

Bindend Advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202301327

Partijen

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

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de aanvraag van 25 januari 2023 voor een tandheelkundige behandeling, bestaande uit het aanbrengen van implantaten met hierop kronen, alsnog dient te worden goedgekeurd, waarbij die behandeling onder volledige narcose moet plaatsvinden. Volgens verzoekster voldoet zij aan de voorwaarden en is haar eerder door de ziektekostenverzekeraar vergoeding toegezegd. Verzoekster stelt verder te zijn benadeeld doordat zij haar verzekering heeft gewijzigd. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden voor fronttandvervanging. Door middel van een orthodontietraject zijn achterliggende elementen verplaatst naar de positie van de ontbrekende snijtanden. Er is daardoor niet langer sprake van een diasteem in het front. Tevens bestaat geen indicatie voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Dat een toezegging tot vergoeding is gedaan heeft de ziektekostenverzekeraar bestreden.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoekster een orthodontisch traject heeft doorlopen, waarbij achterliggende elementen naar voren zijn gehaald en op de positie van de ontbrekende snijtanden zijn gekomen. De indicatie voor fronttandvervanging is daarmee komen te vervallen. Voorts heeft verzoekster geen indicatie voor het aanbrengen van implantaten op basis van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Het voorgaande wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 29 november 2023. De commissie beslist dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde tandheelkundige behandeling ten laste van de zorgverzekering. Wat betreft de telefonisch toezegging die de ziektekostenverzekeraar zou hebben gedaan, overweegt de commissie dat verzoekster hierbij refereert aan de inhoud van telefoongesprekken die hebben plaatsgevonden vóór het orthodontisch traject. De gesprekken gingen, blijkens de overgelegde notities, over fronttandvervanging, dus over het aanbrengen van implantaten op de posities 12 en 22. Dat verzoekster koos voor een orthodontisch behandeling wist de ziektekostenverzekeraar op dat moment niet. De implantaten met hierop kronen die nu in geding zijn bevinden zich op posities waar de diastemen pas zijn ontstaan door de orthodontische behandeling. Het beroep op

de telefonische toezegging slaagt daarom niet. Ten aanzien van de wijziging van haar verzekering geldt dat verzoekster haar aanvullende tandverzekering al in 2021, dus ruim vóór de huidige aanvraag, heeft beëindigd. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangeboden het eigen risico met terugwerkende kracht per 1 januari 2023 te verhogen naar € 885,- en de premie hierop aan te passen. Verzoekster heeft hierop niet gereageerd. De commissie wijst het verzoek af.

- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. In haar e-mailbericht van 31 augustus 2023, gericht aan de commissie, heeft verzoekster gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 september 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 30 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 31 oktober 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 29 november 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023045706) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 30 november 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Bij e-mailbericht van 7 december 2023 heeft verzoekster een verklaring van de behandelend orthodontist overgelegd. Deze stukken zijn op 12 december 2023 in kopie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 18 december 2023 stukken nagestuurd waaruit zou blijken dat de ziektekostenverzekeraar op de hoogte had moeten zijn van het orthodontisch traject. Deze zijn op 20 december 2023 in kopie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij de mogelijkheid heeft gekregen te reageren.
- 2.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 december 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 3 januari 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 29 november 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 10 januari 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de 'CZ Zorgbewustpolis' (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering 'Jongeren' (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 3.2. Bij verzoekster waren oorspronkelijk twee snijtanden (elementen 12 en 22) niet aangelegd. Verzoekster is in 2016 gestart met een orthodontische behandeling, waarbij achterliggende elementen zijn verplaatst naar de positie van de ontbrekende snijtanden. Namens verzoekster is begin 2023 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een tandheelkundige behandeling, waarbij ter plaatse van de twee nieuw ontstane diastemen implantaten worden aangebracht met hierop kronen.

