

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500380

Partijen

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

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. Verzoekster heeft bij brief van 22 september 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 6 oktober 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 16 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is diezelfde dag aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 14 januari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025029244) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 15 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard zich van een reactie te onthouden. Van verzoekster heeft de commissie geen reactie ontvangen.
- 1.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 29 december 2025 respectievelijk 6 januari 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Basis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Namens verzoekster is op 4 oktober 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor het aanbrengen van implantaten in de edentate bovenkaak. Bij brief van 22 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat geen vergoedingsaanspraak bestaat.

- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 6 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Namens verzoekster is op 31 december 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor het aanbrengen van implantaten in de bovenkaak. Bij brief van 21 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat ook deze aanvraag is afgewezen.
- 2.5. Bij brief van 14 januari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het aanbrengen van vier implantaten in de bovenkaak te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, dan wel dat hij daartoe uit coulance zou moeten overgaan. Daarnaast heeft zij de commissie verzocht om de ziektekostenverzekeraar te veroordelen in de kosten van de onderhavige procedure ten bedrage van € 37,--.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij brief van 22 september 2025 aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat niet is voldaan aan de voorwaarden die gelden om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van implantaten ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster heeft in dit verband een brief van haar huisarts van 7 november 2024 overgelegd, waaruit blijkt dat er wel degelijk medische problemen zijn die maken dat zij vier implantaten in de bovenkaak nodig heeft. Bovendien kan het uitblijven van deze behandeling resulteren in verdere gezondheidsproblemen en de daarmee gepaard gaande kosten. Ook de tandarts van verzoekster heeft verklaard dat de implantaatbehandeling in medisch opzicht noodzakelijk is.
- 3.3. Volgens verzoekster komt zij in aanmerking voor vergoeding van de aangevraagde implantaten ten laste van de zorgverzekering. De afwijzing en heroverweging van de ziektekostenverzekeraar zijn onvoldoende gemotiveerd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde implantaten. Bij e-mailbericht van 6 november 2024 heeft hij toegelicht dat hij de zorgvraag niet ter discussie stelt, maar dat hij heeft beoordeeld of aanspraak bestaat vanuit de zorgverzekering.
 Implantaten kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering (1) als een verzekerde geen tanden en kiezen meer heeft in de kaak en de implantaten nodig zijn om een prothese goed te laten zitten. Het moet dan gaan om een zeer ernstig geslonken kaak en een uitneembare prothese die op de implantaten wordt bevestigd. Daarnaast kunnen implantaten worden vergoed bij (2) een uitzonderlijke situatie waarbij een ernstige functiestoornis optreedt. Het moet dan gaan om (a) een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, of (b) een niet tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening of (c) een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft, en waarbij het gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan behouden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.
 De commissie heeft in meerdere bindende adviezen uitgelegd dat uit de toelichting op de wetgeving blijkt dat het bij (a) moet gaan om een zeer ernstige afwijking. De aandoening moet een

ernstige functiestoornis opleveren, zoals oligodontie of schisis of een ernstig trauma waarbij niet alleen tanden maar ook een deel van het kaakbot verloren is gegaan.

In het geval van verzoekster kan niet worden gesproken van een ernstig geslonken kaak (1). De tandheelkundige situatie van verzoekster kan daarnaast niet worden aangemerkt als een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel als bedoeld onder (2, a). De door verzoekster omschreven problemen zijn weliswaar vervelend, maar kunnen niet worden aangemerkt als een ernstig functieprobleem zoals bedoeld in de regelgeving.

