

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te B, en ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten
Zaak	: Mondzorg, reguliere tandheelkunde, vervangen volledige bovenprothese en plaatsen frameprothese onder, hoogte vergoeding, telefonische toezegging
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, art. 150 Rv
Zaaknummer	: 202201666
Zittingsdatum	: 26 juli 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 29 maart 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 17 april 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief gedateerd 9 januari 2023 (ontvangen door de commissie op 16 mei 2023) heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 mei 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 6 juni 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023020139) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 9 juni 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 juli 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de tijdens de hoorzitting door de ziektekostenverzekeraar voorgedragen pleitnota zijn op 1 augustus 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 6 juni 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 2 augustus 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Tandfit Module A (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen ONVZ Vrije Keuze Optifit en ONVZ Wereldfit zijn niet in geschil en blijven daarom onbesproken.
- 3.2. Bij verzoekster is een uitneembare volledige gebitsprothese boven in de mond vervangen en een frameprothese onder geplaatst. De zorgverlener heeft de kosten rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Bij ongedateerd vergoedingsoverzicht heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat een gedeeltelijke vergoeding wordt verleend van totaal € 1.467,91. Daarmee blijft een bedrag van € 948,91 voor rekening van verzoekster.

- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 21 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 6 juni 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 2 augustus 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is 75% van de gemaakte kosten te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat zij al vele jaren de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering heeft bij de ziektekostenverzekeraar. De tandarts adviseerde haar op enig moment een nieuwe gebitsprothese boven te laten maken en een frameprothese onder. Voordat zij deze heeft laten vervaardigen, heeft zij een paar keer gebeld met de ziektekostenverzekeraar met de vraag of een bovengebitt en een frameprothese werden vergoed. Haar werd telkens verteld dat de vergoeding 75% zou bedragen, zowel voor het bovengebitt als de frameprothese. Verzoekster heeft nog expliciet gevraagd of de kosten van de frameprothese ook voor 75% werden vergoed, en daarop luidde het antwoord bevestigend. In vervolg hierop heeft verzoekster de prothesen laten vervaardigen. Uiteindelijk bleek echter dat een bedrag van € 948,91 voor haar rekening bleef.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat er meerdere keren is gebeld met de ziektekostenverzekeraar met de mededeling dat aan de bovenkant een gebitsprothese kwam en onderin een frame, met de vraag hoe dit wordt vergoed. Er is toen gezegd dat er zowel boven als onder 75% wordt vergoed. Verzoekster heeft gevraagd of dit ook voor de frameprothese gold, waarop het antwoord bevestigend luidde. Er is nogmaals gebeld voor de extra zekerheid, en toen kwam hetzelfde antwoord. Verzoekster had al een jaar last van haar gebitt, dat steeds heen en weer ging. Zij heeft hiervoor diverse keren contact gehad met de tandarts. Het werkte op enig moment niet meer, en de tandarts stuurde haar door. Toen is zij gaan bellen met de vraag wat haar dit zou kosten. Zij hoort niet alles goed en daarom doet zij alles samen met haar echtgenoot. Hij heeft meegeluisterd met het gesprek. Vaak wisten de medewerkers niet wat er werd bedoeld met de frameprothese, en hiervoor werd dan overlegd met collega's. Maar er is tweemaal gezegd dat er ook 75% vergoed werd voor de frameprothese. Uiteindelijk kwam er een hoge rekening, waar zij van schrok. Er is steeds in het dossier gekeken toen verzoekster belde, en steeds kwam hetzelfde antwoord. Zij wilde dit goed uitzoeken, omdat zij geen schulden wilde. Verzoekster merkt verder op dat alle gesprekken zijn opgenomen. Het is het beste deze terug te luisteren. Zij is van mening geen mannelijke medewerker van de ziektekostenverzekeraar te hebben gesproken over dit onderwerp, wellicht over iets anders.