- 3.3. Bij brief van 17 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag hiervoor is afgewezen, omdat vergoeding van implantologie in een niet-tandeloze kaak alleen mogelijk is bij een indicatie voor bijzondere tandheelkunde, en deze is bij verzoekster niet aan de orde.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 24 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 29 november 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.6. Bij brief van 10 januari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvraag van 25 januari 2023 voor het aanbrengen van twee implantaten met hierop kronen goed te keuren en dat hij de kosten daarvan - zoals begroot in het behandelplan van 1 september 2023 - dient te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Daaraan heeft verzoekster toegevoegd dat de behandeling onder volledige narcose dient plaats te vinden.
- 4.2. De behandelend orthodontist heeft verzoekster destijds geadviseerd door middel van een orthodontische behandeling achterliggende elementen (tanden en/of kiezen) te verplaatsen naar de positie waar de beide snijtanden missen. Volgens de orthodontist zou het namelijk niet verstandig zijn implantaten in het front aan te brengen.
- 4.3. Verzoekster licht in haar e-mailbericht van 17 mei 2023 toe dat de behandelend orthodontist in 2014 een behandelplan heeft opgesteld en dat in 2015 bij verzoekster onder narcose melkkiezen en tanden zijn getrokken. In 2016 is het orthodontietraject gestart. Volgens de ziektekostenverzekeraar moet haar gebit volgroeid zijn voor er implantaten zouden kunnen worden aangebracht. Namens verzoekster is op 25 januari 2023 een aanvraag ingediend voor het aanbrengen van twee implantaten met hierop kronen ter plaatse van de elementen 15 en 25. Zij was toen 20 jaar. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat zij niet voldoet aan de voorwaarden. Verzoekster is het hiermee niet eens.
- 4.4. Zij voert aan dat in de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat tot 18 jaar implantaten met kronen voor snij- en hoektanden, als deze niet zijn aangelegd of wanneer ze ontbreken als gevolg van een ongeval, volledig worden vergoed. Het implantaat met kroon wordt vergoed als dit wordt aangebracht vóór het 23e jaar. De tand moet wel al vóór het 18e levensjaar ontbreken. Volgens verzoekster voldoet zij aan deze voorwaarden. De elementen 12 en 22 zijn namelijk nooit aangelegd. In haar verzoek tot heroverweging licht verzoekster toe dat ook vier verstandskiezen niet zijn aangelegd. Zij had ook melk hoektanden met weinig wortel, op de verkeerde plaats, en deze kwamen niet door. Deze elementen zijn verwijderd. Ook de elementen 53 en 63 kwamen niet door. Verzoekster stelt dat in de voorwaarden niet is opgenomen dat elementen niet mogen worden verplaatst. Ook is haar dit tijdens de telefonische contacten met de ziektekostenverzekeraar nooit verteld. Verzoekster stelt dat de implantaten weliswaar niet op de plaats van de snijtanden worden aangebracht, maar dat het ontstaan van de twee diastemen elders wel het directe gevolg is van de niet aangelegde snijtanden.

