

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en CZ Zorgverzekeringen N.V.  
en OWM CZ groep U.A., beide te Tilburg

Zaak : Mondzorg, fronttandvervanging, implantaten met kronen ter plaatse  
van elementen 14 en 24

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv,  
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022

Zaaknummer : 202200705

Zittingsdatum : 25 januari 2023

## 1. Partijen

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

en

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

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 25 april 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 september 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 7 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 november 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 30 november 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022045807) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde dag 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. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 januari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 3 februari 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 november 2022 aanpassing behoeft. Bij brief van 14 februari 2023 heeft het Zorginstituut de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 15 februari 2023 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Zij hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij verzoekster zijn twee snijtanden (12 en 22) niet aangelegd. De behandelend tandarts heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor het aanbrengen van implantaten met hierop kronen ter plaatse van de elementen 14 en 24. Hij heeft hierbij het volgende toegelicht:

*"Gezien de smalle elementen en de dunne fenotype van [verzoekster], waardoor augmentatie moeizaam zou zijn en de prognose van smalle 3.0 mm implantaten minder voorspelbaar is, is er besloten de diastemen welke door agenesie van de 12 en 22 in het front zouden ontstaan te sluiten, en de relatie kleine 13 en 23 op te bouwen en als lateralen te laten functioneren en de 14 en 24 als cuspidaten (hoektandgeleiding liever niet over de implantaten). Op de locatie 14 en 24 zullen wij nu 2 implantaten plaatsen met 2 kronen, echter pas nadat de orthodontist de diastemen wat verder heeft geopend opdat plaatsen van 3.5 mm implantaten veilig is uit te voeren".*

- 3.3. In de 'Aanvraag machtiging' van 25 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar op 23 maart 2022 aan de behandelend tandarts meegedeeld dat geen akkoord wordt gegeven voor de aangevraagde behandeling. Bij brief van 23 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar dit aan verzoekster meegedeeld. Blijkens de 'Aanvraag machtiging' van 29 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag op 12 april 2022 wederom afgewezen.
- 3.4. Bij brief van 30 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 14 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.
4. **Standpunt verzoekster**
  - 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde behandeling alsnog goed te keuren, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
  - 4.2. Verzoekster heeft in dat verband aangevoerd dat in het Vademecum Tandheelkunde is vastgelegd dat aanspraak bestaat op tandvervangende hulp indien een snij- en/of hoektand niet is aangelegd of vóór het 18e levensjaar in zijn geheel of gedeeltelijk (met achterblijven van de wortel) verloren is gegaan als gevolg van een ongeval. De aangevraagde implantaten dienen in dit geval ter opvulling van de onderbrekingen in de tandboog die een gevolg zijn van het niet aangelegd zijn van de elementen 12 en 22. De in het Vademecum genoemde situatie is daarom bij haar aan de orde.
  - 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij twee laterale incisieven mist. Dit zijn twee snijtanden. Er moest een behandelplan voor worden gemaakt. Het implanteren op de locatie van de kleine snijtand is vrij lastig. Om daar te kunnen behandelen, moet er redelijk veel gebeuren. Waar geen tand is, is in principe ook geen bot aanwezig. Als bij een jongere patiënt wordt geïmplanteerd, zal er waarschijnlijk nog een herbehandeling moeten plaatsvinden. Verzoekster heeft ook vrij kleine tanden. Het implantaat dat kan worden gebruikt is vrij klein, en is op de langere termijn niet geschikt. Dit is de reden dat de tandarts heeft gekozen voor een andere aanpak. Van de premolaren zijn hoektanden gemaakt. Verzoekster vraagt zich af welk element er dan wel wordt vervangen als het niet de laterale incisieven zijn, aangezien de rest van de tanden aanwezig is. Verzoekster leest in de regelgeving niet terug dat de vervanging op de plek moet zijn van de laterale incisieven. Er wordt hier een weg gekozen die voor de patiënt een veel betere is, en de kosten worden hiermee gereduceerd omdat de kans op aanvullende behandelingen wordt verkleind. Daarom begrijpt verzoekster de afwijzing niet.
  - 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 verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde tandheelkundige behandeling, omdat deze niet valt binnen de reikwijdte van artikel 2.7, zesde lid, Bzv. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat de implantaten op de plaats van elementen 14 en 24 komen. De aanspraak op fronttandvervangning is niet inwisselbaar na het sluiten van de frontdiastemen (de ruimtes tussen de voortanden) met implantaten naar de plek naast de voortanden. De ziektekostenverzekeraar heeft zich hierbij onder andere gebaseerd op een advies van het Zorginstituut (voorheen: College voor Zorgverzekeringen) van 27 maart 2006 (26016171 (27085162)). Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar geen akkoord gegeven voor de aangevraagde behandeling.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat er twee discussies zijn, namelijk de juridische en de zorginhoudelijke discussie. De regelgeving is zoals deze is, en dat leidt tot deze afwijzing. Door het verplaatsen wordt er niet meer voldaan aan de voorwaarden. Dit is ook steeds het advies van het Zorginstituut geweest. Er is ook nog een eerder advies geweest van het Zorginstituut van 7 februari 2018, (SKGZ201701251), waarin een vergelijkbare discussie speelde. Voor het zorginhoudelijke deel begrijpt de ziektekostenverzekeraar dat hierover een discussie is te voeren. Maar deze discussie moet via het Zorginstituut lopen. De ziektekostenverzekeraar heeft gekeken naar het advies van het Zorginstituut. Het moet gaan om tandvervangende hulp in het front, en dit kan niet worden uitgewisseld met de zijdelingse delen. Het gaat in de regelgeving om vervanging van een ontbrekende blijvende snij- of hoektand. Op het moment dat het functieprobleem niet meer bestaat, kan er niet nog een implantaat in een andere regio worden geplaatst. Er zijn in het verleden ook al meerdere soortgelijke zaken geweest. Het gaat verder om een aanspraak tot 18 jaar, die mag worden uitgevoerd tot de leeftijd van 23 jaar. Zodra dit is gebeurd, stopt de vergoeding. Het element, dat uiteindelijk wordt geplaatst, betreft ook een premolaar. Het wordt ook als zodanig gevormd. Als er nu een vergoeding wordt verleend, geeft dit een grote precedentwerking. Dit kan ook in de toekomst fraudegevoelig zijn.
- 5.3. 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 30 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