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 januari 2023 in de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat hij ervan uitgaat dat de keuze voor een behandeling is gebaseerd op een aanwezige behoefte en noodzaak aan zorg, en niet op de te verlenen vergoeding. Ten aanzien van de toezegging waarop verzoekster zich beroept geldt dat het eerste telefoongesprek dat ging over mondzorg door de ziektekostenverzekeraar is vastgelegd op 24 juni 2022, en het tweede op 13 september 2022. Deze gesprekken zijn door verschillende medewerkers gevoerd. Van de gesprekken zijn geen inhoudelijke notities gemaakt. Een eventuele opname van een gesprek vindt alleen plaats vanwege trainingsdoeleinden en deze wordt in dat geval maximaal één maand bewaard. Om die reden kan niet worden achterhaald wat de vraagstelling tijdens de gesprekken precies is geweest en hoe hierop het antwoord luidde.
- 5.2. Gebleken is dat verzoekster al in augustus 2022 een begroting van de geplande behandeling in haar bezit had. Deze heeft de ziektekostenverzekeraar helaas nooit ontvangen. Als deze begroting vooraf was gestuurd, had de ziektekostenverzekeraar verzoekster schriftelijk kunnen informeren over de te verlenen vergoeding. De uitleg over de vergoeding is overigens ook duidelijk vermeld in de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering alsmede op de website van de ziektekostenverzekeraar. Hier wordt bij de vergoeding van mondzorg vanuit de zorgverzekering nergens een frameprothese genoemd. Ook de tandarts had verzoekster over de vergoeding kunnen informeren.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn reactie aan de commissie, kennelijk bij vergissing gedateerd 9 januari 2023, ontvangen op 16 mei 2023, verder meegedeeld dat door de zorgverlener een bedrag is gedeclareerd van € 1.467,91. Dit bedrag is ook aan de zorgverlener uitbetaald. Door de zorgverlener is een totaalbedrag van € 555,36 gedeclareerd voor P020-Volledig kunstgebit bovenkaak. De kosten van de eigen bijdrage van 25 % voor deze prestatie zijn niet volgens de aanvullende verzekering betaald. De maximale vergoeding van € 200,- vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering was al met een eerdere declaratie (€ 97,52) en betaling van een deel van de frame prothese (€ 102,48) bereikt. Door de eigen bijdrage van 25% voor de kosten van een uitneembare volledige gebitsprothese en de bereikte maximale vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering blijft een bedrag van € 948,91 voor rekening van verzoekster.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat niet ter discussie staat dat een frameprothese niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed. Er zijn in het systeem van de ziektekostenverzekeraar twee vermeldingen gemaakt van telefonische contacten over deze kwestie. Er zijn geen aantekeningen gemaakt van de inhoud van de gesprekken. Er is navraag gedaan bij de twee medewerkers die verzoekster hebben gesproken op 24 juni 2022, respectievelijk op 13 september 2022, en zij hebben beiden verklaard dat zij zich de gesprekken niet kunnen herinneren, mede gelet op het aantal gesprekken dat zij per dag binnen krijgen. In algemene zin hebben zij wel verteld dat zij nooit een toezegging doen aan de telefoon. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat er twee soorten gesprekken zijn. Ten eerste gesprekken die snel worden gelogd, met alleen een notitie over welk onderwerp het gaat, bijvoorbeeld mondzorg. Als er problemen lijken te ontstaan, is er een tweede mogelijkheid, namelijk het maken van een uitgebreidere notitie. Dit wordt doorgaans niet gedaan bij eenvoudige vragen. Er staat dan alleen dat er is gebeld, met wie en over welk onderwerp. Uit het systeem blijkt slechts van twee snelloggen over het onderwerp mondzorg. Op 13-9-2022 is om 13:59 gebeld met een mannelijke medewerker.. Er is ook een melding van 24-6-2022 met een vrouwelijke medewerker. Daarom is bij hen navraag gedaan. Er zijn veel andere zorgloggen over verschillende dekkingen en vragen, maar niet over mondzorg. Verzoekster heeft specifiek deze twee gesprekken genoemd, en daarom is daarover meer informatie gevraagd. In februari en maart is gebeld over betalingen en niet over mondzorg.

- 5.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 6 juni 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld.

