

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaatbehandeling

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31
Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202102236

Zittingsdatum : 6 juli 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 25 januari 2022 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 31 januari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 29 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 4 mei 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 8 juni 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022018381) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 juni 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 21 juni 2022 respectievelijk 23 juni 2022 verklaard niet te willen worden gehoord. Wel hebben zij bij e-mailbericht van 26 respectievelijk brief van 27 juni 2022 gereageerd op het advies van het Zorginstituut.
- 2.5. De nagekomen stukken zijn op 12 juli 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 8 juni 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 13 juli 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Module Tand € 750,- (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 3.2. Verzoeker heeft een tandeloze onderkaak, en droeg voorheen een reguliere gebitsprothese. Deze was niet goed passend te krijgen. Verzoeker kon hierdoor niet goed eten en vermagerde sterk. Zijn tandarts adviseerde hem vier implantaten in de onderkaak te laten aanbrengen met een hierop te bevestigen uitneembare prothese. De implantaatbehandeling is in maart 2019 uitgevoerd, en de kosten hiervan heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. Bij brief van 11 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat twee implantaten voor vergoeding in aanmerking komen. Het klikgebit is ook aan verzoeker vergoed. Hierover heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker apart bericht.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om heroverweging van zijn beslissing slechts twee van de vier implantaten te vergoeden. Bij brief van 18 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 8 juni 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

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

De onderkaak van verzoeker is niet uniform geslonken, de kaak is vooral geslonken in het gedeelte waar de kiezen waren. Hierdoor zijn er meerdere kaakhoogtes vermeld(...) variërend van 12,8 mm tot 26 mm. In het operatieverslag d.d. 30 september 2019 vermeldt de behandelaar een kaakhoogte van minder dan 10 mm. Tegelijkertijd staat er ook dat ICX implantaten met afmetingen van 3,45 mm x 10 mm zijn geplaatst. Op de orthopantomogram (OPG) van de behandelend tandarts waar de implantaten zijn geplaatst is te zien dat de implantaten tot halverwege de kaakhoogte reiken. Hieruit blijkt dat de kaakhoogte ter plekke van de implantaten groter dan 20 mm is. De kaakhoogte van de gehele onderkaak ligt daarmee ruimschoots boven het maximum. Verder kan worden opgemerkt dat het plaatsen van een extra implantaat in de regio van de kleine kiezen wederzijds weinig houvast aan de klikprothese zal geven. De situatie in de onderkaak voldoet daarom niet aan de voorwaarde van een zeer ernstig geslonken tandeloze onderkaak, zoals gedefinieerd in de richtlijnen.

Conclusie

Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van de resterende twee implantaten ten laste van de basisverzekering. Er is bij verzoeker geen sprake van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker voldoet niet aan de wettelijke voorwaarden voor vergoeding van implantaten en kan geen daarom geen aanspraak maken ten laste van de basisverzekering. (...)"

4. Het geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog een vergoeding te verlenen voor de twee implantaten die voor zijn rekening zijn gebleven, ten laste van de zorgverzekering, en
- (ii) de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan hem moet vergoeden.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg, en meer specifiek bijzondere tandheelkunde, 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.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat uit de verklaring van de tandarts blijkt dat bij hem sprake is van een kaakhoogte van 10 millimeter. Volgens de ziektekostenverzekeraar worden vier implantaten vergoed bij een kaakhoogte van maximaal 12 millimeter. Hoe de ziektekostenverzekeraar tot zijn afwijzing is gekomen, is verzoeker daarom onduidelijk. Bovendien beoordelen de adviserend tandartsen van de ziektekostenverzekeraar de situatie op grond van een foto. De tandarts heeft verzoeker daarentegen zelf onderzocht, en hij is van mening dat het kaakbot zeer laag en zeer dun is, en dat vier implantaten nodig zijn. De tandarts is gediplomeerd en bekend bij de ziektekostenverzekeraar. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn de twee implantaten vergoed uit coulance. Tijdens de behandeling van deze kwestie is echter nooit over coulance gesproken.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat door verzoeker geen voorafgaande toestemming is gevraagd voor de behandeling, hoewel dit op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering wel had moeten. Verder geldt dat de ziektekostenverzekeraar bij de beoordeling uitgaat van de behandelrichtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) en het Kennisinstituut mondzorg (KIMO). In de richtlijn 'Overkappingsprothese voor implantaten in de edentate onderkaak' van het KIMO staat in onderdeel 3 wanneer meer dan twee implantaten zijn aangewezen. De situatie van verzoeker valt niet onder het bepaalde in onderdeel 3. Zijn situatie is onder te brengen bij aanbeveling 6. Met het orthopantomogram (OPG) van 29 september 2018 is de kaakhoogte gemeten tot halverwege de kaak. Volgens de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar is de afmeting tot halverwege 12,8 tot 13,7 millimeter. Daarmee is de totale kaakhoogte ten minste het dubbele. Omdat de klinische kaakhoogte beperkt is, werd alsnog toestemming gegeven voor twee implantaten. Volgens de adviserend tandarts heeft de ziektekostenverzekeraar hiermee coulance gehandeld. Het gaat hier om een naturaverstrekking zonder bijbetaling. Voor vergoeding van twee implantaten met een bijbetaling bestaat onder de zorgverzekering eigenlijk geen ruimte. Het klikgebit valt onder een andere regeling dan implantaten. Dit houdt in dat een verzekerde aanspraak heeft op een klikgebit zodra er implantaten zijn, behalve als dit gebit onnodig kostbaar is. Dat laatste is bij verzoeker niet aan de orde.