- 4.2. Bij brief van 21 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat tandheelkundige implantaten kunnen worden vergoed bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare gebitsprothese. Uit de behandelhistorie moet blijken dat een definitieve gebitsprothese (niet op implantaten) niet voldoet. Bij verzoekster is geen sprake van een ernstig geslonken kaak en daarom komen de implantaten niet voor vergoeding in aanmerking.
- 4.3. In zijn brief van 16 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat uit artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering volgt dat retentieproblemen van de prothese bij een edentate kaak alleen een vergoedingsgrond vormen als de kaak ernstig is geslonken. Dit is door het Zorginstituut bevestigd in zijn duiding van 1 maart 2016 (Aanspraak implantaatgedragen prothesen n.a.v. richtlijnen beroepsgroep). Als er andere factoren zijn dan de ernstig geslonken kaak, waardoor de prothese niet goed blijft zitten, is het aanbrengen van implantaten geen verzekerde zorg. Op basis van een beoordeling van de OPT en de lichtfoto's kan niet worden geconcludeerd dat bij verzoekster sprake is van een ernstig geslonken kaak. Dit lijkt ook niet te worden betwist. Door verzoekster wordt benadrukt dat de prothese in de praktijk duidelijk niet goed zit en veel klachten geeft. Dit moet volgens haar worden opgelost.
In de eerste aanvraag staat dat de huidige prothese niet goed zit door een 'beperkte tuber' en 'verminderde omslagplooï'. In de tweede aanvraag wordt nogmaals benadrukt dat door de retentieproblemen maagklachten en gewichtsverlies optreden. Nu bij verzoekster geen sprake is van een ernstig geslonken kaak, maar in de aanvraag wel melding wordt gemaakt van een 'beperkte tuber' en 'verminderde omslagplooï', wordt door de zorgverlener dus een beroep gedaan op andere bijzondere factoren waardoor de prothese niet goed blijft zitten.
Dat maakt de retentieproblemen van verzoekster weliswaar niet minder vervelend, maar dit is nu juist een situatie waarvan het Zorginstituut heeft bevestigd dat zorgverzekeraars de implantaten niet mogen vergoeden uit de zorgverzekering.
Het is de ziektekostenverzekeraar duidelijk waarom de aanvraag is gedaan, namelijk voor retentieproblemen bij door de zorgverlener gemelde bijzondere factoren van de edentate kaak, niet-zijnde een ernstig geslonken kaak, te weten de 'beperkte tuber' en 'verminderde omslagplooï'. Dit betreft echter geen verzekerde zorg.
De ziektekostenverzekeraar heeft voorts opgemerkt dat niet blijkt van een bijzondere tandheelkundige indicatie, waarbij in uitzonderlijke situaties met een ernstige functiestoornis implantaten kunnen worden vergoed als bijzondere tandheelkunde zoals bedoeld in artikel 2.7, eerste lid sub a, b en c van het Besluit zorgverzekering. Fysieke klachten, zoals maagklachten en gewichtsvermindering, die mogelijk worden veroorzaakt door een niet goed zittende prothese, vormen geen grond voor vergoeding van implantaten vanuit de regeling voor bijzondere tandheelkunde.
Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij geen aanleiding ziet om in dit geval een vergoeding te verlenen op grond van coulance. Coulance wordt alleen in een zeer uitzonderlijke medische situatie overwogen, waarbij de wetgever redelijkerwijs niet aan die situatie heeft kunnen denken, en er daarom niet in heeft voorzien. Dat is in het onderhavige geval niet aan de orde. Een goed zittende gebitsprothese is voor alle verzekerden die hierop zijn aangewezen essentieel, en er is een grote groep waarvoor implantaten worden aangevraagd op basis van "andere factoren" van de kaak dan het hebben van een ernstig geslonken kaak. In al die gevallen komen de implantaten

voor eigen rekening. Dat het niet beschikken over een goed zittende gebitsprothese zeer beperkend is, en ook medische gevolgen kan hebben, maakt dit niet anders.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 14 januari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

Voor aanspraak op implantaten die dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese 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).

In het dossier zijn foto's van de mond van verzoekster bijgevoegd waarop een gezonde edentate bovenkaak te zien is zonder drukplekken of wondjes. De tubers achter in de mond zijn wel aanwezig maar niet uitgesproken groot. De röntgenfoto laat een bovenkaak zien zonder ernstige resorptie. Nu bij verzoekster geen sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak, voldoet verzoekster niet aan de voorwaarden voor vergoeding van implantaten ter bevestiging van een uitneembare prothese. Uit het dossier blijkt bovendien dat bij verzoekster sprake van een contra-indicatie voor implantaten, namelijk roken.

Ten overvloedige merkt het Zorginstituut op dat bij verzoekster evenmin sprake is van functionele klachten die het gevolg zijn van ernstige kaakresorptie. Uit het dossier blijkt dat verzoekster klachten ervaart ten gevolge van andere complicerende factoren: ontbreken tuber, weinig omslagplooi, maagklachten door niet goed kunnen eten, gewichtsproblemen, afzonderen en pijnklachten.

In de brief ‘Aanspraak implantaatgedragen prothesen n.a.v. richtlijnen beroepsgroep’ heeft het Zorginstituut aangegeven dat functionele klachten ten gevolge van andere complicerende factoren geen aanspraak geven op vergoeding van een implantaatgedragen prothese vanuit de basisverzekering:

“Er wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen verzekerden die lang tandeloos zijn met functionele klachten ten gevolge van ernstige resorptie en verzekerden die lang tandeloos zijn met functionele klachten ten gevolge van andere complicerende factoren. Voor deze laatste groep kan weliswaar een zorginhoudelijke indicatie aanwezig zijn om een implantaatgedragen prothese te plaatsen indien geen adequaat functionerende gebitsprothese meer mogelijk is, maar een implantaatgedragen prothese behoort dan niet tot de te verzekeren prestaties van de basisverzekering. Er is dan immers niet voldaan aan de eis van een ernstig geslonken tandeloze kaak, zoals omschreven in artikel 2.7, tweede lid van het Besluit zorgverzekering.”

