

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202501218

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 5 november 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 3 december 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 27 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 februari 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 26 februari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026002695) 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. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te onderzoeken of verzoeker op enigerlei wijze tegemoet kan worden gekomen. Bij brief van 31 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie over de uitkomst hiervan bericht. Een kopie van deze brief is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en een kopie van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 31 maart 2026 zijn op 10 april 2026 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 26 februari 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 15 april 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FBTO Zorgverzekering Basis Plus (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende

ziektekostenverzekering Spieren & Gewrichten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 2.2. Verzoeker heeft sinds 2010 een tandeloze boven- en onderkaak. Bij de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 juli 2024 aanvragen ingediend voor het aanbrengen van 4 implantaten in de bovenkaak en 2 implantaten in de onderkaak. Bij brief van 23 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar de ingediende aanvragen afgewezen.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 8 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 26 februari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan hem een machtiging te verlenen voor het aanbrengen van 4 implantaten in de bovenkaak en 2 implantaten in de onderkaak.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat hij in 2010 zijn nog resterende tanden en kiezen heeft laten trekken. Toen verzoeker enige tijd later was verhuisd heeft hij in zijn nieuwe woonplaats door een tandtechnicus een gebitsprothese laten vervaardigen. Het probleem met de gebitsprothese is dat deze tegen een deel van het verhemelte komt dat toen hij nog een kind was beschadigd is geraakt door een blaaspijp. Als de prothese tegen het beschadigde deel aankomt krijgt verzoeker kokhalsneigingen. Dit resulteert erin dat hij al vanaf het eerste moment problemen ervaart met eten en drinken. Nadien is er weliswaar van alles aan gedaan om dit op te lossen, maar volgens de behandelend specialisten kan alleen een implantaatbehandeling de bestaande klachten verhelpen. Het is frustrerend om te lezen dat de ziektekostenverzekeraar enkel en alleen het standpunt inneemt dat een goede gebitsprothese kan worden vervaardigd en niet verder kijkt en bijvoorbeeld een coulancevergoeding verleent.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat hij veel last heeft van zijn verhemelte. Op het moment dat er iets tegen zijn verhemelte komt krijgt verzoeker last van kokhalsneigingen. Verschillende ondergane behandelingen hebben geen effect gehad of duurden te lang. Zijn behandelend specialist heeft weliswaar een aanvraag ingediend door implantaten ter bevestiging van een uitneembare prothese, maar dit laatste is voor verzoeker geen optie. Alleen een implantaatbehandeling in combinatie met een vaste constructie zal de bestaande problemen doen verhelpen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat tandheelkundige implantaten alleen voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking als de kaak ernstig is geslonken of als het door de vorm van de kaak niet mogelijk is om een goede gebitsprothese te vervaardigen. Aangezien beide situaties bij verzoeker niet aan de orde zijn, heeft de ziektekostenverzekeraar de ingediende aanvragen voor een implantaatbehandeling afgewezen. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrip heeft voor het feit dat verzoeker kampt met kokhalsproblematiek geldt dat dit geen verzekeringsindicatie vormt voor de vergoeding van implantaten.

- 4.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunt herhaald en verzoeker geadviseerd om zijn problemen te bespreken en voor te leggen bij een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Na afloop van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij, gelet op de aanwezige precedentwerking, geen aanleiding ziet tot het toepassen van coulance.

5. Advies Zorginstituut

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

“Voor aanspraak op implantaten geldt dat sprake moet zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en dat door deze ernstige kaakresorptie geen tandheelkundige functie kan worden behouden, gelijkwaardig aan die van iemand in vergelijkbare omstandigheden, maar zonder deze aandoening (maatmanbeginsel).

De röntgenfoto uit het dossier laat geen zeer ernstig botverlies zien, voor zowel de boven- als onderkaak. In de onderkaak is de bothoogte vergelijkbaar met een Cawood klasse 3. Daarnaast geeft de kaakchirurg aan dat sprake is van een Cawood klasse kleiner dan 5, wat betekent dat er voor de onderkaak geen sprake is van zeer ernstig botverlies.