Een uitneembare volledige prothese voor de bovenkaak komt voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Er geldt een eigen bijdrage van 25% voor deze zorg. Een frameprothese kan alleen voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering wanneer sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, afhankelijk van de individuele situatie. Of bij verzoekster sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp is echter niet in geschil, en dit is ook niet aangevoerd door partijen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een uitneembare volledige prothese voor de bovenkaak maakt onderdeel uit van de basisverzekering. Er geldt een eigen bijdrage van 25%. Een frameprothese maakt geen onderdeel uit van de basisverzekering wanneer geen sprake is van een indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 80 van de 'Algemene regels en Vergoedingen 2022' van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke rechtsvordering (Rv) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. De aanspraak op een gebitsprothese is geregeld op pagina 176 van de 'Algemene regels en Vergoedingen 2022'. Vanuit de zorgverzekering is voor een uitneembare volledige gebitsprothese een vergoeding mogelijk van 75% van de kosten. Dit is overeenkomstig artikel 2.31, tweede lid, Rzv en deze vergoeding is aan verzoekster verleend. Een frameprothese valt niet onder de verzekerde aanspraken, behalve wanneer sprake is van een indicatie in het kader van bijzondere tandheelkunde. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster een indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde, zodat de frameprothese niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg tot een maximum van € 200,- per kalenderjaar. Hieronder vallen zowel de kosten van reguliere tandheelkunde als de eigen bijdrage in het kader van een uitneembare volledige gebitsprothese. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, en door verzoekster is niet bestreden, dat het gehele bedrag van € 200,- met een eerdere declaratie (€ 97,52) en betaling van een deel van de frame prothese (€ 102,48) is verbruikt. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op een aanvullende vergoeding, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Telefonische toezegging

- 8.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij diverse keren met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar heeft gesproken, en dat deze haar bij herhaling hebben verteld dat 75% van alle kosten zou worden vergoed, inclusief de kosten van de frameprothese. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat uit zijn registratie blijkt dat op 24 juni 2022 en 13 september 2022 gesprekken zijn gevoerd met verzoekster over het onderwerp 'mondzorg'. Van deze gesprekken zijn evenwel geen inhoudelijke notities gemaakt, zodat niet is te reconstrueren wat de vraagstelling precies is geweest en hoe hierop het antwoord luidde. Gelet op artikel 150 Rv is het aan verzoekster te stellen en zo nodig te bewijzen dat haar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een toezegging is gedaan. Zij is hierin niet geslaagd zodat zij geen aanspraak heeft op een verdergaande vergoeding.

Slotsom

- 8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
9. **Bindend advies**
- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 september 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

● Gebitsprothese ('kunstgebit') vanaf 18 jaar

Kunstgebit, klickgebit, prothese ... We zetten het voor u op een rij.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Volledig kunstgebit en reparatie of rebasen, u betaalt een eigen bijdrage
Superfit	€ 1.600 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
Tandfit A	€ 200 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
Tandfit B	€ 500 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
Tandfit C	€ 1.250 voor eigen bijdrage, implantaten, gedeeltelijk kunstgebit en andere tandheelkundige zorg, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar Max. per kalenderjaar
Tandfit Preventief	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Natuurlijk probeert u zo lang mogelijk uw gebit gezond te houden. Maar soms zal uw tandarts u aanraden een kunstgebit te nemen. Dat wordt ook wel prothese of prothetische voorziening genoemd.

Voor de vergoeding maakt het verschil of het gaat om een gedeeltelijk kunstgebit of een volledig kunstgebit. Bij een gedeeltelijk kunstgebit heeft u nog eigen tanden of kiezen. Het gedeeltelijke kunstgebit vervangt de tanden of kiezen die ontbreken. Een volledig kunstgebit vervangt alle tanden en kiezen in een kaak. U kunt het volledig kunstgebit hebben voor de onderkaak, de bovenkaak of voor allebei de kaken.

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoedt de **basisverzekering** het **volledige uitneembare kunstgebit**, dus het volledige kunstgebit dat u zelf uit de mond kunt halen. Het gedeeltelijke kunstgebit, vergoedt de basisverzekering niet. Die valt onder de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar van de aanvullende verzekeringen Superfit of Tandfit A, B en C.

De basisverzekering vergoedt 4 soorten volledige uitneembare kunstgebitten. We zetten ze voor u op een rij.

