

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202500389

Partijen

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

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij bericht in het portaal van SKGZ van 26 augustus 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 29 september 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 2 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 december 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker heeft bij brief van 4 december 2025 en bericht van 8 december 2025 aanvullende informatie overgelegd. Deze informatie is op 9 december 2025 in kopie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, met de mogelijkheid hierop tijdens de hoorzitting te reageren.
- 1.4. Bij brief van 22 december 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025028579) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 december 2025 aan partijen gezonden.
- 1.5. Verzoeker heeft op 27 januari 2026 nogmaals aanvullende informatie gestuurd, die dezelfde dag per abuis niet in afschrift naar de ziektekostenverzekeraar is gegaan, maar naar verzoeker zelf.
- 1.6. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 februari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar alsnog de gelegenheid moest krijgen om op de nagekomen stukken van 27 januari 2026 te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 maart 2026 een aanvullende reactie gegeven, die op 6 maart 2026 ter kennisname aan verzoeker is gezonden.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 6 maart 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 22

december 2025 aanpassing heeft. Bij brief van 12 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Verzoeker heeft bij bericht in het portaal van SKGZ van 16 maart 2026 gevraagd om aanvullende informatie van het Zorginstituut, welk bericht op 17 maart 2026 is doorgezeten naar het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft hierop bij brief van 24 maart 2026 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 25 maart 2026 ter kennisname aan partijen gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend drie sterren en Aanvullend Tand twee sterren (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. De behandelend implantoloog heeft ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor zes implantaten met een uitneembare prothese. In verband hiermee zijn zogenoemde 'abutments' nodig. De implantoloog heeft de kosten hiervan begroot op € 193,-- per 'multi-unit-abutment'.
- 2.3. Op 16 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar via het Machtigingenportaal aan de implantoloog meegedeeld dat de kosten van de 'abutments' worden gemachtigd tot een bedrag van € 51.-- per stuk.
- 2.4. Verzoeker heeft de kwestie hierop voorgelegd aan SKGZ, waarna de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bemiddeld. De ziektekostenverzekeraar heeft via de Ombudsman Zorgverzekeringen aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 2.5. Bij brief van 22 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 12 maart 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 24 maart 2026 heeft het Zorginstituut een aanvullende reactie gegeven.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de 'multi-unit-abutments' alsnog volledig te vergoeden.
- 3.2. Hij heeft hiertoe in het bericht aan SKGZ van 26 augustus 2025 aangevoerd dat het vervaardigen van een steg op bone-level, zoals de ziektekostenverzekeraar voorstelt, malpraxis is. Een en ander is uitgebreid beschreven en hierover is veel literatuur beschikbaar. Indien er geen tissue-level implantaten kunnen worden aangebracht, zoals in de onderhavige casus, maar er dient te worden gekozen voor bone-level implantaten, moeten deze goed worden afgesloten om micro-lekkage en daarmee botverlies in de toekomst te voorkomen. Dit is de reden dat er 'multi-unit abutments' worden geplaatst. In de procedure die de ziektekostenverzekeraar voorstelt wordt er een steg op zes implantaten op bone-level geplaatst, die geen gebruik maakt van de interne connectie en hierdoor – en door de misfit – forse lekkage veroorzaakt, gevolgd door botverlies en peri-implantatitis.

- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat in het verleden uitspraken van de commissie zijn geweest als gevolg waarvan wijzigingen hebben plaatsgevonden in de vergoeding. Hij wil graag een splitsing maken tussen het gebruik van multi unit abutments en de vraag of deze bij hem nodig waren. Alle bone-level implantaten zijn gemaakt om op botniveau te implanteren. In het begin waren deze bedoeld voor solitaire voorzieningen. Er is een interne verbinding waarmee het implantaat wordt afgesloten. Als de implantaten meer dan zes graden afwijken past het er niet in. Daar zijn multi unit abutments voor bedoeld. Hierdoor is het implantaat dicht. Uit financiële overwegingen zijn implantologen de implantaten recht op de steg gaan plaatsen. De praktijk wordt als gevolg hiervan dagelijks geconfronteerd met botverlies bij implantaten. Dit betekent dat het implantaat verloren is, dat het eruit gehaald moet worden en dat er botopbouw moet zijn. Bij het CAT zijn er drie hoogleraren geraadpleegd. Twee hoogleraren zijn het erover eens dat multi unit abutments een meerwaarde hebben, en de derde heeft alleen het verschil aangegeven tussen rechte en gehoekte multi units. Het financieel belang was groot en het CAT heeft toen gezegd dat het niet noodzakelijk is. Iedereen is het erover eens dat het implantaat afgesloten moet worden. De vraag moet worden beantwoord wanneer bone-levels nodig zijn en wanneer kan worden volstaan met tissue-levels. Het gaat om mensen die zonder deze behandeling dental crippled zijn, zij kunnen een jaar lang moeilijk praten en eten. Bij verzoeker is er bestraling geweest. Er is op enig moment gezegd dat hij niet in de bovenkaak bestraald zou zijn, maar de maxilla is zeker wel bestraald. Daardoor is er geen speekselvorming meer. Zonder tanden en speeksel is er geen vastzittende prothese. Daarom had verzoeker een indicatie voor implantologie. Hij is gezien in Maastricht en de hoogleraar aldaar durfde niet de implanteren. Om die reden is hij bij de huidige behandelaar terecht gekomen. De bestraling heeft een enorm gevolg op de genezing van het bot. Implantologie was geïndiceerd, in het achterste implantaat is een botopbouw geweest. Verzoeker heeft twee problemen. De botgenezing is in ieder geval veel langzamer. Een implantaat moet vastgroeien. Daarom konden geen tissuelevel implantaten worden gebruikt. Verder heeft hij een heel droge mond waardoor hij zijn tanden heeft verloren. Een mond zonder speeksel reinigen is vele malen moeilijker waardoor de kans op peri-implantitis toeneemt. Het gaat om een verworven afwijking, maar deze indicatie is zeer duidelijk.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker voor de 'abutments' geen hogere vergoeding ontvangt dan € 51,-- per stuk. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen aangevoerd dat de techniekkosten van € 193,-per 'abutment' (6 stuks) in eerste instantie wel volledig zijn betaald. Dat was na ontvangst van de rechtstreeks (via Infomedics) gedeclareerde kosten op 20 februari 2025. Op 26 mei 2025 is deze vergoeding gecorrigeerd naar € 51,- per 'abutment', de maximale vergoeding voor de techniekkosten van 'abutments'. Dit staat duidelijk vermeld in de eerste machtiging uit oktober 2024, waarover verzoeker ook een brief heeft ontvangen. Op 16 januari 2025 ontving de ziektekostenverzekeraar een nieuwe aanvraag, speciaal voor de techniekkosten van de 'abutments', die volgens de declaratie op 14 januari 2025 zijn geplaatst. Ook die aanvraag wees de ziektekostenverzekeraar af. Volgens de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar blijkt uit beide aanvragen niet dat verzoeker noodzakelijkerwijs op deze 'multi-use-abutments' is aangewezen en dat hier medisch gezien niet kan worden volstaan met andere, minder kostbare 'abutments'. De extra techniekkosten van de 'multi-use-abutments', voor zover deze boven de € 51,-- uitstijgen, beschouwt de ziektekostenverzekeraar niet als doelmatig. Daarom bestaat geen recht op vergoeding van deze extra techniekkosten vanuit de zorgverzekering.
- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 2 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat in art. B.10 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voor vergoeding van techniek- en materiaalkosten maximumbedragen worden gehanteerd. Voor 'abutments' (tandvleesvormers, JO42 en JO43) is dit een maximumbedrag van € 51,-. Dit bedrag is ook terug te vinden op de website van de ziektekostenverzekeraar of kan worden opgevraagd. Deze