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

*In verband met de niet aangelegde bovenfronttanden is er bij verzoekster gekozen voor het sluiten van de diastemen met behulp van orthodontie. De hoektanden (13/23) worden verplaatst naar de plaats van de bovenfronttanden (12/22) en de premolaren op de plaats van de hoektanden (13/23). Hierdoor ontstaat er een volgend probleem, en dat is het diasteem ter plaatste van de premolaren (14/24). Verzoekster wil implantaten met kronen ter plekke van deze elementen (14/24, kleine kiezen) geplaatst hebben op grond van de regeling fronttandvervangning.*

*Op het moment dat de diastemen ter hoogte van de bovenfronttanden met orthodontische verschuiving zijn opgelost, eindigt de aanspraak op de regeling fronttandvervangning. Doordat de diastemen in de zijdelingse delen (14/24) vallen is er geen vergoeding mogelijk op basis van de regeling fronttandvervangning. Daarnaast kan verzoekster ook geen aanspraak maken op vergoeding van implantaten met kronen ter plekke van de elementen op basis van artikel 2.7 lid 4, sub I, van het Bzv. Dit artikel ziet op chirurgische tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan achttien jaar, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten.*

### Conclusie

Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van implantaten met kronen ten laste van de basisverzekering. Doordat de diastemen in de zijdelingse delen vallen is er geen vergoeding mogelijk op basis van de regeling fronttandvervangings van het Bzv.

### Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van implantaten met kronen ten laste van de basisverzekering."

- 6.2. In het definitief advies van 14 februari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Tijdens de hoorzitting is door de vertegenwoordiger van verzoekster aangevoerd dat in het Besluit zorgverzekering (Bzv) niet is terug te lezen dat het implantaat op de plek van de ontbrekende fronttand moet worden geplaatst. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op.

Uit artikel 2.7 lid 6 van het Bzv blijkt dat de regeling fronttandvervangings betrekking heeft op 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. Doordat bij verzoekster de diastemen in de zijdelingse delen (14/24) vallen is er geen vergoeding mogelijk op basis van de regeling fronttandvervangings. Dit betreffen geen ontbrekende snij- of hoektanden. (...)"

## 7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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.
- 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 tandheelkundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

### Zorgverzekering

- 8.2. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 2.7, zesde lid, Bzv, voor verzekerden tot en met 22 jaar aanspraak op vergoeding van de kosten van implantaten met kronen ter vervanging van een of meer ontbrekende blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd of geheel ontbreken als gevolg van een ongeval (ook wel 'fronttandvervangings' genoemd). De noodzaak van de zorg moet zijn vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. In artikel B.14, onder e, van de verzekeringsvoorwaarden is deze aanspraak dienovereenkomstig opgenomen. Het staat vast dat bij verzoekster sprake is van twee niet aangelegde fronttanden, namelijk de snijtanden 12 en 22. De vraag die voorligt, is of de door de behandelend tandarts voorgestelde behandeling valt onder de aanspraak fronttandvervangings. Het Zorginstituut heeft de commissie hierover meegedeeld dat op het moment dat de diastemen ter hoogte van de bovenfronttanden (elementen 12 en 22) met orthodontische verschuiving zijn opgelost, de aanspraak op basis van de regeling fronttandvervangings eindigt. Het Zorginstituut concludeert dat, doordat de diastemen (openingen) in de zijdelingse delen (elementen 14 en 24) vallen, er geen aanspraak bestaat op vergoeding op basis van de regeling fronttandvervangings van artikel 2.6, zesde lid, Bzv. Het

