

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500960

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij bericht van 25 september 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 27 oktober 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 29 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 december 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 26 februari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025030170) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 27 februari 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 maart 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Op 27 en 30 maart 2026 heeft verzoeker aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 31 maart 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 8 april 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 10 april 2026 aan verzoeker gezonden.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 10 april 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 26 februari 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 21 april 2026 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 22 april 2026 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. Bij e-mailberichten van 22 en 23 april 2026 hebben partijen gereageerd. Kopieën hiervan zijn op 24 april 2026 aan de respectieve wederpartij gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ direct Basisverzekering (NaturaDirect) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Ongevallendeckking Fysio & Tand (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Namens verzoeker is op 27 januari 2025 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een tandheelkundige behandeling, te weten het aanbrengen van twee implantaten in de edentate onderkaak.
- 2.3. Bij brief van 19 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat geen aanspraak bestaat op de aangevraagde zorg.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 19 februari 2025 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 18 maart 2025 is bij de ziektekostenverzekeraar opnieuw een aanvraag voor het aanbrengen van twee implantaten in de edentate onderkaak ingediend. Bij brief van 21 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 26 februari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 21 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde tandheelkundige behandeling, te weten het aanbrengen van twee implantaten in de edentate onderkaak, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij klachtenformulier van 28 mei 2025 verklaard dat de behandelend tandarts-implantoloog al meerdere malen een aanvraag heeft ingediend voor vergoeding van de implantaten. Deze aanvragen zijn door de ziektekostenverzekeraar telkens afgewezen. De aanvragen zijn ingediend door een behandelaar met jarenlange ervaring op dit terrein. Deze begrijpt niet waarom de ziektekostenverzekeraar elke keer tot afwijzing beslist.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 19 februari 2025 heeft verzoeker aangevoerd dat in zijn geval is voldaan aan de voorwaarden die gelden voor de aanspraak op implantaten. Volgens de behandelend tandarts-implantoloog is er “een voldoende tekort aan onderkaak” voor een klikgebit op implantaten.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker aangevoerd dat vijf deskundigen moeten knokken om hem implantaten te geven, waaronder de “gebitsmaker”. Een nieuwe collega van de “gebitsmaker” heeft recent nog gekeken en ook zij gaf aan niet te begrijpen waar de ziektekostenverzekeraar mee bezig is. Het is diep triest. De situatie zorgt voor schaamte en heeft grote invloed op zijn leven. Vanwege de schaamte heeft verzoeker zijn vrijwilligerswerk neergelegd. De ziektekostenverzekeraar verschuilt zich achter de wet. Hierdoor wordt de gewone arbeider onderdrukt. Een behandelaar heeft verzoeker in het verleden doorverwezen naar een andere arts voor een second opinion. Van dat gesprek is een opname beschikbaar. Deze arts zei dat zelfs een aankomend student kan zien dat implantaten nodig zijn. Deze arts heeft voorgesteld om in 2026 een nieuwe aanvraag in te dienen, maar ook hier wordt een afwijzing op verwacht.

De gebitssituatie van verzoeker is buitengewoon bijzonder. Er is sprake van een hypertrofische bovenkaak, veel tandvlees, het ontbreken van tubers en een heel brede kaak. Dit alles levert al een probleem op voor de bovenprothese. In het kader van de doelmatigheid en een niet onnodig kostbare oplossing, is het plan opgevat om twee implantaten in de onderkaak aan te brengen. Overigens is de onderkaak ernstig geslonken. Daarom is het onbegrijpelijk dat de aanvraag is afgewezen. De bedoeling van de twee implantaten in de onderkaak was mede om een stabiele beet te creëren voor de bovenkaak. Het lag in de lijn der verwachtingen dat er ook problemen zouden ontstaan met de stabiliteit van de bovenkaak. Op dit moment zou het voorstel zijn om ook in de bovenkaak vier implantaten aan te brengen. Bij de eerste aanvraag is duidelijk uitgelegd dat er een functioneel probleem is van houvast in de onderkaak. De prothese wordt niet gedragen. Ook de problemen in de bovenkaak zijn benoemd in de eerste aanvraag. Er moet stabiliteit worden gecreëerd. Alleen al door het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak wordt de functionaliteit van de onderkaak teruggebracht. Dit zorgt ook voor een stabiele beet. Verzoeker kan nu niet fatsoenlijk eten. Ook met praten heeft hij last. Als hij een paar minuten praat, valt de onderprothese uit. De prothesemaker kon de problemen niet oplossen en gaf aan dat implantaten in de onderkaak nodig waren. Ook het bovengebitt zit niet prettig. In anderhalf jaar tijd is verzoeker dertien kilogram afgevallen. Ook krijgt hij meer abcessen, heeft hij een alveesklierontsteking gehad en is zijn galblaas verwijderd. Vanwege de situatie in de mond krijgt verzoeker niet de juiste voedingsstoffen binnen en dit zorgt voor problemen.