1. De immediaatprothese. Dat is een tijdelijk kunstgebit dat u krijgt na het trekken van alle tanden en kiezen. U draagt het tot de mond genezen is.
2. Een gewone prothese (niet op implantaten). Dat is het kunstgebit dat u krijgt ná de immediaatprothese. Het wordt ook wel 'vervangingsprothese' genoemd.
3. Een overkappingsprothese (niet op implantaten). Dat is een kunstgebit dat over uw eigen tandwortels wordt geplaatst.
4. Een kunstgebit op implantaten ('implantaat gedragen'). Dat heet ook wel klickgebit.

Mond en gebit

U krijgt een gedeeltelijke vergoeding. Dit is een percentage van de totale kosten inclusief materiaal- en techniekkosten. Dus de kosten van de tandarts of de tandprotheticus en de materiaal- en techniekkosten. Bij het gebit op implantaten tellen ook de magneetjes, staafjes of drukknoppen die boven het tandvlees uitsteken ('het vaste gedeelte van de suprastructuur') mee in de totale kosten.

De basisverzekering vergoedt deze percentages van de totale kosten (inclusief materiaal- en techniekkosten):

- kunstgebit (1), (2) of (3) voor de boven en/of de onderkaak: 75% (eigen bijdrage 25%)
- klikgebit (4) voor de onderkaak: 90% (eigen bijdrage 10%)
- klikgebit (4) voor de bovenkaak: 92% (eigen bijdrage 8%)
- een combinatie van (1), (2) of (3) in de ene kaak en (4) in de andere kaak: 83% (eigen bijdrage 17%)

Het percentage dat de basisverzekering niet vergoedt, is uw eigen bijdrage. Die moet u zelf betalen. De **aanvullende verzekeringen** Superfit en Tandfit A, B en C vergoeden (een deel van) deze eigen bijdrage, volgens de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar.

En hoe zit het met de implantaten?

Krijgt u voor het eerst een klikgebit? Dan heeft u ook implantaten nodig. De basisverzekering vergoedt de implantaten alleen als u een heel erg geslonken kaak zonder tanden heeft. Dan geldt de vergoeding Bijzondere tandheelkunde. U moet ons vooraf toestemming vragen. Heeft u geen heel erg geslonken kaak zonder tanden? Dan vergoeden de aanvullende verzekeringen Superfit of Tandfit A, B en C het aanbrengen van implantaten door de tandarts, volgens de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar.

En als het kunstgebit niet meer past of kapot is?

Dan kunt u het laten repareren of rebasen (opvullen) door een tandprotheticus of een tandarts. Heeft u het kunstgebit nog geen 4 maanden? Dan hoeft u daar niet voor te betalen. Is het ouder dan 4 maanden? Dan vergoedt de basisverzekering reparatie en rebasen (opvullen) voor 90%. U betaalt een eigen bijdrage van 10%.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- tandprotheticus

Andere vergoedingen

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vallen het kunstgebit en andere prothesen onder de vergoeding Tandheelkundige zorg tot 18 jaar.

● Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor het volledige uitneembare kunstgebit geldt het eigen risico. Voor het gedeeltelijke kunstgebit geldt geen eigen risico. Zo werkt het eigen risico

De eigen bijdrage

Voor een kunstgebit betaalt u een eigen bijdrage van 8, 10, 17 of 25%. De aanvullende verzekeringen Superfit en Tandfit A, B en C vergoeden (een deel van) deze eigen bijdrage. Zo werkt de eigen bijdrage

- **Dit moet u zelf doen**

U heeft vaak vooraf toestemming nodig

De volgende zorg vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven:

- een kunstgebit (1, 2 of 3 uit de opsomming hierboven) dat duurder is dan € 650 (inclusief materiaal- en techniekkosten) per kaak
- het vervangen van een kunstgebit (2 of 3 uit de opsomming hierboven) als dat minder dan 5 jaar oud is
- het klikgebit (4 uit de opsomming hierboven)
- het repareren of rebasen van een klikgebit
- zorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de mondzorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

● Fronttandvervanging

Ontbreken bij u de blijvende snij- of hoektanden en bent u jonger dan 23 jaar?

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, tot 23 jaar, als noodzaak is vastgesteld voor 18e verjaardag
Superfit	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
OntzorgPlus	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval van OntzorgPlus Kijk in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus
Tandfit A	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit B	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit C	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit Preventief	Soms, uit vergoeding Tandheelkundige zorg na een ongeval

● Wat u vergoed krijgt

Zijn bij u de blijvende snij- of hoektanden niet aangelegd? Of bent u ze door een ongeval kwijtgeraakt? Dan is het mogelijk om (weer) snij- of hoektanden aan te brengen. Dat gebeurt meestal met een implantaat en een kroon.