Zorginstituut overweegt voorts dat verzoekster ook op grond van artikel 2.7, vierde lid, sub I, geen aanspraak kan maken op de aangevraagde behandeling ten laste van de zorgverzekering, aangezien deze bepaling ziet op verzekerden jonger dan achttien jaar en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in deze bepaling is uitgezonderd. Het Zorginstituut adviseert om die redenen het verzoek af te wijzen. De commissie ziet geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken, en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

- 8.3. De commissie merkt ten overvloede op dat verzoekster nog niet de leeftijd van 23 jaar heeft bereikt. Zoals hiervoor is opgemerkt, gaat het bij de 12 en 22 om niet aangelegde elementen. Gelet op artikel 2.7, zesde lid, Bzv, zou zij daarom wél aanspraak kunnen maken op implantaten op de plaats van deze elementen. Het is aan verzoekster, in samenspraak met de behandelend tandarts, eventueel te kiezen voor een andere behandeling.

#### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 8.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor mondzorg tot een bedrag van € 450,- per kalenderjaar. De vergoeding bedraagt 100% in geval van een controle en 75% voor alle overige mondzorg. Verder biedt de aanvullende ziektekostenverzekering dekking voor orthodontie tot € 350,- voor de gehele duur van de verzekering. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

#### *Slotsom*

- 8.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

### 9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 maart 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](http://www.rechtspraak.nl).*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

**Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg wordt verrekend met het eigen risico, behalve als u deze zorg binnen ketenzorg ontvangt.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetiek buiten ketenzorg als u al zorg binnen ketenzorg ontvangt van een zorggroep voor dezelfde aandoening. Dat kan alleen als sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een andere, gerichte indicatie;
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetiek als die niet met een geneeskundig doel is gegeven, zoals bijvoorbeeld dieetadviezen in verband met afslanken of sport zonder dat daarvoor een medisch doel is of een medische noodzaak bestaat;
- U hebt voor dezelfde indicatie zonder dat sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie, niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek in combinatie met het zorgprogramma Gecombineerde Leefstijl Interventie (zie artikel B.3.4.).
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

**Voorwaarden**

**Algemeen**

- Bij ketenzorg gaat de declaratie via de hoofdaannemer in de vorm van één integraal tarief. In dat geval geldt de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

**Zorgverlener**

Een diëtist verleent de zorg.

Als het om ketenzorg gaat, wordt de zorg geleverd door een diëtist die:

- is aangesloten bij, of gecontracteerd door een hoofdaannemer;
- is aangesloten bij een gecontracteerde hoofdaannemer als sprake is van astma.

**Verwijzing**

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk ge-

handicapt, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

**Akkoordverklaring**

Een akkoordverklaring is niet nodig.

**Tarieven**

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

**B.12. Mondzorg voor alle leeftijden**

**B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen**

**Zorg: waar bent u voor verzekerd?**

De zorg omvat mondzorg in bijzondere gevallen. Deze is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt; en/of
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en/of
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen 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.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

**Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71\*, G72 en G73\*) worden niet vergoed als mondzorg. Het betreft een hulpmiddel tegen snurken.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

**B.12.2. implantaat**

**Zorg: waar bent u voor verzekerd?**

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden;



en

- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei-  
stoornis of verworven afwijking van het tand-  
kaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder  
B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundi-  
ge zorg zijn normale functie niet kan houden of  
krijgen, die het zonder die aandoening zou  
hebben gehad.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel  
A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risi-  
co.
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het  
kunstgebit (volledige gebitsprothese) die op  
een tandheelkundig implantaat wordt vastge-  
maakt. Zie hiervoor artikel B.14.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg  
ook extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw  
Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

### B.12.3. Orthodontie in bijzondere gevallen

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

- u voldoet aan de eisen die genoemd zijn in  
artikel B.12.1.; en
- sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings-  
of groei-  
stoornis van het tand-kaak-mondstelsel  
waarbij medebehandeling van andere discipli-  
nes dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel  
A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risi-  
co.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
- Reparatie of vervanging van een beugel door  
eigen schuld (codes F811B\* en F811C\*)

#### Voorwaarden (B.12.1., B.12.2. en B.12.3.)

##### Algemeen

- Als bij een gecombineerde orthodontische en  
kaakchirurgische behandeling prothetische na-  
behandeling noodzakelijk is, moet een multi-  
disciplinair behandelplan door alle betrokken  
zorgverleners opgesteld worden.
- De zorg mag verleend worden op de plaats  
waar u verblijft; u hebt hiervoor een schriftelijk  
advies van de huisarts of specialist nodig.

##### Zorgverlener

- De zorg onder B.12.1. wordt verleend door een  
tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg, ortho-

dontist of een bevoegde zorgverlener die ver-  
bonden is aan een centrum voor mondzorg of  
Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde  
(C.B.T.).