Er is voldoende informatie aangeleverd, ook over de functionele problematiek. Er is een noodprothese gemaakt en vervolgens een definitieve prothese. Uit het dossier blijkt ook dat anderhalf jaar is gewerkt aan de prothesen. De definitieve prothese was niet goed te krijgen. Uit de aangeleverde foto's blijkt ook duidelijk dat sprake is van een ernstig geslonken onderkaak. De problemen met de onderkaak komen door een gebrek aan retentie. Daardoor is de onderprothese niet draagbaar en ontstaan ook problemen met de bovenkaak, omdat de bovenprothese niet goed wordt aangedrukt. Met het aanbrengen van de implantaten in de onderkaak wordt de problematiek getackeld.

- 3.5. Op 27 en 30 maart 2026 heeft verzoeker informatie van de prothesemaker overgelegd, waaronder een overzicht van de behandelingen met betrekking tot gebitsprothesen en beeldmateriaal.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op de aangevraagde implantaten. Hij heeft hiertoe bij brief van 21 maart 2025 toegelicht dat voor de aanspraak op implantaten ten laste van de zorgverzekering voorwaarden gelden. Implantaten komen voor vergoeding in aanmerking:

1. als de verzekerde geen tanden en kiezen meer heeft in de kaak en implantaten nodig zijn om een prothese goed te laten zitten. Het moet dan gaan om een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en een uitneembare prothese die op de implantaten wordt bevestigd;
2. bij een uitzonderlijke situatie waarin een ernstige functiestoornis optreedt. Het moet dan gaan om (1) een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel of (2) een niet tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of (3) een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft en waarbij het gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

- 4.2. In het geval van verzoeker is geen sprake van een ernstig geslonken onderkaak. Er kan weliswaar een grote behoefte, en daarmee een subjectief klinische indicatie bestaan voor de vervaardiging van een implantaatgedragen overkappingsprothese in de onderkaak, maar deze is niet per definitie verzekerd onder de zorgverzekering.

De tandheelkundige situatie van verzoeker kan daarnaast niet worden aangemerkt als een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Hierbij

moet het gaan om een zeer ernstige afwijking die een ernstig functieprobleem veroorzaakt, zoals oligodontie (het aangeboren ontbreken van minstens 6 tanden of kiezen), schisis (een spleet in de lip, kaak of gehemelte) dan wel een dento-alveolair defect door een trauma, waarbij niet alleen tanden en kiezen maar ook kaakbot verloren is gegaan. Dit is door de commissie bevestigd in meerdere bindende adviezen. De door verzoeker genoemde problemen zijn weliswaar vervelend, maar kunnen niet worden aangemerkt als een ernstig functieprobleem zoals bedoeld in de voorwaarden.

- 4.3. Bij brief van 24 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat op basis van het dossier kan worden geconcludeerd dat geen sprake is van een zeer ernstig geslonken edentate onderkaak, zoals bedoeld in artikel 2.7, tweede lid, van het Besluit Zorgverzekering en artikel B.12.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel stelt als voorwaarde voor vergoeding van implantaten in de edentate kaak dat sprake moet zijn van een zeer ernstige mate van botresorptie, in combinatie met ernstige protheseproblematiek als direct gevolg daarvan. Hoewel de behandelend (tand)arts aangeeft dat het botvolume minder dan 16 mm bedraagt, laat de lichtfoto duidelijk zien dat het beeld niet voldoet aan de criteria voor een zeer ernstig geslonken onderkaak. Daarnaast is de protheseproblematiek van verzoeker onvoldoende onderbouwd om als ernstig te kwalificeren in relatie tot de gestelde voorwaarden.

