door eigen schuld.
- Eigen risico is niet van toepassing.

### Voorwaarden

#### Zorgverlener

- een tandarts;
- een mondhygiënist;
- een tandprotheticus;
- een zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg;
- een zorgverlener die verbonden is aan een instelling voor jeugdtandverzorging.

#### Behandelaarsvoorstel

Een tandarts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

#### Tarieven

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

### D.8.2. Kronen, bruggen en inlays

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van kronen, bruggen en inlays. Dit is inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van onderstaande vergoedingsvormen:

- Maximumbedrag

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding per jaar, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Maximum bedrag en bepaalde leeftijd

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding per jaar, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Groeivergoeding en maximum bedrag

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering staat dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag vergoeden dat jaarlijks groeit, dan groeit uw vergoeding ieder jaar met een bedrag dat op uw Vergoedingen Overzicht staat; ook het maximum te bereiken bedrag staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Voorbeeld “maximum bedrag en groeivergoeding”:

U hebt bij ons een aanvullende verzekering met een groeivergoeding voor onder andere kronen, bruggen en inlays. Die aanvullende verzekering is op 1 januari 2020 ingegaan. Op dat moment is de maximale vergoeding voor deze mondzorg € 300,-. U dient een rekening in van € 200,-. Omdat dit bedrag lager is dan de maximum vergoeding van 2020, vergoeden wij deze rekening helemaal. Er blijft in totaal nog € 100,- over voor 2020.

Op 1 januari 2021 groeit de vergoeding voor de 1e keer met € 300,-. U hebt uit 2020 nog € 100,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 400,- voor 2021. U dient dat jaar geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2022 groeit de vergoeding voor de 2e keer met € 300,-. U hebt uit 2021 nog € 400,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 700,- voor 2022. U dient dat jaar ook geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2023 groeit de vergoeding voor de 3e keer, maar nu met € 200,- omdat daarmee het maximum bedrag van € 900,- wordt bereikt. U dient dat jaar ook geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2024 groeit de vergoeding niet omdat het maximale bedrag van € 900,- al is bereikt. U dient dat jaar een rekening in van € 1.100,-. Wij vergoeden van deze rekening € 900,- (uw volledige maximale vergoeding wordt opgebruikt). Er blijft dus € 200,- voor uw eigen rekening.

Op 1 januari 2025 start/groeit de vergoeding weer met € 300,- zodat uw maximale vergoeding € 300,- voor 2025 wordt. De € 200,- die in 2024 voor uw eigen rekening is gebleven, wordt uiteraard nu ook niet vergoed omdat de behandeling in een ander jaar plaatsvond.



### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Eigen risico is niet van toepassing.

### Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

#### Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "R".

#### Zorgverlener

Een tandarts verleent de zorg.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

#### Tarieven

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

### D.8.3. Kunstgebit en implantaten

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van mondzorg:

- a. kunstgebit (uitneembare, gedeeltelijke gebitsprotheses);
- b. de wettelijke eigen bijdragen die u volgens uw zorgverzekering zelf moet betalen voor:
  - een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprotheses), niet geplaatst op implantaten;
  - een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprotheses), geplaatst op implantaten en het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem);
- c. implantologie die niet onder artikel B.12.2. van de zorgverzekering wordt vergoed. En de suprastructuur als deze niet onder artikel B.14. van de zorgverzekering wordt vergoed.

Bij alle genoemde vergoedingen gaat het om de tandheelkundige prestaties en bijbehorende materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van de verschillende vergoedingsvormen die zijn beschreven in artikel D.8.2. onder 'Zorg: waar bent u voor verzekerd'.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- In de zorgverzekering kunnen delen van deze, of soortgelijke zorg al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In de artikelen B.12.2., B.13. en B.14. kunt u lezen of u daar recht op hebt.
- Eigen risico is niet van toepassing.

### Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

#### Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "P" of "J".

De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

#### Zorgverlener

- Een tandarts, een tandprotheticus of bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde verleent de zorg.
- Een kaakchirurg, verbonden aan een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

#### Verwijzing

Verwijzing van een tandarts is nodig als prothetische zorg verleend wordt door een tandprotheticus. Het gaat dan om zorg die aangeduid is met P-codes en/of J-codes bij verzekerden die nog eigen tanden en/of tandheelkundige implantaten hebben.

Verwijzing van een tandarts is ook nodig als de implantologische zorg geleverd wordt door een kaakchirurg.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

#### Tarieven

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

### D.8.4. Overige mondzorg

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden overige vormen van mondzorg, voor zover die zorg niet is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- In de zorgverzekering kunnen onderdelen van deze of van soortgelijke zorg al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In de artikelen B.13. en B.14. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent.
- Eigen risico is niet van toepassing.

### Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

#### Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van andere prestatiecodes dan zijn genoemd in artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6. De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

#### Zorgverlener

Een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus of andere bevoegde zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of instelling voor jeugdtandverzorging verleent de zorg;

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

#### Tarieven

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

### D.8.5. Orthodontie

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden orthodontie, inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van onderstaande vergoedingsvormen:

- Maximumbedrag

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij orthodontie tot een maximum bedrag vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Maximum bedrag en bepaalde leeftijd  
Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij orthodontie tot een maximum bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt en tot de genoemde leeftijd of vanaf de genoemde leeftijd.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Artikel C.9.3. is niet van toepassing op de vergoeding van orthodontie uit dit artikel.
- Eigen risico is niet van toepassing.

### Wachttijd

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat er een wachttijd geldt? U kunt dan gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie, als u deze aanvullende verzekering minimaal 1 jaar (365 dagen) hebt. Deze wachttijd geldt per verzekerde.

Voorbeeld:

U sluit een nieuwe aanvullende verzekering af waarin orthodontie is opgenomen met een wachttijd van 1 jaar. Deze aanvullende verzekering gaat in op 15 maart 2022. U kunt dan vanaf 15 maart 2023 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie.

De wachttijd geldt niet voor kinderen tot en met 17 jaar die meeverzekerd worden of zijn op uw aanvullende verzekering met orthodontie.

Deze aanvullende verzekering moet dan tenminste 1 jaar hebben gelopen.

Voorbeeld:

U bent vanaf 1 maart 2021 verzekerd met een aanvullende verzekering waarin orthodontie is opgenomen. Per 1 januari 2022 worden uw partner van 40 jaar en uw kind van 12 jaar meeverzekerd op uw polis met dezelfde aanvullende verzekering. U bent de verzekeringnemer en uw partner en kind zijn dus medeverzekerden.

Uw kind kan vanaf 1 maart 2022 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie omdat u dan 1 jaar deze aanvullende verzekering hebt. Voor uw partner geldt wel een wachttijd van een volledig jaar. Uw partner kan vanaf 1 januari 2023 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie.

## Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

### Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking orthodontie, door middel van prestatiecodes die beginnen met:

- de letter "F",
- eindigen met de letter "A" en
- 3 cijfers daar tussenin.

Voorbeeld

"F121A" voor "eerste consult".

Voor de materiaal- en techniekkosten die bij deze zorg horen is een "\*" toegevoegd aan de genoemde prestatiecode(s).

### Zorgverlener

Een tandarts of een orthodontist verleent de zorg.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

### Tarieven

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

## D.8.6. Mondzorg bij ongeval

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden mondzorg, voor zover die zorg is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4. als sprake is van "ongevallenzorg" zoals bedoeld in artikel C.12.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Behandelingen bijzondere tandheelkunde en/of kaakchirurgie vallen onder de dekking van de basisverzekering (zie artikelen B.4., B.12., B.13. en B.14.).
- Wij vergoeden niet:
  - de kosten van mondzorg die het gevolg zijn van het nuttigen van voedsel of drank;
  - orthodontie.
- Eigen risico is niet van toepassing.

## Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

### Algemeen

- De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg door middel van prestatiecodes genoemd in artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4.
- De behandeling is afgerond binnen 2 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, omdat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van een tijdelijke behandeling.
- Er is geen recht op vergoeding van de aangevraagde behandeling, als er al een behandelindicatie aanwezig was voor het ongeval, of als er sprake is van uitgestelde zorg.

### Akkoordverklaring

Zie artikel C.12. Onderstaande voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af:

- Een akkoordverklaring is nodig voorafgaand aan de behandeling en binnen 3 maanden na het ongeval.
- De aanvraag bevat een schriftelijk behandelplan en begroting van de tandarts of kaakchirurg en is opgesteld volgens de NMT Praktijkrichtlijn Tandletsel. Deze praktijkrichtlijn maakt deel uit van deze voorwaarden en staat op onze website.

### Tarieven

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

## D.8.7. Tandartsvergoeding meenemen

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Met uw aanvullende verzekering neemt u 100% tot maximaal € 250,- van uw ongebruikte dekking voor tandartskosten mee naar een volgend polisjaar.