De basisverzekering vergoedt het vervangen van een of meer helemaal ontbrekende blijvende snij- of hoektanden. Dit moet gebeuren met niet-plastisch materiaal zoals een kroon of een brug. Implantaten die daarbij nodig zijn worden ook vergoed.

De tandarts moet vóór uw 18e verjaardag hebben vastgesteld dat dit bij u nodig is. De vergoeding stopt als u 23 jaar wordt.

Is de noodzaak pas na uw 18e verjaardag vastgesteld? Of ontbreekt een snij- of hoektand maar voor een deel? Dan vergoedt de basisverzekering de zorg niet. De **aanvullende verzekeringen** Superfit, OntzorgPlus, en Tandfit A, B en C vergoeden de zorg dan (gedeeltelijk), als de tandarts die uitvoert. Dan geldt de vergoeding [Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar](#) of [Tandheelkundige zorg na een ongeval](#).

Heeft u naast ontbrekende snij- of hoektanden andere ernstige gebitsproblemen? Dan kan fronttandvervanging onder de vergoeding [Bijzondere tandheeskunde](#) vallen.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- voor de basisverzekering: ook de kaakchirurg¹

● Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor de fronttandvervanging die onder de basisverzekering valt. [Zo werkt het eigen risico](#)

Geen eigen bijdrage

Voor fronttandvervanging betaalt u geen eigen bijdrage.

● **Dit moet u zelf doen**

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden deze zorg alleen als toestemming voordat de behandeling begint.

Soms moet u een verwijzing hebben

Moet u voor deze zorg naar de kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)? Dan moet u een verwijzing hebben van uw huisarts of de tandarts.

● **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de mondzorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. Kaakchirurg: Een kaakchirurg vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie

● Kaakchirurgie vanaf 18 jaar

Voor specialistische mondzorg.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Voor specialistische mondzorg gaat u naar de Mond-Kaak-Aangezichtschirurg (MKA-chirurg). Die wordt meestal kaakchirurg genoemd. Dat doen wij hierna ook.

De kaakchirurg werkt in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC¹).

De basisverzekering vergoedt chirurgische tandheelkundige zorg. Het röntgenonderzoek dat daarbij nodig is vergoeden wij ook. Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering ook de [Ziekenhuisopname](#).

Hier kunt u terecht

- kaakchirurg²

Dit wordt niet vergoed

- chirurgie aan het tandvlees (parodontale chirurgie)
- trekken van tanden en kiezen als de tandarts dat kan doen
- implantaten (behalve als het gaat om [Bijzondere tandheelkunde](#) of om [Fronttandvervanging](#))

Andere vergoedingen

Moet u naar de kaakchirurg voor een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking? Dan kan dat onder [Bijzondere tandheelkunde](#) vallen.

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan geldt de vergoeding voor [Tandheelkundige zorg tot 18 jaar](#).

● Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor kaakchirurgie vanaf 18 jaar geldt het eigen risico. [Zo werkt het eigen risico](#)

Geen eigen bijdrage

Voor kaakchirurgie vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

● Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de kaakchirurg gaat, moet u een verwijzing hebben van de tandarts, orthodontist, huisarts of een medisch specialist. Bij acute zorg³ is geen verwijzing nodig.

Soms heeft u vooraf toestemming van ons nodig

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie⁴ staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf [toestemming](#) hebben gegeven.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard die kaakchirurgen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. ZBC: Net als een ziekenhuis een instelling voor medisch-specialistische zorg, maar meestal voor niet-spoedeisende, minder complexe zorg waarvoor u niet wordt opgenomen
2. Kaakchirurg: Een kaakchirurg vindt u in het BIG-register als tandarts-specialist voor mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie
3. Acute zorg: Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie
4. Limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie: Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

● **Bijzondere tandheelkunde**

Als gewone tandzorg niet voldoende is.