De door de behandelaar genoemde problematiek van de bovenkaak, waaronder het ontbreken van tuberomvang en de wens tot stabiliteit van de bovenprothese, vormt op zichzelf geen grond voor aanspraak op het aanbrengen van implantaten in de onderkaak. De indicatie voor implantaten in de onderkaak wordt zelfstandig beoordeeld op basis van de mate van resorptie van die kaak en de daaruit voortvloeiende protheseproblematiek.

- 4.4. In zijn brief van 29 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat niet alle nuttige, en zelfs niet alle noodzakelijke, zorg in Nederland verzekerde zorg betreft. Retentieproblemen van de prothese bij een edentate kaak zijn alleen een vergoedingsgrond in geval van een ernstig geslonken kaak. Dit volgt uit artikel 2.7, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, maar is eerder ook nadrukkelijk bevestigd door het Zorginstituut in een duiding (bron: Aanspraak implantaatgedragen prothesen n.a.v. richtlijnen beroepsgroep, 1 maart 2016). Als er andere factoren zijn (dan de ernstig geslonken kaak) waardoor de prothese niet goed blijft zitten is dit geen verzekerde zorg.

De aanvragend zorgverlener heeft in de eerste aanvraag - van januari 2025 - vermeld dat het gaat om een bothoogte van minder dan 20 mm en een Cawood van 5 of minder. Er zou volgens hem sprake zijn van een zeer ernstig geslonken kaak. In de tweede aanvraag - van maart 2025 - geeft hij aan dat het zou gaan om een botvolume van minder dan 16 mm. Hij verwijst hiervoor naar de OPT met meting en de lichtfoto van de onderkaak. Daarnaast zou een bijzondere, complicerende factor zijn dat sprake is van een forse, maar gedeformeerde bovenkaak, waarbij er geen tuberomvang is. Een stabiele onderprothese is volgens hem nodig om ook een stabiele bovenprothese te kunnen maken.

Volgens de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar blijkt uit het fotomateriaal en de duidelijke lichtfoto met metingen juist dat het geen zeer ernstig geslonken kaak betreft. Er wordt verwezen naar de extra complicerende factor van de (boven)kaak, waardoor de bovenprothese niet goed blijft zitten, en een stabiele onderprothese extra belangrijk is. Het gaat hier dus niet om een retentieprobleem dat direct samenhangt met de zeer ernstig geslonken onderkaak. Dit maakt de retentieproblemen van verzoeker weliswaar niet minder vervelend, maar dit is nu juist de situatie waarvan het Zorginstituut heeft bevestigd dat zorgverzekeraars implantaten niet mogen vergoeden vanuit de zorgverzekering.