maximumvergoeding voor de materiaalkosten van ‘abutments’ is vastgesteld op basis van marktonderzoek. Verzoeker stelt dat de door de ziektekostenverzekeraar gemachtigde behandeling malpraxis is en dat hierover veel literatuur beschikbaar is. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat er geen vindplaatsen van deze literatuur worden genoemd. Hij verwijst in dit verband naar de Toetsingsrichtlijnen Implantologie Edentate Bovenkaak (aangepast april 2024). Daaruit volgt dat voor het standaard toepassen van ‘multi-unit-abutments’ (tussenabutments) geen rationale is. Als er een gegronde klinische indicatie bestaat om ‘multi-unit-abutments’ in een individuele casus te gebruiken, moeten deze gemotiveerd worden aangevraagd. Uit de aangeleverde informatie is echter niet gebleken dat het gebruik van ‘multi-unit-abutments’ in het geval van verzoeker de enige optie was. Gelet op het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar van mening dat hij terecht de vergoeding voor techniekkosten bij de implantaatbehandeling heeft beperkt.

- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat volgens verzoeker binnen de beroepsgroep geen twijfel zou bestaan dat multi unit abutments in zijn algemeenheid moeten worden gebruikt. Er zijn wel degelijk mensen die de voordelen hiervan zien, maar anderen zien hiervan minder de voordelen. Er is geen consensus over of deze abutments in zijn algemeenheid moeten worden gebruikt. Daarom stelt de ziektekostenverzekeraar dat deze best in bepaalde gevallen een meerwaarde kunnen hebben, maar dan moet dit worden onderbouwd. Het is de taak van een zorgverzekeraar om te beoordelen of sprake is van een verzekeringsindicatie in een individueel geval. Daarbij is hij afhankelijk van de beroepsgroep. Als de beroepsgroep het unaniem, althans in grote meerderheid, erover eens is dat de consensus er is en dat deze moet worden gebruikt zal dit worden gevolgd, maar dat is nu nog niet het geval. Bij de oorspronkelijke aanvraag was een plaatje gevoegd van het bestralingsveld. Hierop zag de tandheekkundig adviseur niet een bestralingsveld in de bovenkaak. Hierover is verder ook niet gesproken. De aanvraag kwam min of meer kaal binnen, zonder verdere toelichting. Er zat 2 mm in de sinus en daarvoor is naar de mening van de tandheekkundig adviseur geen bonelevel geïndiceerd. Nog steeds kan de tandheekkundig adviseur niet volgen waarom geen tissuelevel geplaatst. De toelichting daarop heeft zij niet gezien of gehoord. Er is literatuur die zegt dat het beter is, sommigen zeggen dat het niet beter is, anderen zeggen dat het geen meerwaarde heeft. Het lijkt erop dat er wel enige voordelen zijn. De ziektekostenverzekeraar kan niet een internationale consensus tot stand kan brengen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 22 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is tandheekkundig en juridisch beoordeeld. In de brief van 9 december 2025 vraagt SKGZ het Zorginstituut te beoordelen of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op multi-unit abutments.

Voor de verbinding tussen het implantaat en de prothese kunnen reguliere abutments of multi-unit abutments worden gebruikt. Gelet op de Toetsingsrichtlijn van het CAT dienen multi-unit abutments klinisch geïndiceerd te zijn in het individuele geval. Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt echter niet dat de behandelend tandarts-implantoloog argumenten heeft aangevoerd waaruit volgt dat het gebruik van multi-unit abutments in het specifieke geval van verzoeker noodzakelijk was. Verzoeker was hierdoor niet redelijkerwijs aangewezen op het gebruik van multi-unit abutments.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op multi-unit abutments.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker was niet redelijkerwijs aangewezen op multi-unit abutments.”