### Let op!

- De meegenomen vergoeding die niet is gebruikt, vervalt het jaar daarop.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

## Voorwaarden

### Algemeen

- Om gebruik te kunnen maken van de meegenomen vergoeding moet u dit polisjaar en volgend polisjaar een aanvullende verzekering hebben waarin vergoeding voor tandartskosten is opgenomen;

- De vergoeding uit uw huidige aanvullende verzekering wordt als eerste gebruikt. Daarna wordt de meegenomen ongebruikte vergoeding uit het voorgaande jaar gebruikt;
- Als u aansluitend overstapt naar een andere aanvullende verzekering met vergoeding voor tandartskosten dan behoudt u nog 1 jaar de meegenomen vergoeding van het jaar daarvoor;
- Als u aansluitend overstapt naar een andere aanvullende verzekering zonder vergoeding voor tandartskosten dan neemt u geen ongebruikte vergoeding mee naar een volgend polisjaar;
- Wijzigingen in de vergoeding voor tandartskosten die door ons zijn doorgevoerd op uw aanvullende verzekering hebben geen invloed op uw meegenomen vergoeding.

### Voorbeeld 1:

U behoudt dezelfde aanvullende verzekering en u hebt tandartskosten gehad:

- U bent in 2021 verzekerd voor tandartskosten tot maximaal € 500,- per jaar. U hebt in 2021 € 150,- vergoed gekregen aan tandartskosten. U hebt dus € 350,- niet gebruikt. U neemt dan maximaal € 250,- mee naar 2022. Hierdoor bent u in 2022 verzekerd voor € 750,-
- In 2022 declareert u € 600,- aan tandartskosten. Eerst wordt de € 500,- uit uw huidige aanvullende verzekering vergoed. Daarna wordt € 100,- uit uw meegenomen vergoeding uit 2021 vergoed.
- De overige € 150,- van uw meegenomen vergoeding vervalt per 2023. Als u dezelfde aanvullende verzekering behoudt, bent u per 2023 dus verzekerd voor tandartskosten tot € 500,-.

### Voorbeeld 2:

U behoudt dezelfde aanvullende verzekering en u hebt geen tandartskosten gehad:

- U bent in 2021 verzekerd voor tandartskosten tot maximaal € 500,- per jaar. U hebt in 2021 geen tandartskosten. U neemt dan maximaal € 250,- mee naar 2022. Hierdoor bent u in 2022 verzekerd voor € 750,-.
- Ook in 2022 hebt u geen tandartskosten gemaakt. Omdat de meegenomen vergoeding uit 2021 per 2022 vervalt, neemt u alleen de maximale vergoeding van € 250,- uit 2022 mee naar 2023. Als u dezelfde aanvullende verzekering behoudt, bent u per 2023 dus verzekerd voor tandartskosten tot € 750,-.

### Voorbeeld 3:

U stapt over naar een andere aanvullende verzekering met vergoeding voor tandartskosten:

- U bent vanaf 2021 verzekerd voor tandartskos-

ten tot maximaal € 500,- per jaar. U hebt in 2021 € 300,- vergoed gekregen. U neemt dus in deze aanvullende verzekering € 200,- mee naar 2022.

- Maar, per 01-01-2022 beëindigt u deze aanvullende verzekering en sluit een andere aanvullende verzekering af waarin ook vergoeding voor tandartskosten is opgenomen.
- In uw nieuwe aanvullende verzekering is € 1.150,- per jaar opgenomen voor tandartskosten. Omdat u nog € 200,- over hebt uit 2021, bent u in 2022 verzekerd voor tandartskosten tot € 1.350,-.

### Voorbeeld 4:

U stapt over naar een andere aanvullende verzekering zonder vergoeding voor tandartskosten:

- U bent vanaf 2021 verzekerd voor tandartskosten tot maximaal € 500,- per jaar. U hebt in 2021 € 300,- vergoed gekregen. U neemt dus in deze aanvullende verzekering € 200,- mee naar 2022.
- Maar, per 01-01-2022 beëindigt u deze aanvullende verzekering en sluit u een andere aanvullende verzekering af waarin per 2022 geen vergoeding voor tandartskosten meer is opgenomen.
- U behoudt de € 200,- meegenomen vergoeding uit 2021 niet omdat u kiest voor een aanvullende verzekering zonder vergoeding voor tandartskosten. U voldoet niet aan de voorwaarden om de ongebruikte dekking voor tandartskosten mee te nemen.

### Voorbeeld 5:

Wij passen uw aanvullende verzekering aan:

- U bent vanaf 2021 verzekerd voor tandartskosten tot maximaal € 500,- per jaar. U hebt in 2021 € 300,- vergoed gekregen. U neemt dus in deze aanvullende verzekering € 200,- mee naar 2022.
- Per 01-01-2022 schrappen wij de dekking voor tandartskosten in uw aanvullende verzekering. Dit heeft geen invloed op de vergoeding die u uit 2021 meeneemt. U kunt in 2022 dus nog gebruik maken van de meegenomen € 200,- uit 2021.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

### Tarieven

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

---

# 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.