De aanvraag is gedaan ter vergoeding van implantaten bij retentieproblemen die samenhangen met een zeer ernstig geslonken edentate kaak. In het onderhavige geval is niet gebleken van een bijzondere tandheelkundige indicatie, waarbij in uitzonderlijke situaties met een ernstige functiestoornis implantaten kunnen worden vergoed als 'bijzondere tandheelkunde'.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar uitgelegd dat de voorwaarden voor implantaten streng zijn. Allereerst moet sprake zijn van een zeer ernstig geslonken kaak. In eerste instantie stelde de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat dit bij verzoeker niet aan de orde is. Volgens het Zorginstituut is dit echter wel het geval. De ziektekostenverzekeraar volgt het Zorginstituut hierin, dus dat is tussen partijen thans niet meer in geschil. Dit laat onverlet dat informatie waaruit blijkt dat retentieproblemen van de onderprothese bestaan tot op heden ontbreekt. Dat hiervan sprake is zou moeten blijken uit de behandelhistorie van verzoeker. Met name zou hieruit naar voren moeten komen dat deze problemen zich nog steeds voordoen, ondanks een goede definitieve prothese voor de boven- en onderkaak. Volgens verzoeker is evident dat hiervan sprake is, maar de ziektekostenverzekeraar ziet dit niet terug in het dossier. De ziektekostenverzekeraar staat nog steeds open voor een nadere onderbouwing. Volgens verzoeker veroorzaakt ook de definitieve prothese problemen. De ziektekostenverzekeraar is op zoek naar informatie in het patiëntendossier waaruit dit blijkt. Zonder die informatie kan hij de aanvraag niet goedkeuren.
- 4.6. In zijn brief van 8 april 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hij tijdens de hoorzitting heeft aangegeven dat hij het Zorginstituut volgt in de conclusie dat bij verzoeker sprake is van een ernstig geslonken onderkaak. Naar aanleiding van het filmpje dat is ingestuurd heeft de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar echter verklaard dat duidelijk is te zien dat het niet gaat om een zeer ernstig geslonken kaak. Uit de beschikbare informatie, ook de recent ontvangen nadere informatie, volgt dat het feit dat de onderprothese niet goed zou zitten, te maken heeft met ‘complicerende factoren.’ Hoge wang- en tongriempjes en puilende mondbodem zijn complicerende factoren. Dit maakt de eventueel hiermee samenhangende retentieproblemen van verzoeker niet minder vervelend, maar daarbij bestaat geen vergoedingsgrond. Als sprake is van een zeer ernstig geslonken kaak, moet eerst een definitieve prothese uitputtend zijn toegepast. Het is namelijk mogelijk dat ook mensen met een zeer ernstig geslonken kaak een goed zittende prothese kunnen ervaren. Dit kan niet op voorhand worden uitgesloten. In het geval van verzoeker is de tijdelijke prothese meermaals gerebased en gerelined. Uit de nadere informatie volgt evenwel niet de definitieve prothese een relevante prothetische voorgeschiedenis heeft. Uit het eerder genoemde filmpje en de schriftelijke omschrijving die door verzoeker zijn overgelegd, blijkt dat de onderprothese te lange randen heeft. Dit kan worden aangepast. Als de randen van een prothese te lang zijn, komt de prothese altijd los. Daarom wordt er ook gesproken over “te lang”. Dit moet dus worden gecorrigeerd. De randen worden dan logischerwijs korter, maar daarmee komt de prothese wel stabiel te liggen. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat hij zorginhoudelijk begrijpt dat en waarom naar implantaten is gekeken voor verzoeker, maar dat ziet op de meermaals door de zorgverleners beschreven complicerende factoren. De ziektekostenverzekeraar moet zo goed mogelijk kijken of de aangevraagde zorg ook verzekerde zorg is. En noodzakelijke zorg is, als gezegd, onder de zorgverzekering niet altijd ook verzekerde zorg.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 26 februari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Zeer ernstig geslonken kaak

Het Zorginstituut heeft zich voor het bepalen van de bothoogte gebaseerd op de röntgenfoto van 12 maart 2025. Hierop is de meetlat duidelijk zichtbaar.

Op deze röntgenfoto is zichtbaar dat de kaak van verzoeker zeer ernstig geslonken is, met een meting van minder dan 20 millimeter.

Ernstige functionele klachten

Uit de brief 'Aanspraak implantaatgedragen prothesen n.a.v. richtlijnen beroepsgroep' blijkt dat er naast de basiseis van een ernstig geresorbeerde tandeloze kaak ook subjectieve én objectieve ernstige functionele tandheelkundige klachten moeten bestaan (pagina 5).

Uit de brief van 1 februari 2026 van de behandelend tandarts-implantoloog blijkt niet dat er bij verzoeker ook objectieve tandheelkundige klachten bestaan. Er is enkel een citaat van verzoeker opgenomen van de door hem ervaren subjectieve klachten. Hiermee zijn de vereiste objectieve ernstige functionele tandheelkundige klachten niet onderbouwd. Omdat uit de beschikbare informatie niet blijkt dat er bij verzoeker sprake is van zowel objectieve als subjectieve tandheelkundige klachten, voldoet verzoeker niet aan de voorwaarde van ernstig functionele tandheelkundige klachten.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie kan niet worden geconcludeerd dat er bij verzoeker sprake is van ernstig functionele tandheelkundige klachten. Hiermee voldoet verzoeker niet aan alle voorwaarden voor vergoeding voor het plaatsen van implantaten.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker is niet redelijkerwijs aangewezen op (het plaatsen van) twee implantaten in de onderkaak."