● **Vergoeding per verzekering**

Basisverzekering	100%, soms betaalt u een eigen bijdrage
Superfit	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit A	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit B	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit C	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar
Tandfit Preventief	De eigen bijdrage, uit vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

● **Wat u vergoed krijgt**

Voor een gezond en goed werkend gebit hebben de meeste mensen genoeg aan de 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist.

Soms is die zorg niet voldoende. Bijvoorbeeld omdat u een bijzondere aandoening heeft aan uw gebit, kaak of mond. Of omdat u een lichamelijke of geestelijke aandoening heeft. In zo'n geval kan extra of andere mondzorg nodig zijn. We noemen die zorg 'bijzondere tandheelkunde'.

Alleen in bijzondere situaties

De **basisverzekering** vergoedt bijzondere tandheelkunde in 3 situaties:

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een niet-aangeboren afwijking of probleem van tanden, kaak of mond heeft. Bijvoorbeeld: het ontbreken van tanden of kiezen door een erfelijke oorzaak. Of gebitsproblemen door chemotherapie.
2. Bij een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening. Bijvoorbeeld: ernstige Parkinson, een verstandelijke beperking of extreme angst.
3. Als u een medisch-noodzakelijke behandeling moet krijgen die zonder bijzondere tandheelkundige zorg geen goed resultaat zal hebben. Bijvoorbeeld: een orgaantransplantatie of een hartoperatie, waarvoor de mond ontstekingsvrij moet worden gemaakt.

Is situatie 1 of 2 voor u van toepassing? Dan krijgt u de zorg alleen vergoed als uw gebit zonder de bijzondere tandheelkunde niet op de voor u normale manier kan (blijven) functioneren. De basisverzekering vergoedt de bijzondere tandheelkunde die nodig is om er voor te zorgen dat u de voor u normale tandfunctie terugkrijgt of behoudt.

Is situatie 3 voor u van toepassing? Dan vergoedt de basisverzekering de bijzondere tandheelkunde die nodig is om de andere behandeling mogelijk te maken én de zorg om uw gebit op de voor u normale manier functionerend te houden.

Soms: implantaten

Krijgt u een volledige uitneembare prothese (kunstgebit) op implantaten? Dan vallen de implantaten onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als u een heel erg geslonken kaak heeft, zonder tanden.

Meestal niet: orthodontie

Orthodontie valt alleen onder de vergoeding voor bijzondere tandheelkunde als:

- u een heel ernstige ontwikkelingsstoornis of groeistoornis heeft aan tanden, kaak of mond, en
- die stoornis ook door andere zorgverleners dan een tandarts of een orthodontist moet worden behandeld

Als het nodig is: opname

Is het voor deze zorg nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering ook de Ziekenhuisopname.

Let op: meestal betaalt u een eigen bijdrage

Dit geldt als u 18 jaar of ouder bent en tegelijk met de bijzondere tandheelkunde ook zorg krijgt die niet direct met situatie 1, 2 of 3 te maken heeft. Bijvoorbeeld: als u ernstige Parkinson heeft en er een gaatje wordt gevuld. U betaalt dan als eigen bijdrage het bedrag dat u had moeten betalen als u 'gewoon' voor dat gaatje was behandeld.

Heeft u een **aanvullende verzekering** Superfit of Tandfit? Voor de eigen bijdrage geldt de vergoeding Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- kaakchirurg
- orthodontist
- Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)

• Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor bijzondere tandheelkunde geldt het eigen risico. Zo werkt het eigen risico

De eigen bijdrage

Voor tandheelkundige behandelingen die niet rechtstreeks met de aandoening te maken hebben betaalt u een eigen bijdrage. Zo werkt de eigen bijdrage

• Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden bijzondere tandheelkunde alleen als wij toestemming hebben gegeven voordat de behandeling begint. Let op: wij kunnen de toestemming intrekken als u instructies van de zorgverlener niet volgt (bijvoorbeeld: een beugel niet draagt).

Soms moet u een verwijzing hebben

Gaat u voor deze zorg naar een kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT)? Dan moet u daarvoor een verwijzing hebben van uw tandarts, huisarts, een medisch specialist, een jeugdarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts').