- De zorg onder B.12.2. wordt verleend door een  
tandarts of kaakchirurg;
- De zorg onder B.12.3. wordt verleend door een  
orthodontist of door een Centrum voor Bijzon-  
dere Tandheelkunde (C.B.T.);
- Als sprake is van een tandheelkundige behan-  
deling onder algehele anesthesie of sedatie  
wordt deze verleend door een bevoegde zorg-  
verlener:
  - in een door Centraal Overleg Bijzondere  
Tandheelkunde (COBIJT) erkend Centrum  
voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
  - waarmee wij voor deze behandeling af-  
spraken hebben gemaakt.

##### Verwijzing

Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige  
implantaten, hebt u voor aanvang van de behan-  
deling een verwijzing nodig van een tandarts,  
orthodontist of tandarts-implantoloog.

##### Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is  
nodig voor de zorg onder B.12.1.  
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring zit  
een schriftelijke motivering van uw tandarts en  
een schriftelijk behandelplan. Wij kunnen onze  
akkoordverklaring intrekken als:
  - de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
  - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
  - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet  
opvolgt.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is no-  
dig voor het plaatsen van een tandheelkundig  
implantaat (B.12.2.). Daarbij geldt dat u een  
ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Bij de  
aanvraag voor de akkoordverklaring zit een  
schriftelijke motivering van uw tandarts of  
kaakchirurg 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.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is no-  
dig voor orthodontie in bijzondere gevallen  
(B.12.3.). Bij de aanvraag voor de akkoordver-  
klaring zit een schriftelijke motivering van uw  
orthodontist en een schriftelijk behandelplan.

##### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor  
artikel A.20.

## B.13. Mondzorg tot 18 jaar

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Mondzorg tot 18 jaar bestaat naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12., uit:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, zo nodig vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. verwijderen van tandsteen;
- d. aanbrengen van fluoride maximaal 2x per jaar bij kinderen vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen (dus niet het melkgebit);
- e. aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealingfissuurlak);
- f. behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
- g. verdoving (lokale anesthesie);
- h. behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- i. restaureren (vullen) van tanden of kiezen met plastische materialen;
- j. behandeling van het kaakgewricht (gnathologische zorg);
- k. uitneembaar volledig kunstgebit (conventionele gebitsprothese), al dan niet op implantaten, of een gedeeltelijk kunstgebit;
- l. vervangen van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Dit is nodig omdat één of meer van deze blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat deze ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg;
- o. Intake nieuwe patiënt.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze of soortgelijke zorg extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- De zorg omvat niet:
  - kronen, bruggen, implantaten, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.) of als front-, snij-

of hoektanden ontbreken als direct gevolg van een ongeval of omdat deze niet zijn aangelegd);

- orthodontische hulp en bijbehorende röntgenfoto's, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.);
  - gebitsbeschermer of mondbeschermer (code M61) behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.);
  - uitwendig bleken van tanden (code E97);
  - slijpen en/of behandelen melkelement (code M05);
  - een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71\*, G72 en G73\*). Het betreft een hulpmiddel tegen snurken;
  - eenvoudig bacteriologisch onderzoek (code M32);
  - behandeling van witte vlekken (codes M80\* en M81\*);
  - plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, behalve als sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.3).
  - orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code J39).
- Eigen risico is niet van toepassing.

### Voorwaarden

#### Algemeen

- U bent jonger dan 18 jaar.
- De zorg mag verleend worden op de plaats waar u verblijft; u hebt hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

#### Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- een tandarts,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.),
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor medisch specialistische zorg,
- een bevoegde tandprotheticus (met verwijzing van een tandarts indien sprake is van een volledig kunstgebit op implantaten of een gedeeltelijk kunstgebit).
- het hoofd van een team dat het specifieke opleidingstraject heeft gevolgd en aantoonbare specifieke deskundigheid heeft, als het gaat

om het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), code J39.

Zorg van artikel B.13.a t/m f en i (voor zover daartoe bevoegd) kan ook door een mondhygiënist worden verleend.

#### Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het gaat om:
  - het vervangen en/of restaureren van tanden en/of kiezen met niet-plastische materialen;
  - het plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden te vervangen die u mist als direct gevolg van een ongeval, of omdat deze niet zijn aangelegd;
  - het plaatsen van tandheelkundige implantaten voor elementen die niet zijn aangelegd in het geval van oligodontie ten behoeve van het herstel van de functie;
  - de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts meer dan € 650,- per kaak bedragen;
  - de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 600,- per kaak bedragen;
  - het maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT, aangeduid met code X21);
  - het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), code J39. De aanvraag wordt gedaan door het hoofd van het behandelteam met het speciale aanvraagformulier voor deze behandeling.
- Bij de zorgaanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelplan.  
Wij kunnen de akkoordverklaring intrekken als:
  - de mondzorg niet meer noodzakelijk is,
  - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of
  - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- U moet ook een akkoordverklaring van ons hebben voor deze zorg door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg:
  - behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
  - trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
  - kaakoperatie (osteotomie);
  - plaatsen van een tandheelkundig implantaat.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.