- 5.2. In het definitief advies van 21 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

De behandelend orthodontist heeft op 27 maart 2026 een e-mail gestuurd met een beeldopname, waarin hij de door hem bij verzoeker geobserveerde tandheelkundige problematiek toelicht. Het Zorginstituut merkt op dat op de beeldopname zichtbaar is dat bij verzoeker het kaakbot door beperkte resorptie in de zijdelingse delen relatief minder hoog is dan bij het onderfront, waardoor de aanhechting van de mondbodem hoger ligt ten opzichte van de bovenrand van de onderkaak. Het gevolg hiervan is dat de prothese van verzoeker niet goed in de onderkaak blijft zitten. Ook is op de beeldopname zichtbaar dat de mondbodem niet uitpuilend is.

Deze functionele problemen zijn echter niet het gevolg van de zeer ernstige resorptie. Daarmee voldoet verzoeker niet aan alle voorwaarden voor vergoeding voor het plaatsen van implantaten."

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.22. 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, waaronder de aanspraak op implantaten, 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.
- 7.2. Volgens vaste jurisprudentie van de commissie vervalt met het indienen van een volgende aanvraag de eerdere aanvraag. In dit geval betekent een en ander dat de aanvraag van 18 maart 2025 als uitgangspunt voor de beoordeling wordt genomen en de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 21 maart 2025 wordt geacht tevens te zien op de door verzoeker – naar aanleiding van de eerder afgewezen aanvraag – verzochte heroverweging. De aanspraak op het aanbrengen van implantaten is geregeld in artikel B.12.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat aanspraak bestaat op het aanbrengen van implantaten als (i) bij een verzekerde sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak, én (ii) de implantaten dienen voor het aanbrengen van een (volledige) uitneembare prothese. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, tweede lid, Bzv.
- 7.3. Waar het gaat om voorwaarde (i) heeft de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk gesteld dat verzoekers edentate onderkaak hier niet aan voldoet. Ter zitting heeft hij zijn standpunt gewijzigd, maar na ontvangst van het filmpje is hij hierop – bij monde van zijn tandheelkundig adviseur – teruggekomen. Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies aan de commissie meegedeeld dat de onderkaak van verzoeker ernstig is geslonken. In het definitief advies wordt vervolgens gesteld dat in de zijdelingse delen sprake is van een beperkte resorptie. De eerdere conclusie wordt echter niet gewijzigd. De commissie is van oordeel dat verzoeker niet de dupe mag zijn van dit verschil van inzicht en neemt voor het vervolg daarom aan dat is voldaan aan de voorwaarde van een ernstig geslonken kaak. De volgende vraag is of verzoeker ook redelijkerwijs is aangewezen op het aanbrengen van implantaten in de onderkaak.
- 7.4. In dit verband geldt als uitgangspunt dat als regel kan worden volstaan met een goed vervaardigde uitneembare volledige gebitsprothese. Het gaat hierbij niet om de immediaatprothese, zoals ook verzoeker die heeft gehad, maar om de definitieve prothese. Als door retentieproblemen geen goed passende prothese kan worden gemaakt kan een prothese op implantaten zijn aangewezen. Hieruit volgt dat de problemen die verzoeker ervaart met de bovenkaak in beginsel geen rol spelen bij de beoordeling van de aanspraak op implantaten in de onderkaak, als steun voor een volledige overkappingsprothese. Met betrekking tot de onderkaak stelt het Zorginstituut dat uit de brief ‘Aanspraak implantaatgedragen prothesen n.a.v. richtlijnen beroepsgroep’ blijkt dat er, naast de basiseis van een ernstig geresorbeerde tandeloze kaak, subjectieve én objectieve ernstige functionele tandheelkundige klachten aanwezig moeten zijn. Uit de brief van 1 februari 2026 van de behandelend tandarts-implantoloog blijkt niet dat er bij verzoeker objectieve tandheelkundige klachten bestaan. Er is enkel een citaat van verzoeker opgenomen van de door hem ervaren subjectieve klachten. Hiermee zijn de vereiste objectieve ernstige functionele tandheelkundige klachten niet onderbouwd. Omdat uit de beschikbare informatie niet blijkt dat er bij verzoeker sprake is van zowel objectieve als subjectieve tandheelkundige klachten, voldoet hij niet aan de voorwaarde van ernstige functionele tandheelkundige klachten, aldus het Zorginstituut.
- 7.5. Bij definitief advies van 21 april 2026 heeft het Zorginstituut opgemerkt dat op de overgelegde beeldopname zichtbaar is dat bij verzoeker het kaakbot door beperkte resorptie in de zijdelingse delen relatief minder hoog is dan bij het onderfront, waardoor de aanhechting van de mondbodem hoger ligt ten opzichte van de bovenrand van de onderkaak. Het gevolg hiervan is dat de prothese van verzoeker niet goed in de onderkaak blijft zitten. Ook is op de beeldopname zichtbaar dat de mondbodem niet uitpuilend is. Deze functionele problemen zijn echter niet het gevolg van de zeer