Overwegingen commissie

- 6.4. In artikel 11 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op het aanbrengen van een implantaat als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese. Het staat vast dat bij verzoeker sprake is van een tandeloze kaak. Hij heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vier implantaten met een hierop te bevestigen uitneembare prothese voor de onderkaak. Wat partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker aanspraak heeft op twee dan wel vier implantaten ten laste van de zorgverzekering. De behandelend tandarts heeft in dit verband verklaard dat is gekozen voor vier implantaten omdat het kaakbot zeer dun is en de bothoogte ca. 10 millimeter bedraagt. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou het gaan om een bothoogte van ten minste 26 millimeter. Hij baseert zich hierbij op het gemaakte OPG.

- 6.5. Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld en komt tot de conclusie dat de onderkaak van verzoeker niet uniform is geslonken. Er zijn verschillende kaakhoogtes vermeld. Uit het OPG volgt dat de implantaten, met een lengte van 10mm, tot halverwege de kaakhoogte reiken, wat tot de conclusie leidt dat de hoogte van de kaak ter plaatse van de implantaten meer dan 20 mm moet zijn. De kaakhoogte van de gehele onderkaak ligt daarmee ruimschoots boven het maximum. Het Zorginstituut komt op basis hiervan tot de conclusie dat bij verzoeker geen sprake is van een zodanig ernstig geslonken onderkaak dat hij aanspraak heeft op het aanbrengen van vier implantaten ten laste van de zorgverzekering. De commissie ziet geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken, en maakt de conclusie hiervan tot de hare.
- 6.6. Het Zorginstituut tekent nog aan dat het plaatsen van een extra implantaat in de regio van de kleine kiezen wederzijds weinig houvast aan de klikprothese zal geven. Dit kan echter in het midden blijven. Hetzelfde geldt voor hetgeen verzoeker heeft gesteld ten aanzien van het al dan niet uit coulance vergoeden van de beide andere implantaten, door de ziektekostenverzekeraar. Over de bij verzoeker geplaatste implantaatgedragen uitneembare volledige prothese zijn partijen niet verdeeld zodat dit onderdeel verder onbesproken kan blijven.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 augustus 2022

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.

3. Als de prothese binnen 5 jaar (de hierboven genoemde protheses a, c en d) of een immediaatprothese (b) binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
4. Wij hanteren een maximum bedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen. Laat u een volledige boven- of een volledige onderprothese maken en plaatsen? En zijn de techniek- en materiaalkosten hoger dan ons maximumbedrag? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
5. Laat u een nieuwe volledige prothese (klikgebit) op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor boven- en/of onderkaak maken? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Dit is niet nodig voor de reparatie en rebasing van een uitneembare volledige prothese op implantaten die ouder is dan 5 jaar.
6. U heeft recht op reparaties aan een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak, uitneembare volledige immediaatprothese of uitneembare volledige vervangingsprothese door een tandtechnicus, als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in de prothese waarbij de delen van de prothese eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan de prothese.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

Artikel 11 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 uitneembare volledige prothese (klikgebit).

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of 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 of kaakchirurg voor de behandeling? Dan moet uw tandarts of tandarts-implantoloog u hebben doorverwezen. De tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar een tandarts of tandarts-implantoloog.
3. 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 13 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 12 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

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

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

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
3. U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.

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