- 5.2. In het definitief advies van 12 maart 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies van 22 december 2025 te herzien. In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut beoordeeld dat in het specifieke geval van verzoeker niet gebleken is dat het gebruik van multi-unit abutments in de bovenkaak noodzakelijk was. De vertegenwoordiger van verzoeker heeft tijdens de hoorzitting onder meer aangevoerd dat verzoeker in de bovenkaak is bestraald en dat belasting van dit bot een aanzienlijk grotere kans op verlies met zich brengt. Dit maakt het gebruik van multi-unit abutments, volgens hem, noodzakelijk. Het argument van de vertegenwoordiger van verzoeker leidt echter niet tot een andere beoordeling door het Zorginstituut. De mondkanker in 2005 zat in de tongbasis en de bestraling is daarop gericht geweest. Uit de overgelegde afbeeldingen van het bestralingsgebied blijkt dat alleen de onderkaak binnen het bestralingsgebied valt. De bovenkaak behoort daarentegen niet tot het bestralingsgebied. Daarbij merkt het Zorginstituut op dat ook indien de bovenkaak wel binnen het bestralingsgebied zou zijn gevallen, daaruit niet zonder meer volgt dat het gebruik van multi-unit abutments noodzakelijk is. Dit dient per verzekerde afzonderlijk te worden beoordeeld. Voor zover de vertegenwoordiger van verzoeker heeft gewezen op het ‘grotere geheel’, merkt het Zorginstituut op dat in het kader van een geschil uitsluitend wordt beoordeeld of een individuele verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van zorg vanuit de basisverzekering. U kunt het voorlopig advies dan ook als definitief beschouwen.”

- 5.3. In zijn brief aan de commissie van 24 maart 2026 heeft het Zorginstituut aanvullend verklaard:

“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het aanvullende stuk van 16 maart 2026 van de vertegenwoordiger van verzoeker ontvangen, waarin hij vraagt om het rapport van de radiotherapeut waarop het Zorginstituut zich in de brief van 12 maart 2026 heeft gebaseerd. Het Zorginstituut merkt op dat de adviestaak, met het uitbrengen van het definitieve advies op 12 maart 2026, in deze zaak is afgerond. Deze reactie strekt dan ook niet tot heroverweging of aanvulling van het al uitgebrachte definitieve advies. Het Zorginstituut heeft zich bij zijn advisering gebaseerd op de stukken zoals die door partijen in het kader van de procedure zijn overgelegd, waaronder het radiotherapeutisch verslag met de scans zoals opgenomen in de nagekomen stukken die op 6 maart 2026 aan het Zorginstituut zijn toegestuurd door SKGZ (p. 41–44 in het toegezonden bestand, onderdeel van productie 5 van verweerder).”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' 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

- 7.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker aanspraak heeft op bijzondere tandheelkundige zorg, ten laste van de zorgverzekering, in het bijzonder het aanbrengen van een zestal implantaten met suprastructuur als steun voor een overkappingsprothese. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op daarbij te gebruiken 'multi-unit-abutments' in plaats van reguliere 'abutments', met de daarbij behorende – hogere – vergoeding. Gelet op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 22 december 2025 dienen 'multi-unit-abutments' klinisch geïndiceerd te zijn in het individuele geval. Die klinische indicatie blijkt in deze casus niet uit de beschikbare informatie in het dossier, zodat niet kan worden geconcludeerd dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op 'multi-unit-abutments'. Het voorlopig advies is bevestigd in het definitief advies van 12 maart 2026, nadat toegezonden nadere stukken van partijen door het Zorginstituut waren beoordeeld. De commissie ziet in de argumenten van verzoeker geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Dit leidt ertoe dat het verzoek wordt afgewezen.

Slotsom

- 7.3. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 april 2026,

B.L.A. van Drunen

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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, 2.6, 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.

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 tandheerkundig 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 tandheerkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheerkundige 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 tandheerkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheerkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheerkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheerkundige 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 tandheerkundige 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 tandheerkundige 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 tandheerkundige 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.

Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

Let op!

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts of verloskundige is geen eigen risico verschuldigd.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

- a. anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- b. geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- c. farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- d. geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- e. geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- f. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- g. zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- h. alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- i. homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- j. niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4](#) Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Mond en tanden (mondzorg)

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een combinatieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van [B.5](#) tot en met [B.12](#)) gaan wij hierop in.

B.5 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op deze behandeling.

Let op!

In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
3. U heeft een blijvende ontwikkelings- of groeistoornis die leidt tot een ernstige functiebeperking en deze is in ernst vergelijkbaar met een lip-, kaak- of verhemeltespleet (schisis).
4. Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van een kaakchirurg of van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
5. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting, lichtfoto's en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
6. U heeft alleen recht op vergoeding van de kosten van vacuümgevormde beugels/aligners als daar op grond van de beoordeling van uw individuele situatie een medische reden voor is of als de kosten van de behandeling met vacuümgevormde beugels/aligners niet hoger zijn dan die van de behandeling met andersoortige beugels.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening indien u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid.