ernstige resorptie. Het Zorginstituut handhaaft daarom zijn eerdere conclusie dat verzoeker niet redelijkerwijs is aangewezen op het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak. De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd geen aanleiding om van deze conclusie af te wijken en neemt het advies van het Zorginstituut over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op het gevraagde ten laste van de zorgverzekering.

- 7.6. De commissie heeft er goede nota van genomen dat verzoeker voornemens is een volgende aanvraag te doen voor twee implantaten in de onderkaak. Vanzelfsprekend staat hem dit vrij. De commissie doet in principe geen uitspraken over een eventuele toekomstige aanvraag. Niettemin merkt zij vanwege dit voornemen van verzoeker het volgende op. Een volgende aanvraag kan alleen succesvol zijn als na aanpassing van de onderprothese objectieve ernstige functionele tandheelkundige klachten bestaan die zijn gedocumenteerd.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 mei 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 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.

- een zwangerschap van tenminste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie; of
- een zwangerschap van tenminste 12 weken, gerekend vanaf de 1e dag van de laatste menstruatie in geval van een spontaan ontstane (fysiologische) zwangerschap.
- Er is sprake van een IVF-poging als de follikelpunctie is geslaagd
Er is sprake van een in-vitrofertilisatie (één IVF-poging) als fase 2, de follikelpunctie (het verkrijgen van de rijpe eicellen) is geslaagd. Terugplaatsing van eerder verkregen (ingevroren) embryo's maakt deel uit van de IVF-poging waarin de embryo's zijn verkregen.

Vruchtbaarheidsbehandeling: fases waar IVF uit bestaat

Een in-vitrofertilisatie (IVF) omvat 4 opeenvolgende stadia:

- Fase 1: Hormonale behandeling die de rijping van de eicellen bevordert;
- Fase 2: Follikelpunctie (verkrijgen van rijpe eicellen);
- Fase 3: Bevruchting van de eicellen en kweken van embryo's in het laboratorium;
- Fase 4: Een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoeder.
- Vruchtbaarheidsbehandelingen anders dan IVF en ICSI tot en met 42 jaar valt onder medisch specialistische zorg

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts
- Medisch specialist
- Verpleegkundig specialist
- Physician assistant

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Gynaecoloog in een vergunninghoudende instelling.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Behandeling van de donor van de eicel en donatie van de eicel in geval van een eiceldonatie. Voor de vergoeding van eiceldonatie gelden landelijke criteria

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Mondzorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Mondzorg in bijzondere gevallen (artikel B.12.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Mondzorg in bijzondere gevallen
Het gaat om mondzorg als u een ernstige aandoening heeft in het aangezicht, de mond, kaken of uw gebit. Of als u een verstandelijke of lichamelijke aandoening heeft waardoor reguliere mondzorg niet mogelijk is. De behandeling kan ook onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas) worden gedaan.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor mondzorg in bijzondere gevallen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

- Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- of mondstelsel.
 - Er is sprake van een verworven afwijking van het tand-, kaak- of mondstelsel.
 - U heeft een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening.
 - U krijgt een medische behandeling die aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft zonder tandheelkundige zorg.
Hierbij gaat het meestal 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.