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Mond en gebit

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die tandartsen en tandarts-specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

● Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Voor een goed gebit in een gezonde mond.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Beperkt, volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde
Startfit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 1.600 algemene tandheelkundige zorg Max. per kalenderjaar
Tandfit A	€ 200, waarvan max. € 75 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandfit B	€ 500, waarvan max. € 150 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandfit C	€ 1.250, waarvan max. € 250 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandfit Preventief	<ul style="list-style-type: none">• controle en preventie volledig• andere tandheelkundige zorg: € 2.000, waarvan max. € 300 voor vullingen en tandvleesbehandelingen samen• elektrische tandenborstel + opzetborsteltjes <p>Vergoedingen: max. per kalenderjaar Tandenborstel: 1 per 3 jaar Opzetborsteltje: 1 per kwartaal Geen vergoeding voor: kronen, bruggen, wortelkanaalbehandelingen, implantaten en prothesen</p>

● Wat u vergoed krijgt

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoedt de basisverzekering alleen de kaakchirurg, het kunstgebit, Fronttandvervanging en Bijzondere tandheelkunde. Waar u recht op heeft staat in die vergoedingen. De meeste 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist en orthodontie vergoedt de basisverzekering niet.

De aanvullende verzekeringen Superfit en Tandfit A, B, C en Preventief vergoeden algemene tandheelkundige zorg wel als u 18 jaar of ouder bent. De vergoedingen staan hieronder, per verzekering. De codes tussen haakjes staan op de nota van de tandarts. Voor orthodontie geldt een andere vergoeding.

Mond en gebit

Superfit

Superfit vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.600 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet.

Tandfit A

Tandfit A vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 200 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 75 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit B

Tandfit B vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 500 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 150 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit C

Tandfit C vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.250 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 250 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit Preventief

Tandfit Preventief vergoedt deze preventieve behandelingen:

- consult ten behoeve van een intake (C001)
- consult periodieke controle (C002)
- consult, niet zijnde periodieke controle (C003)
- aanvullende anamnese (C010)
- mondzorg aan huis (C020)
- preventieve voorlichting (M01)
- evaluatie van preventie (M02)
- gebitsreiniging (M03)
- fluoridebehandeling (M40)
- onderzoek bacteriën en enzymen (M32)
- röntgenfoto (X10) of beoordelen daarvan (X11), maar niet voor orthodontie
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag) (V30, V35)

Tandfit Preventief vergoedt ook de meeste andere codes voor tandheelkundige zorg, tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar. Van dat bedrag kunt u maximaal € 300 besteden aan vullingen (V-codes) en tandvleesbehandelingen (parodontologie, T-codes) samen. Had u in 2019 ook Tandfit Preventief? Dan geldt de beperking voor vullingen en tandvleesbehandelingen niet voor u. Ze worden dan samen met de andere codes tot € 2.000 vergoed.

En: bij Tandfit Preventief krijgt u 1 keer per 3 jaar een elektrische tandenborstel, en elk kwartaal een nieuw opzetborsteltje.

Mond en gebit

Tandfit Preventief vergoedt niet (zorg die te maken heeft met):

- kronen, bruggen en inlays²
- kunstgebit
- implantaten
- wortelkanaalbehandeling
- orthodontie

Voor Superfit, Tandfit A, B, C en Preventief geldt:

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose en de voorbereiding daarvan (A20³, A30)
- uitwendig bleken (E97)
- facings (V15, R78, R79)
- behandeling van witte vlekken (M80, M81)
- MRA⁴ (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)
- gebits- en mondbeschermer (M61)

Ongeval?

Heeft u een ongeval gehad en is uw gebit beschadigd? Er is een aparte vergoeding voor Tandheelkundige zorg na een ongeval.

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Voor deze tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

● Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als een behandeling alleen cosmetisch is, of als u een zorgafpraak niet nakomt ('no show').

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

1. M-codes: M01 preventieve voorlichting, M02 evaluatie van preventie, M03 gebitsreiniging, M30 behandelen gevoelige tandhalzen, M32 onderzoek bacteriën/enzymen, M40 fluoridebehandeling
2. Inlays: Op maat gemaakte vullingen
3. A20: De codes tussen haakjes staan op de rekening van je tandarts
4. MRA: Dit valt onder de vergoeding hulpmiddelen: MRA

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
 - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
 - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.
3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid,

onderdelen a tot en met c:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.
6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

1. De eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.
2. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, 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 tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:

- a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
 - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.