Ook de bovenkaak is voldoende groot. Dit is naast de röntgenfoto, te zien op de klinische foto's van verzoeker.

Er is daarmee geen sprake van een zeer ernstig geslonken tandeloze boven- en onderkaak, zodat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van implantaten in de onder- en bovenkaak ten behoeve van een uitneembare prothese.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor de vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp. Het plaatsen van vier implantaten in de bovenkaak en twee implantaten in de onderkaak komt hiermee niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker heeft geen (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van het aanbrengen van vier implantaten in de bovenkaak en twee implantaten in de onderkaak.”

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. De commissie stelt voorop dat zij de wens van verzoeker voor het aanbrengen van implantaten begrijpt. Dit neemt echter niet weg dat moet worden beoordeeld of de zorgverzekering hiervoor dekking biedt.
Ter zitting is door verzoeker verklaard dat hij alleen gebaat is bij het aanbrengen van implantaten in combinatie met een vaste constructie. Volgens vaste jurisprudentie van de commissie is de bij ziektekostenverzekeraar ingediende aanvraag leidend en zal alleen worden beoordeeld of deze terecht is afgewezen. De laatst ingediende aanvraag dateert van 12 juli 2024 en ziet op het aanbrengen van 7 november 2023 en ziet op het aanbrengen van 4 implantaten in de bovenkaak en 2 implantaten in de onderkaak ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- 7.3. De zorgverzekering biedt dekking voor het aanbrengen van implantaten, als bij de verzekerde sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een (volledige) uitneembare prothese. Dit staat in artikel 2.7, tweede lid, Bzv. Artikel B.10 van de voorwaarden van de zorgverzekering is hierop gebaseerd.
Zowel de boven- als de onderkaak van verzoeker is sinds 2010 tandeloos. Met betrekking tot de vraag of de kaken ook ernstig zijn geslonken, concludeert het Zorginstituut in zijn voorlopig advies van 26 februari 2026 aan de commissie dat dit bij verzoeker niet het geval is. Voor de onderkaak geldt dat sprake is van Cawood klasse 3 en uit de door verzoeker overgelegde röntgenfoto en het klinisch beeld blijkt dat ook de bovenkaak voldoende groot is. Daarmee is niet voldaan aan voornoemde voorwaarde.
- 7.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat een uitneembare gebitsprothese voor hem geen optie is omdat hij als kind een blaaspijp in het zachte deel van zijn verhemelte heeft gekregen. Dit zorgt er bij hem voor dat hij geen gebitsprothese op dat deel van zijn verhemelte kan verdragen.
Hoewel dit voor verzoeker heel vervelend is, begrijpt de commissie uit het voorlopig advies van het Zorginstituut dat voor de aanspraak op implantaten alleen relevant is of sprake is van ernstige kaakresorptie en of door deze kaakresorptie de kaak dusdanig is geslonken dat de verzekerde geen tandheelkundige functie kan behouden. Aangezien dit bij verzoeker niet aan de orde is, concludeert het Zorginstituut dat verzoeker geen verzekeringsindicatie heeft voor de vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp. De commissie ziet in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd daarom geen reden van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op het aanbrengen van 4 implantaten in de bovenkaak en 2 implantaten in de onderkaak ten laste van de zorgverzekering.
- 7.5. Verzoeker heeft gesuggereerd dat de ziektekostenverzekeraar aan hem een coulancevergoeding zou kunnen verstrekken. Na afloop van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van 31 maart 2026 geïnformeerd dat hij niet zal overgaan tot het toepassen van een coulance. De commissie merkt hierover op dat het al dan niet toekennen van een onverplichte vergoeding is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. Dit zou slechts anders kunnen zijn als de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij gelijke gevallen niet gelijk worden behandeld. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 mei 2026,

J.W. Heringa

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. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

B.10 Implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis 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

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. 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.
3. Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.
4. 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. 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 zorgzoeker.fbto.nl 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.

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, vijftwintig procent van de kosten van die voorziening.
3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op 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.