- 4.5. Bij e-mailbericht van 3 juni 2023 heeft verzoekster een verklaring van 23 mei 2023 van de behandelend orthodontist meegestuurd, waarin deze schrijft:
"(...) is op 19-09-2016 voor een eerste consult bij mij geweest en vervolgens is er documentatie vervaardigd.
Ze had een sagittale overbeet van 2 mm en een verticale overbeet van 3mm. De ontwikkeling tot een KI III malocclusie was indertijd niet uit te sluiten. De 12 en 22 waren agenetisch en de 13 en 23 waren naar mesiaal gemigreerd en stonden naast de 11 en 21. De 53 en 63 persisteerden en de 15 lag geïmpacteerd. De radices van 53 en 63 waren gereduceerd. Deze elementen hadden een slechte prognose. Na overleg met de tandarts, collega N.W.D. van de Burg, is indertijd besloten om de 53 en 63 te extraheren en de 14 en 24 naar mesiaal te verplaatsen en de 15 en 25 naar distaal. In de diastemen van plusminus 8 mm tussen de 14,15 en 24,25 zouden prothetische voorzieningen gemaakt worden. Mocht u nog meer informatie nodig hebben, dan verneem ik dat graag."
- 4.6. Verzoekster heeft bij haar e-mailbericht van 17 augustus 2023 ook de akkoordverklaring uit 2020 voor een kaakoverzichtsfoto meegestuurd. Verzoekster stelt dat zij door deze akkoordverklaring en de gevoerde gesprekken met de ziektekostenverzekeraar ervan mocht uitgaan dat alle kosten ten laste van de zorgverzekering zouden worden vergoed.
- 4.7. Verzoekster heeft verder verklaard dat zij een extreme angst heeft voor injecties in haar kaak. Volgens verzoekster heeft zij eerder melktanden onder volledige narcose laten verwijderen. Dit is destijds goedgekeurd door de ziektekostenverzekeraar. Bij de aanvraag van 25 januari 2023 is de volledige narcose per abuis niet meegenomen. In haar brief van 31 augustus 2023 heeft verzoekster toegelicht dat zij onvoldoende heeft opgelet. Zij was in de veronderstelling dat de praktijk waar de behandeling zou worden gestart door de ziektekostenverzekeraar was gecontracteerd. Alle tandartskosten werden immers altijd vergoed. In het telefoongesprek van 28 april 2020 met de ziektekostenverzekeraar is volgens verzoekster niet meegedeeld dat een volledige narcose nooit wordt vergoed bij een praktijk die geen overeenkomst heeft ten aanzien van angstbehandelingen. Volgens verzoekster is het niet meer haalbaar naar een andere praktijk over te stappen, omdat er al kosten zijn gemaakt voor de intake en de aanvraag reeds is ingediend. Daarbij voelt verzoekster zich prettig bij deze zorgaanbieder en is het gezien haar angst niet wenselijk over te stappen naar een andere praktijk. Volgens verzoekster is het voor haar noodzakelijk om de behandeling onder volledige narcose te laten uitvoeren.
- 4.8. Verzoekster heeft in haar brief van 31 augustus 2023, gericht aan de commissie, verklaard dat zij in 2014, 2015 en 2016 telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar in verband met de vergoeding van het orthodontische traject, het aanbrengen van implantaten, het plaatsen van kronen en het uitvoeren van deze behandelingen onder volledige narcose. Verzoekster stelt dat haar in 2014 en 2016 door de ziektekostenverzekeraar is meegedeeld dat orthodontie wordt vergoed en, omdat het om snijtanden gaat die niet zijn aangelegd, de kosten van het aanbrengen van implantaten en het plaatsen van kronen onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Op basis van deze informatie heeft verzoekster de beslissing genomen het behandelplan van de orthodontist te volgen. In 2020 heeft verzoekster nogmaals telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Reden hiervoor was te controleren of de verzekeringsvoorwaarden inmiddels waren gewijzigd, waardoor eventueel de aanvullende tandartsverzekering moest worden aangehouden. Ook nu werd haar meegedeeld dat de kosten van het aanbrengen van implantaten en het plaatsen van kronen vanuit de zorgverzekering zouden worden vergoed. Dit was reden voor verzoekster om haar aanvullende tandartsverzekering te wijzigen. Ook werd haar door de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat voor de vergoeding vanuit de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 385,- geldt. Daarom heeft verzoekster het vrijwillig eigen risico van €500,- naar € 0,- verlaagd. Nu de aanvraag voor het aanbrengen van implantaten is afgewezen, stelt verzoekster dat zij hierover onjuist is voorgelicht door de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft geen aanvullende tandartsverzekering meer die (voldoende) dekking biedt en zij is premiekorting op de zorgverzekering misgelopen door het verlagen van het vrijwillig eigen risico. Geen enkele keer is haar verteld dat er geen aanspraak op vergoeding bestaat als elementen zijn verplaatst.