B.6 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u recht op de volgende tandheelkundige behandelingen:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen. Wij moeten u hier wel vooraf toestemming voor hebben gegeven;
- e. sealing (afdichten groeven van kiezen);
- f. parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
- g. anesthesie (plaatselijke verdoving);
- h. endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- j. gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
- k. uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
- l. chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg;
- m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Deze moet bevoegd en bekwaam zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
2. Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, orthodontist, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of andere medisch specialist. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de volgende behandelingen: extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose, correctie van de kaak in combinatie met een extractie, osteotomie (kaakoperatie), kinplastiek als zelfstandige verrichting, pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw) en het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
3. U heeft alleen recht op het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel [B.5](#)). Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
4. Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel [B.5](#), [B.7](#), [B.10](#), [B.11](#) of [B.12](#)? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.
5. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven:
 - voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (X21);
 - voor autotransplantaten (de diagnostiek en het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies);
 - voor sealen in het melkgebit;
 - voor het sealen van meer dan 8 tanden en/of kiezen per jaar in het blijvende gebit (V30/V35);
 - als er meer dan 1 uur per jaar aan preventieve voorlichting/evaluatie van preventie nodig is (meer dan 12x (M01 en/of M02));
 - als er meer dan 30 minuten gebitsreiniging (meer dan 6x M03) per dag nodig is;
 - als er meer dan 1,5 uur gebitsreiniging (meer dan 18x M03) per jaar nodig is;
 - als er meer dan 6 vullingen (V71 t/m V74, V81 t/m V84, V91 t/m V95) per dag of 10 vullingen (V71 t/m V74, V81 t/m V84, V91 t/m V95) per jaar geplaatst moeten worden.

Uw zorgverlener kan toestemming bij ons aanvragen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

6. Diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat moeten uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05) en behandeling van witte vlekken (M80 en M81);
- b. orthodontie. Dit valt, met uitzondering van de bijzondere orthodontie zoals omschreven in artikel [B.5](#), niet onder de basisverzekering. Dit kan uit een aanvullende verzekering vergoed worden;
- c. implantaten. Deze vallen mogelijk onder artikel [B.7](#), [B.10](#), [B.12](#) of [D.14 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten](#) of kunnen uit een aanvullende tandartsverzekering vergoed worden;
- d. een therapeutische injectie met botox (G44);
- e. uitgebreid onderzoek ten behoeve van het opstellen, vastleggen en verstrekken van behandelplan aan de patiënt (C012).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Let op!

Reguliere orthodontische hulp valt niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar!

B.7 Fronttandvervangning voor verzekerden tot 23 jaar

Heeft u 1 of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die vervangen moeten worden, omdat deze tanden niet zijn aangelegd of omdat het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval en is deze indicatie aantoonbaar voor het 18e levensjaar gesteld? Dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen. Dit omvat onder andere een vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in het front.

Voorwaarden voor het recht op een fronttandbehandeling

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.
2. Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts.
3. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies);
- b. orthodontie om de ruimte van de ontbrekende tand(en) te sluiten. Dit kan eventueel uit een aanvullende verzekering vergoed worden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie

U heeft recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek. Dit eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis.

U heeft recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is in verband met kaakchirurgie. Zie hiervoor artikel [B.28](#).

Voorwaarden voor het recht op kaakchirurgie

1. Een kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist. Een mondhygiënist mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie van de slijmvliezen in de mond. Dit mag niet veroorzaakt worden door problemen aan gebitselementen of tandvlees. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze mond.
3. Wij moeten u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
 - extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose;
 - correctie van de kaak in combinatie met een extractie;
 - osteotomie (kaakoperatie);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw);
 - het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
 - plastische chirurgie.
4. Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. parodontale chirurgie;
- b. het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- c. een ongecompliceerde extractie.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige kunstgebitten en klikgebitten al dan niet op implantaten

U heeft recht op het laten maken, plaatsen, aanpassen en herstellen van de volgende kunstgebitten en klikgebitten:

- een uitneembaar volledig kunstgebit voor boven- en/of onderkaak (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- een tijdelijk uitneembaar volledig kunstgebit (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- een uitneembaar volledig overkappingskunstgebit op natuurlijke elementen (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- een volledig klikgebit op implantaten voor boven- en/of onderkaak en bevestigingsmaterialen, zoals drukknoppen en staven (wettelijke eigen bijdrage van 8% voor de bovenkaak en van 10% voor de onderkaak).