Wat zijn de voorwaarden?

- Zonder de bijzondere mondzorg zou u de functie van uw gebit niet kunnen behouden
Of uw gebit zou niet de functie krijgen zoals het zou functioneren zonder dat u een van de genoemde aandoeningen heeft.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of tandarts-implantoloog als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken bij één van deze situaties:
 - als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
 - als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Mondhygiënist.
De mondhygiënist beheert zijn of haar praktijk voor eigen rekening en verantwoordelijkheid.
- Kaakchirurg.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.
- Orthodontist.
De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas): een bevoegde zorgverlener in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) dat door Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) is erkend
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas): een bevoegde zorgverlener waarmee wij afspraken hebben gemaakt over deze behandelingen

Wat krijgt u niet vergoed?

- Een mandibulair repositie apparaat (MRA)
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
 - Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001)
 - Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002)
 - Uitwendig bleken per kaak (code K003)
 - Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Plaatsen implantaat in tandeloze kaak (artikel B.12.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Het plaatsen van een tandheelkundig implantaat

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor plaatsen implantaat in tandeloze kaak.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) dat op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts
- Tandarts-implantoloog

De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor het plaatsen van een of meer implantaten in de bovenkaak
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen 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.
- Voor de onderkaak beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig
Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener is altijd een akkoordverklaring nodig. Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen 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.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Kaakchirurg.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Orthodontie in bijzondere gevallen (artikel B.12.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Orthodontie in bijzondere gevallen

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor orthodontie in bijzondere gevallen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

Controle van uw polisblad

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Uw verzekeringspasje

U ontvangt van ons een digitale verzekeringspas als uw verzekering is ingegaan. Als u deze digitale pas laat zien, kunt u de zorg krijgen waar u voor verzekerd bent. Wilt u toch een fysieke pas? Dan kunt u die bij ons aanvragen via de Mijn-omgeving of bij ons Klanten Contact Centrum. Op de achterkant is dit een European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas. Meer informatie over de EHIC pas vindt u op onze website.

Als u collectief verzekerd bent, kan het zijn dat er aanvullende afspraken zijn gemaakt waardoor u ook een fysieke pas ontvangt. Dit kan een pasje zijn met of zonder EHIC.

Geldende verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren. Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden

De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet

De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.

Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

Lidmaatschap

Bij de aanvraag van uw basisverzekering vraagt u automatisch voor iedere verzekerde ook een lidmaatschap aan van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep U.A. Het bestuur accepteert deze aanvraag altijd.

Vanaf de ingangsdatum van uw basisverzekering zijn alle verzekerden lid van deze onderlinge waarborgmaatschappij.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen

De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit? Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep. Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.

- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit? Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie. Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig. De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit? Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt. Nieuwe technische ontwikkelingen vormen geen reden voor vervanging van een hulpmiddel binnen de gebruikstermijn.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Zorgbemiddeling

Kunt u zorg die u medisch gezien nodig heeft niet goed of niet op tijd krijgen? Of is kwalitatief goede, veilige zorg alleen ver weg van uw woonplaats (of vaste verblijfplaats)? Dan heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Wij zoeken voor u waar de betreffende zorg binnen een acceptabele tijd beschikbaar is. Meer informatie over zorgadvies en zorgbemiddeling vindt u op onze website.

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres

U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen.

Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.

In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.

Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Afwijkend adres

Is het adres dat u aan ons doorgeeft bij uw aanvraag anders dan het adres dat staat in de Basisregistratie Personen? Dan hebben wij van u nodig:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift van maximaal één maand oud met daarop:
 - de ingangsdatum van uw dienstverband;
 - inhouding van loonbelasting omdat u in Nederland of op het continentaal plat werkt (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg).
- of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank dat u verzekerd bent volgens de Wet langdurige zorg.