- U moet een akkoordverklaring van ons hebben voor mondzorg die u krijgt in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

## B.14. Mondzorg vanaf 18 jaar

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12. omvat de zorg:

- a. Kaakchirurg (medisch specialistische zorg) omvat mondzorg voor mond-, kaak- en aangezichts-chirurgie en bestaat uit:
  - specialistische chirurgische mondzorg;
  - daarbij behorend röntgenonderzoek;
  - opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor maximaal 1.095 (3 x 365) dagen en tijdens de periode van opname de medisch specialistische behandeling, de verpleging en de verzorging, de paramedische zorg, de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.
- b. Kunstgebit (uitneembare volledige gebitsprothesen):  
dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit:
  - een vergoeding van 75% van de kosten van het maken en plaatsen van:
    - een uitneembare volledige gebitsprothese; of
    - een tijdelijke uitneembare volledige (immediaat-) gebitsprothese; of
    - een uitneembare volledige vervangingsprothese; of
    - een uitneembare volledige overkappingsprothese op één of meerdere natuurlijke elementen voor de boven- en/of onderkaak;
  - een vergoeding van 90% van de kosten voor reparatie en/of het rebasen van:
    - een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese; of
    - een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese, al dan niet op tandheelkundige implantaten.
- c. Kunstgebit op implantaten (volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt). Hierbij behoort het in de

mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem). Dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit:

- een vergoeding van 90% voor de overkappingsprothese voor de onderkaak; of
  - een vergoeding van 92% voor de overkappingsprothese voor de bovenkaak.
- d. Kunstgebit op eigen boven- of onderkaak (uitneembare conventionele volledige gebitsprothese) tezamen met kunstgebit op implantaat op de andere kaak (uitneembare volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt), gezamenlijk gedeclareerd door middel van code J50. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem). Dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit een vergoeding van 83% voor beide kunstgebitten. Voor de bijbehorende mesostructuur is de vergoeding 90% indien deze geplaatst wordt in de onderkaak of 92% indien deze geplaatst wordt in de bovenkaak.
- e. implantaat met kroon voor verzekerden tot en met 22 jaar: vervangen van snij- of hoektanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Deze zijn nodig omdat één of meer blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat u deze tanden mist als direct gevolg van een ongeval voor uw 18-jarige leeftijd.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
  - parodontale chirurgie door een kaakchirurg (chirurgie aan de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees);
  - het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
  - ongecompliceerde extracties;
  - een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71\*, G72 en G73\*). Het betreft een hulpmiddel bij apneu;
  - orthodontie die onder de fronttandvervanging valt (zie artikel B.14.e.) als deze nodig is als gevolg van het plaatsen van auto-transplantaten.
- U hebt geen hogere aanspraak dan waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven.
- Uit dit artikel vergoeden wij niet:
  - de wettelijke eigen bijdrage van 25% voor

een kunstgebit (volledige prothese), immediaatprothese, vervangingsprothese of overkappingsprothese;

- de wettelijke eigen bijdrage van 10% voor reparatie en/of rebasen van uw volledige gebitsprothese;
- de wettelijke eigen bijdrage van 10% voor een overkappingsprothese op een implantaat voor de onderkaak, van 8% voor de overkappingsprothese op een implantaat voor de bovenkaak of van 17% voor een uitneembaar kunstgebit in combinatie met een kunstgebit op implantaten.

In een aanvullende verzekering kan deze zorg wel verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

## Voorwaarden

### Algemeen

Een opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met de specialistische chirurgische mondzorg.

### Zorgverlener

- De medisch specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.14.a. wordt verleend door een kaakchirurg.
- De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.14.b. wordt verleend door:
  - een tandarts of
  - een tandprotheticus of
  - een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
- een tandprotheticus als het gaat om:
  - het maken en het leveren van een nieuwe, uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten of op natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen);
  - het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige gebitsprothese van de boven- en/of onderkaak (al dan niet op tandheelkundige implantaten), niet op natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen).
- De mondzorg met betrekking tot de volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt, zoals genoemd in artikel B.14.c., wordt verleend door:
  - een tandarts, of
  - een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
  - een tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen naar een tandprotheticus.
- De mondzorg voor verzekerden tot en met 22 jaar met betrekking tot het vervangen van tan-

den en het plaatsen van tandheelkundige implantaten zoals genoemd in artikel B.14.e., wordt verleend door:

- o een tandarts, of;
- o een kaakchirurg als het gaat om het plaatsen van implantaten.

### Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een tandarts, orthodontist of huisarts als u mondzorg nodig hebt van een kaakchirurg of een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- het gaat om deze zorg door een kaakchirurg:
  - o behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
  - o het trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
  - o een kaakoperatie (osteotomie).