Verzoekster vindt het een kwalijke zaak dat de ziektekostenverzekeraar niet goed op de hoogte is van de voorwaarden voor vergoeding. Bij haar brief heeft verzoekster een verwijzing door de implantoloog van 19 oktober 2022, voor het onder volledige narcose aanbrengen van implantaten ter plaatse van de elementen 15 en 25 meegestuurd.

- 4.9. Verzoekster heeft in haar e-mailbericht van 31 oktober 2023, gericht aan de commissie, een reactie gegeven op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 30 oktober 2023. Zij benoemt hierin nogmaals de onjuiste informatieverstrekking door de ziektekostenverzekeraar over de voorwaarden voor vergoeding en herhaalt dat als zij had geweten geen elementen te mogen verplaatsen, zij dat ook niet had gedaan. Met haar brief heeft verzoekster de brief van de behandelend orthodontist van 11 november 2014 en het behandelplan meegestuurd.
- 4.10. Bij e-mailbericht van 7 december 2023 heeft verzoekster een verklaring van de behandelend orthodontist overgelegd. Hierin schrijft de orthodontist voor zover relevant:
"(...) Bij implantaten in het front komt het regelmatig voor dat na verloop van tijd het implantaat donker "doorschijnt". Dit is erg storend wanneer iemand lacht. Implantaten die "meer naar achteren" geplaatst worden, worden gunstiger belast (meer verticale krachten) dan implantaten in het front (afbijten). Dit zou de levensduur van het implantaat ten goede komen. Voor verdere wetenschappelijke informatie zou u een implantoloog kunnen benaderen. Tegenwoordig streven we er meer naar om alle ruimtes in de tandboog te sluiten.(...)"
- 4.11. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij diverse keren met de ziektekostenverzekeraar heeft gebeld en altijd het hele verhaal aan steeds verschillende medewerkers heeft verteld. Zij verklaarde verder dat de orthodontist tanden wilde verplaatsen. Ze heeft steeds gevraagd of zij de implantaten met kroon vergoed zou krijgen. Elke keer is aan verzoekster verteld dat zij het vergoed zou krijgen, omdat de snijtanden niet zijn aangelegd. Verzoekster verklaart dat pas in 2023 de aanvraag is gedaan, omdat toen de kaak was volgroeid. Verzoekster stelt dat zij beslissingen heeft genomen op basis van de informatie van de ziektekostenverzekeraar. Als zij de juiste informatie had gekregen, dan was er geen orthodontisch traject gestart. Hetzelfde geldt voor het vrijwillig eigen risico en de aanvullende verzekering. Het aanpassen daarvan heeft zij niet zelf bedacht, maar is gewijzigd op basis van de informatie dat door de ziektekostenverzekeraar is gegeven. Verzoekster verklaart verder dat de enkele telefoonnotities die zij heeft ontvangen niet allemaal juist weergeven wat er is besproken. Er zijn lange gesprekken gevoerd, maar er zijn maar een aantal zinnen opgenomen in de telefoonnotities. Zij vindt het daarom onredelijk als de gespreksnotities bepalend zijn. Verzoekster verklaart dat in de verzekeringsvoorwaarden niet staat dat tanden niet verplaatst mogen worden. Als de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar de voorwaarden ook zo lezen, dan hebben zij volgens verzoekster onjuiste informatie tot hun beschikking. Ook stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar op de hoogte moet zijn geweest van het orthodontisch traject, want eerder zijn er behandelingen vergoed. Tot slot verklaart zij dat het probleem niet is opgelost - zoals de ziektekostenverzekeraar stelt -, maar dat het probleem is verplaatst.
- 4.12. 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 in zijn primaire afwijzing van 17 februari 2023 verklaard dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Hij heeft toegelicht dat voor de vergoeding van implantologie in een betande kaak een indicatie voor bijzondere tandheelkunde moet bestaan. Er dient sprake te zijn van een zeer ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel. Hierbij moet, volgens de ziektekostenverzekeraar, gedacht worden aan schisis of in ernst daarmee vergelijkbare aandoeningen. Onder de aanspraken valt in dat geval het plaatsen van een tandheelkundig implantaat. De ziektekostenverzekeraar stelt dat bij oligodontie aanspraak kan bestaan, maar dan moeten er 6 of meer blijvende elementen niet zijn aangelegd. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn bij verzoekster 2 premolaren afwezig.