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat bij verzoekster geen sprake is van een zeer ernstig geslonken kaak. Verzoekster kan hierdoor geen aanspraak maken op de vergoeding van vier implantaten in de bovenkaak ten laste van de basisverzekering.

Het advies

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

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 die over bijzondere tandheelkunde en 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 de vaste lijn van de commissie vervalt door het indienen van een nieuwe aanvraag de voorgaande. In dit geval dateert de laatste aanvraag van 31 december 2024. Deze is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, maar er is niet gebleken dat verzoekster om heroverweging van die beslissing heeft gevraagd of dat een heroverweging heeft plaatsgevonden. De commissie zal daarom voor de beoordeling de eerdere aanvraag van 4 oktober 2024 als uitgangspunt nemen. Dit betreft een aanvraag voor bijzondere tandheelkunde. De commissie overweegt als volgt.
- 7.3. De zorgverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. Hieronder valt ook het aanbrengen van implantaten in een tandeloze kaak. Dit blijkt uit artikel B.12.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hetgeen hier is beschreven is gebaseerd op artikel 2.7, tweede lid, Bzv. Tandheelkundige implantaten kunnen worden vergoed als deze worden aangebracht ter bevestiging van een uitneembare prothese in het geval van een ernstig geslonken tandeloze kaak, zoals bedoeld in artikel 2.7, tweede lid, Bzv.
- 7.4. Op 14 januari 2026 heeft het Zorginstituut een advies aan de commissie uitgebracht. In dit advies heeft het Zorginstituut uitgelegd dat op de foto’s van de mond van verzoekster een gezonde edentate bovenkaak te zien is zonder drukplekken of wondjes. De tubers achter in de mond zijn wel aanwezig, maar niet uitgesproken groot. De röntgenfoto laat een bovenkaak zien zonder ernstige resorptie. Nu bij verzoekster geen sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak, voldoet zij niet aan de voorwaarden voor vergoeding van implantaten ter bevestiging van een uitneembare prothese. Uit het dossier blijkt bovendien dat bij verzoekster sprake is van een contra-indicatie voor implantaten, namelijk roken. Ten overvloede merkt het Zorginstituut op dat bij verzoekster ook geen sprake is van functionele klachten ten gevolge van kaakresorptie. De door verzoekster ervaren klachten geven geen aanspraak op een implantaat gedragen prothese ten laste van de zorgverzekering. De commissie begrijpt dit aldus dat verzoekster ook op grond van artikel 2.7, eerste lid, Bzv niet in aanmerking komt voor het gevraagde. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor het aanbrengen van de vier implantaten in de bovenkaak. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, waaronder haar stelling dat de behandeling volgens haar tandarts en huisarts noodzakelijk is, geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken. De commissie overweegt dat waar het gaat om de zorgverzekering, het primaat van de beoordeling of iemand medisch gezien op een bepaalde behandeling is

aangewezen bij de behandelend arts of tandarts ligt. Als deze een medische indicatie stelt, is het vervolgens aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of de behandeling ook voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Het feit dat een behandelend arts of tandarts van oordeel is dat een behandeling medisch gezien nodig is, maakt dus niet automatisch dat de kosten hiervan moeten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

Dat de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing en heroverweging onvoldoende heeft gemotiveerd, ziet de commissie niet in. De ziektekostenverzekeraar is uitgebreid ingegaan op de mogelijke grondslagen voor vergoeding, waarbij hij ook aandacht heeft besteed aan de andere indicaties die in het kader van bijzondere tandheelkunde een rol zouden kunnen spelen, te weten die welke zijn vermeld in artikel 2.7, eerste lid, onder a, b en c Bzv.

Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde implantaten ten laste van de zorgverzekering.

- 7.5. Verzoekster heeft daarnaast verzocht om vergoeding uit coulance. De commissie overweegt in dit verband dat voor de mogelijkheid van een vergoeding uit coulance geldt dat de beslissing daarover is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. Dit is slechts anders indien sprake zou zijn van willekeur, dat wil zeggen het verschillend behandelen van overigens gelijke gevallen. Dit laatste is echter in de procedure gesteld noch gebleken.
- 7.6. Gelet op het voorgaande ziet de commissie geen aanleiding om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de procedure, te weten het betaalde klachtgeld ten bedrage van € 37,-, aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 maart 2026,

L. Ritzema

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.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [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 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: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [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: 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: 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 bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [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: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

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

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 bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [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.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.
Er is altijd sprake van een zeer ernstige stoornis waarbij medebehandeling van andere disciplines dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

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.
- Bij prothetische nabehandeling is een behandelplan nodig.
Als bij een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling een prothetische nabehandeling nodig is, moet een vooraf een multidisciplinair behandelplan door alle betrokken zorgverleners opgesteld worden.

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 orthodontist of tandarts voor orthodontie, die voldoet aan de extra eisen van de VTvo, meesturen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- 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.
- Tandarts voor orthodontie die voldoet aan de extra eisen van de VTvo.
- 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.