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.

- het gaat om verzekeren tot en met 22 jaar voor het vervangen van tanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Deze zijn nodig omdat één of meer blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat u deze tanden mist als gevolg van een ongeval vóór uw 18e jaar. Dit geldt ook in situaties waarbij:
  - o een tand door een ongeval zodanig breekt dat er alleen nog een klein worteldeel achter blijft. Om de kaakgroei niet te verstoren wordt verwijderen van resterende worteldeel uitgesteld. Dit moet dan later alsnog verwijderd worden omdat er geen prothetische constructie op kan worden geplaatst.
  - o een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op behoud van de tand klein is.

Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld en het resterende worteldeel of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat;

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts of tandprotheticus meer dan € 650,- per kaak bedragen;

- de volledige boven- en/of onderprothese (al dan niet op tandheelkundige implantaten) binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke volledige gebitsprothese en de uitbreiding gedeeltelijke gebitsprothese van kunsthars of frame gebitsprothese met element(en) tot volledige gebitsprothese.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan moet u ook vooraf bij ons een akkoordverklaring hebben aangevraagd als:

- het gaat om het vaste gedeelte van de suprastructuur (voor bevestiging van de uitneembare prothese op implantaten) en de uitneembare prothese (het klikgebit). Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt.
- het gaat om reparatie en/of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten (het klikgebit).
- het gaat om reparatie of vervanging van het vaste gedeelte van de suprastructuur op de implantaten en/of het deel van de suprastructuur in de prothese.

Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

## B.15. Medicijnen

### B.15.1. Medicijnen algemeen

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat (het leveren van en adviseren over) medicijnen (geneesmiddelen) die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Daarbij gaat het om bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl). (zoek in de titel op 'Regeling zorgverzekering', klik deze regeling vervolgens aan en scroll dan links onder hoofdstuk 8 naar bijlage 1 of 2)

Het Reglement Farmacie is onderdeel van deze voorwaarden. In dit Reglement staat de lijst Medicijnen van bijlage 2 Regeling zorgverzekering.

Het Reglement Farmacie en de Lijst voorkeursmedicijn kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

Waar wij het begrip "geneesmiddel(en) of medicatie" gebruiken, bedoelen wij medicijn(en) en andersom.

## Voorwaarden

### Algemeen

De zorg vindt plaats volgens de doelstellingen, behandelprotocollen en richtlijnen van de beroepsvereniging of het register waarbij de behandelend zorgverlener is aangesloten.

### Zorgverlener

De behandelingen worden uitsluitend gegeven door een therapeut of arts die lid is van een door ons erkende beroepsvereniging voor alternatieve geneeswijzen of psychosociale zorg en een volgens de Plato-eisen erkende opleiding Medische, of Psychosociale Basiskennis (MBK of PsBK) heeft afgerond.

Een lijst met door ons erkende beroepsverenigingen kunt u vinden op onze website.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

## D.7.2. Alternatieve medicijnen

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden antroposofische en homeopathische medicijnen en producten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Zelfzorgmedicijnen die volgens de Regeling zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen, vergoeden wij ook niet als alternatief medicijn. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: [wetten.overheid.nl](http://wetten.overheid.nl).
- Eigen risico is niet van toepassing.

## Voorwaarden

In artikel B.15.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw medicijnen op grond van de zorgverzekering. Deze gelden ook voor dit artikel D.7.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

### Algemeen

- De medicijnen en producten zijn volgens de Geneesmiddelenwet geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische medicijnen;
- De medicijnen en producten zijn opgenomen in de G-Standaard van de Z-Index. Deze kunt u vinden op [www.z-index.nl/g-standaard](http://www.z-index.nl/g-standaard).

### Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apothekhoudend huisarts of internetapotheek.

### Behandelvoorstel

Een door ons erkende alternatieve zorgverlener heeft vastgesteld dat de medicijnen medisch noodzakelijk zijn.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

## D.8. Mondzorg

### D.8.1. Mondzorg algemeen

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Uit de artikelen D.8.1. tot en met D.8.6. vergoeden wij mondzorg.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
  - Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71\*, G72 en G73\*). Het betreft een hulpmiddel tegen snurken;
  - Kosten van mondzorg die naar hun aard deel uitmaken van de zorgverzekering en waarvoor voorafgaand aan de behandeling een akkoordverklaring afgegeven moet zijn. Uitdrukkelijk noemen wij de volgende prestatiecodes:
    - A20: behandeling onder algehele anesthesie (narcose) of sedatie (roesje);
    - X611: behandeling onder intraveneuze (injectie) sedatie (roesje);
    - X631: behandeling onder algehele anesthesie (narcose);
    - B10, B11 en B12: sedatie door middel van een roesje (lachgassedatie). Sedatie is het verlagen van de staat van het bewustzijn van een patiënt met het doel een medische procedure of ingreep aangenamer te maken;
    - A30: voorbereiding behandeling onder algehele narcose;
    - U05\*, X731\* en X831\*: tijdtarieven begeleiding moeilijk behandelbare patiënten

- ten; het betreft hier de behandeling in het kader van mondzorg van bijzondere zorggroepen;
- X21: maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT) bij verzekerden tot 18 jaar;
  - J39: plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten) bij verzekerden tot 18 jaar.
- o E97: kosten van het uitwendig bleken van tanden;
  - o Myofunctionele apparatuur (bijvoorbeeld Trainers) met de code G74\*;
  - o behandeling van witte vlekken (codes M80\* en M81\*);
  - o F811A\*: reparatie of vervanging van beugel door eigen schuld.
- Eigen risico is niet van toepassing.