De aangevraagde implantaten komen op de locatie van de premolaren. Van een eventuele fronttandvervanging is volgens de ziektekostenverzekeraar dan ook geen sprake. In zijn brief van 24 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar nader toegelicht dat implantaten in twee situaties vanuit de basisverzekering worden vergoed, namelijk:

1. als men geen tanden en kiezen meer heeft in de kaak en de implantaten nodig zijn om een prothese goed te laten zitten. Het moet dan gaan om een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en een uitneembare prothese die op de implantaten wordt bevestigd;
2. bij een uitzonderlijke situatie waarbij een ernstige functiestoornis optreedt. Het moet dan gaan om een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, of een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening, of een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft, en het gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen die het zonder die aandoening zou hebben gehad. Volgens de ziektekostenverzekeraar moet de aandoening een ernstige functiestoornis opleveren, zoals oligodontie, schisis of een ernstig trauma, waarbij niet alleen tanden maar ook een ernstige mate aan kaakbot verloren is gegaan. Volgens de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar is bij verzoekster geen sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Ook is er geen verlies van tandheelkundige functie door een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mond stelsel. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat in het geval van verzoekster ervoor is gekozen om het diasteem, dat bestond door de agenesie, te verhelpen door middel van een orthodontische behandeling. Dit heeft ervoor gezorgd dat op een andere plaats dan op de positie van de ontbrekende snij- of hoektanden diastemen zijn ontstaan. Om deze reden is er geen sprake meer van fronttandvervanging. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de oorspronkelijke diastemen succesvol zijn gecorrigeerd door middel van de orthodontische behandeling. De huidige diastemen die verzoekster wil opheffen bevinden zich tussen de kiezen en dit valt niet onder de fronttandvervanging. De situatie die recht gaf op vergoeding is inmiddels gecorrigeerd. Om deze reden heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van 25 januari 2023 afgewezen. In zijn brief van 14 augustus 2023 verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het bindend advies van de commissie (SKGZ201701251). De ziektekostenverzekeraar verklaart voorts dat de verklaring van de behandelend orthodontist van 23 mei 2023 niet is meegewogen in de heroverweging. Dit stuk werd later ontvangen en is toen nader bestudeerd. De ziektekostenverzekeraar stelt aan verzoekster telefonisch te hebben meegedeeld dat de verklaring niet tot een ander standpunt heeft geleid. In de verklaring wordt namelijk bevestigd dat door de gekozen behandeling een diasteem van ongeveer 8 mm is ontstaan tussen de elementen 14 en 15 en tussen 24 en 25 en dat deze diastemen kunnen worden opgevuld door middel van het plaatsen van een prothetische voorziening.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 14 augustus 2023 verklaard dat volgens de contactregistraties verschillende interacties zijn vastgelegd die relevant zijn voor de situatie van verzoekster. De contactregistraties zijn met deze brief aan de commissie gestuurd. De ziektekostenverzekeraar stelt dat met een zorgaanbieder die behandelingen onder volledige narcose uitvoert een overeenkomst moet zijn gesloten voor 'angstbehandelingen met narcose' of 'angstbehandelingen met een roesje'. Hiervoor is dan geen akkoordverklaring vereist. De beslissing of iemand in aanmerking komt voor deze behandeling wordt door de zorgaanbieder genomen, in lijn met de vastgestelde indicaties. Het is niet mogelijk deze behandelingen aan te vragen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zoals in de situatie van verzoekster het geval is.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster destijds informatie heeft gevraagd en dat haar is verteld dat vergoeding mogelijk was. De ziektekostenverzekeraar heeft toen meegedeeld dat voor de komende jaren niet bekend is wat er eventueel verandert in de voorwaarden van de zorgverzekering. Volgens de ziektekostenverzekeraar is hetgeen nu namens verzoekster is aangevraagd een wezenlijk andere behandeling dan waarover indertijd telefonisch is gesproken. Daarom kon verzoekster niet ervan uitgaan dat de aangevraagde behandeling zou worden vergoed. Verzoekster verwachtte op basis van haar aanname dat vergoeding vanuit de zorgverzekering zou plaatsvinden, van de ziektekostenverzekeraar slechts een factuur voor het verplicht en vrijwillig eigen risico te krijgen. Om deze reden heeft verzoekster haar vrijwillig eigen risico naar beneden bijgesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 24 mei 2023