De eigen bijdrage voor een combinatie van een klikgebit op implantaten in de ene kaak en een niet implantaat-gedragen kunstgebit op de andere kaak (code J080) is 17%.

Laat u een volledig kunstgebit of klikgebit (a t/m d) repareren of rebasen? Dan geldt een wettelijke eigen bijdrage van 10%.

Wij hanteren maximumbedragen voor techniek- en materiaalkosten. Deze bedragen kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op uitneembare volledige kunstgebitten en klikgebitten

- Een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de behandeling uitvoeren.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts of kaakchirurg u hebben doorverwezen.
- Bij een tandtechnicus heeft u alleen recht op reparaties (dus niet rebasen) aan een uitneembaar volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak. U heeft hier alleen recht op als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in het kunstgebit waarbij de delen van het kunstgebit eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan het kunstgebit.
- Als de kunstgebitten genoemd onder a en c binnen 5 jaar of een tijdelijk kunstgebit (P023) genoemd onder (b) binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Laat u een volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak maken, plaatsen, aanpassen of herstellen? En zijn de techniek- en materiaalkosten hoger dan ons maximumbedrag? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Laat u een nieuw volledig klikgebit op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor de boven- en/of onderkaak maken? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Dit is niet nodig voor de reparatie en rebasing van een uitneembaar volledig klikgebit op implantaten dat ouder is dan 5 jaar of voor een eenvoudige reparatie van een klikgebit zonder staafdemonstratie en zonder afdruk (code J104) als die na 4 maanden na plaatsing van het klikgebit uitgevoerd wordt.
- Voor de "toeslag zeer ernstig geslonken kaak" (P044) moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Hier heeft u alleen recht op als u aanspraak heeft op implantaten (zie artikel [B.10](#)) maar deze niet geplaatst worden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen het volledige overkappingskunstgebit en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels).

B.10 Implantaten ter bevestiging van een uitneembaar volledig klikgebit

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? En is er sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak? Dan heeft u recht op de tandheelkundige implantaten die nodig zijn ter bevestiging van een uitneembaar volledig klikgebit.

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. Deze bedragen kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op implantaten ter bevestiging van een uitneembaar volledig klikgebit

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar een tandarts.
- Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op!

U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel [B.12](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Heeft u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap? En kunt u zonder tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie houden of verwerven, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking? Dan heeft u recht op tandheelkundige zorg.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
3. Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, huisarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.
4. U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.
5. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de zorg. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
6. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatholoog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

B.12 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op een tandheelkundige behandeling:

- a. als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening;
- b. als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening;
- c. als u een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een angststandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
3. Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, huisarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.
4. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
5. Narcose- of lachgasbehandelingen worden alleen vergoed als laatste middel in een angstreductietraject. De narcose- of lachgasbehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcose- en/of lachgasbehandelingen.
6. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatholoog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
7. Diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat moeten uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg.

Let op!

U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel [B.10](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Ogen en oren

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een combinatieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.13 Audiologisch centrum

13.1 Gehoorproblemen

Heeft u gehoorproblemen? Dan heeft u recht op zorg in een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- a. onderzoek doet naar uw gehoorfunctie;
- b. u adviseert over aan te schaffen gehoorapparatuur;
- c. u voorlichting geeft over het gebruik van de apparatuur;
- d. psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is.

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts, klinisch fysisch audioloog of triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

13.2 Spraak- en taalstoornissen bij kinderen

Heeft uw kind een spraak- of taalstoornis? Een voor dat doel gecontracteerd audiologisch centrum kan hulp bieden bij het stellen van een diagnose. Wilt u weten welke audiologische centra wij hiervoor hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts, klinisch fysisch audioloog of triage-audicien.