### Voorwaarden

#### Zorgverlener

- een tandarts;
- een mondhygiënist;
- een tandprotheticus;
- een zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg;
- een zorgverlener die verbonden is aan een instelling voor jeugdtandverzorging.

#### Behandelveorstel

Een tandarts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### D.8.2. Kronen, bruggen en inlays

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van kronen, bruggen en inlays. Dit is inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van onderstaande vergoedingsvormen:

- Maximumbedrag

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding per jaar, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Maximum bedrag en bepaalde leeftijd

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding per jaar, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Groeivergoeding en maximum bedrag

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering staat dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag vergoeden dat jaarlijks groeit, dan groeit uw vergoeding ieder jaar met een bedrag dat op uw Vergoedingen Overzicht staat; ook het maximum te bereiken bedrag staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Voorbeeld “maximum bedrag en groeivergoeding”:

U hebt bij ons een aanvullende verzekering met een groeivergoeding voor onder andere kronen, bruggen en inlays. Die aanvullende verzekering is op 1 januari 2020 ingegaan. Op dat moment is de maximale vergoeding voor deze mondzorg € 300,-. U dient een rekening in van € 200,-. Omdat dit bedrag lager is dan de maximum vergoeding van 2020, vergoeden wij deze rekening helemaal. Er blijft in totaal nog € 100,- over voor 2020.

Op 1 januari 2021 groeit de vergoeding voor de 1e keer met € 300,-. U hebt uit 2020 nog € 100,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 400,- voor 2021. U dient dat jaar geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2022 groeit de vergoeding voor de 2e keer met € 300,-. U hebt uit 2021 nog € 400,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 700,- voor 2022. U dient dat jaar ook geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2023 groeit de vergoeding voor de 3e keer, maar nu met € 200,- omdat daarmee het maximum bedrag van € 900,- wordt bereikt. U dient dat jaar ook geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2024 groeit de vergoeding niet omdat het maximale bedrag van € 900,- al is bereikt. U dient dat jaar een rekening in van € 1.100,-. Wij vergoeden van deze rekening € 900,- (uw volledige maximale vergoeding wordt opgebruikt). Er blijft dus € 200,- voor uw eigen rekening.

Op 1 januari 2025 start/groeit de vergoeding weer met € 300,- zodat uw maximale vergoeding € 300,- voor 2025 wordt. De € 200,- die in 2024 voor uw eigen rekening is gebleven, wordt uiteraard nu ook niet vergoed omdat de behandeling in een ander jaar plaatsvond.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Eigen risico is niet van toepassing.

### Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

#### Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "R".

#### Zorgverlener

Een tandarts verleent de zorg.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### D.8.3. Kunstgebit en implantaten

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van mondzorg:

- a. kunstgebit (uitneembare, gedeeltelijke gebitsprotheses);
- b. de wettelijke eigen bijdragen die u volgens uw zorgverzekering zelf moet betalen voor:
  - een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprotheses), niet geplaatst op implantaten;
  - een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprotheses), geplaatst op implantaten en het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem);
- c. implantologie die niet onder artikel B.12.2. van de zorgverzekering wordt vergoed. En de suprastructuur als deze niet onder artikel B.14. van de zorgverzekering wordt vergoed.

Bij alle genoemde vergoedingen gaat het om de tandheelkundige prestaties en bijbehorende materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van de verschillende vergoedingsvormen die zijn beschreven in artikel D.8.2. onder 'Zorg: waar bent u voor verzekerd'.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- In de zorgverzekering kunnen delen van deze, of soortgelijke zorg al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In de artikelen B.12.2., B.13. en B.14. kunt u lezen of u daar recht op hebt.
- Eigen risico is niet van toepassing.

### Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

#### Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "P" of "J".

De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

#### Zorgverlener

- Een tandarts, een tandprotheticus of bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde verleent de zorg.
- Een kaakchirurg, verbonden aan een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

#### Verwijzing

Verwijzing van een tandarts is nodig als prothetische zorg verleend wordt door een tandprotheticus. Het gaat dan om zorg die aangeduid is met P-codes en/of J-codes bij verzekerden die nog eigen tanden en/of tandheelkundige implantaten hebben.

Verwijzing van een tandarts is ook nodig als de implantologische zorg geleverd wordt door een kaakchirurg.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### D.8.4. Overige mondzorg

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden overige vormen van mondzorg, voor zover die zorg niet is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6.



Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- In de zorgverzekering kunnen onderdelen van deze of van soortgelijke zorg al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In de artikelen B.13. en B.14. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent.
- Eigen risico is niet van toepassing.

### Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

#### Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van andere prestatiecodes dan zijn genoemd in artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6. De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

#### Zorgverlener

Een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus of andere bevoegde zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of instelling voor jeugdtandverzorging verleent de zorg;

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### D.8.5. Orthodontie

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden orthodontie, inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van onderstaande vergoedingsvormen:

- Maximumbedrag

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij orthodontie tot een maximum bedrag vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Maximum bedrag en bepaalde leeftijd  
Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij orthodontie tot een maximum bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt en tot de genoemde leeftijd of vanaf de genoemde leeftijd.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Artikel C.9.3. is niet van toepassing op de vergoeding van orthodontie uit dit artikel.
- Eigen risico is niet van toepassing.

### Wachttijd

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat er een wachttijd geldt? U kunt dan gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie, als u deze aanvullende verzekering minimaal 1 jaar (365 dagen) hebt. Deze wachttijd geldt per verzekerde.

Voorbeeld:

U sluit een nieuwe aanvullende verzekering af waarin orthodontie is opgenomen met een wachttijd van 1 jaar. Deze aanvullende verzekering gaat in op 15 maart 2022. U kunt dan vanaf 15 maart 2023 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie.

De wachttijd geldt niet voor kinderen tot en met 17 jaar die meeverzekerd worden of zijn op uw aanvullende verzekering met orthodontie.

Deze aanvullende verzekering moet dan tenminste 1 jaar hebben gelopen.

Voorbeeld:

U bent vanaf 1 maart 2021 verzekerd met een aanvullende verzekering waarin orthodontie is opgenomen. Per 1 januari 2022 worden uw partner van 40 jaar en uw kind van 12 jaar meeverzekerd op uw polis met dezelfde aanvullende verzekering. U bent de verzekeringnemer en uw partner en kind zijn dus medeverzekerden.

Uw kind kan vanaf 1 maart 2022 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie omdat u dan 1 jaar deze aanvullende verzekering hebt. Voor uw partner geldt wel een wachttijd van een volledig jaar. Uw partner kan vanaf 1 januari 2023 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie.

## Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

### Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking orthodontie, door middel van prestatiecodes die beginnen met:

- de letter "F",
- eindigen met de letter "A" en
- 3 cijfers daar tussenin.

Voorbeeld

"F121A" voor "eerste consult".

Voor de materiaal- en techniekkosten die bij deze zorg horen is een "\*" toegevoegd aan de genoemde prestatiecode(s).

### Zorgverlener

Een tandarts of een orthodontist verleent de zorg.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

## D.8.6. Mondzorg bij ongeval

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden mondzorg, voor zover die zorg is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4. als sprake is van "ongevallenzorg" zoals bedoeld in artikel C.12.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Behandelingen bijzondere tandheelkunde en/of kaakchirurgie vallen onder de dekking van de basisverzekering (zie artikelen B.4., B.12., B.13. en B.14.).
- Wij vergoeden niet:
  - de kosten van mondzorg die het gevolg zijn van het nuttigen van voedsel of drank;
  - orthodontie.
- Eigen risico is niet van toepassing.

## Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

### Algemeen

- De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg door middel van prestatiecodes genoemd in artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4.
- De behandeling is afgerond binnen 2 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, omdat het gebit niet volgroeid is. Onze adviseur tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van een tijdelijke behandeling.
- Er is geen recht op vergoeding van de aangevraagde behandeling, als er al een behandelindicatie aanwezig was voor het ongeval, of als er sprake is van uitgestelde zorg.

### Akkoordverklaring

Zie artikel C.12. Onderstaande voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af:

- Een akkoordverklaring is nodig voorafgaand aan de behandeling en binnen 3 maanden na het ongeval.
- De aanvraag bevat een schriftelijk behandelplan en begroting van de tandarts of kaakchirurg en is opgesteld volgens de NMT Praktijkrichtlijn Tandletsel. Deze praktijkrichtlijn maakt deel uit van deze voorwaarden en staat op onze website.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

## D.8.7. Tandartsvergoeding meenemen

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Met uw aanvullende verzekering neemt u 100% tot maximaal € 250,- van uw ongebruikte dekking voor tandartskosten mee naar een volgend polisjaar.

### Let op!

- De meegenomen vergoeding die niet is gebruikt, vervalt het jaar daarop.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

## Voorwaarden

### Algemeen

- Om gebruik te kunnen maken van de meegenomen vergoeding moet u dit polisjaar en volgend polisjaar een aanvullende verzekering hebben waarin vergoeding voor tandartskosten is opgenomen;

---

# 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, vijftig 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.