aangeboden het eigen risico met terugwerkende kracht per 1 januari 2023 weer te verhogen naar totaal € 885,- en de premie hierop aan te passen.

- 5.4. Naar aanleiding van een verzoek daartoe van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 16 augustus 2023 verklaard dat verzoekster niet in aanmerking komt voor coulance. De informatie in de contactregistraties biedt namelijk geen basis voor het toekennen van een coulancevergoeding op basis van een gedane toezegging. Daarnaast is haar duidelijk meegedeeld dat de behandeling moest worden aangevraagd, wat ook is gebeurd. Op basis van deze informatie heeft de ziektekostenverzekeraar zijns inziens een juiste beslissing genomen.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn brief van 30 oktober 2023 dat in de voorgaande correspondentie reeds is toegelicht waarom verzoekster geen aanspraak heeft op het aanbrengen van implantaten. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar zijn brief van 24 mei 2023. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de afwijzing, met de daaraan ten grondslag liggende motivering, geheel in lijn met het bindend advies van 1 maart 2023 (SKGZ202200705).
- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat hij ook alleen kan afgaan op de inhoud van de telefoonnotities. Verder verklaart de ziektekostenverzekeraar dat binnen de beroepsgroep van tandartsen en orthodontisten verschillende meningen bestaan. Er is een groep die het verplaatsten van elementen de beste behandeling vindt en er is een groep - de meerderheid - die vindt dat dit niet de beste oplossing is. Om deze reden is de aanspraak beperkt tot het aanbrengen van implantaten in de ruimte van het front. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor ook naar het voorlopig advies van het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat bij het verplaatsen van elementen de aanspraak op fronttandvervanging vervalt. Voordat het orthodontisch traject was gestart is de juiste informatie gegeven. Orthodontie is kennelijk vergoed om het probleem te verhelpen. Daarna is de situatie van ruimte in het voorfront niet meer aanwezig. Nu dit niet vergoed wordt, wordt ook de narcose niet vergoed. De ziektekostenverzekeraar licht verder toe dat het niet mogen verplaatsen van elementen niet in de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen, omdat de voorwaarden op het Besluit Zorgverzekeringen zijn gebaseerd. Volgens hem is het ook niet nodig dit erbij te vermelden, want het gaat niet om het ontstaansmoment maar om het moment van behandeling. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd licht de ziektekostenverzekeraar toe dat verzoekster tijdens de telefonische gesprekken niet is gewaarschuwd dat bij het verplaatsen van elementen de vergoeding voor fronttandvervanging vervalt, omdat hij dan op de stoel van de behandelaar zou gaan zitten.
- 5.7. 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 29 november 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) De regeling fronttandvervanging is bedoeld voor de situatie waarbij een fronttand niet is aangelegd of door trauma is verloren gegaan. De verloren bovenvoortand kan op verschillende wijze vervangen worden. In dit geval is er gekozen om het ontstane diasteem door middel van orthodontie te verhelpen. Als gevolg van de orthodontische behandeling is er een diasteem in de zijdelingse delen ontstaan. Sluiting van het diasteem in de zijdelingse delen (in dit geval door middel van twee implantaten en kronen) valt niet onder de regeling fronttandvervanging. Het niet aangelegd zijn van twee elementen levert ook geen indicatie op tot bijzondere tandheelkundige hulp krachtens artikel 2.7, lid 1, sub a, van het Bzv, aangezien de functiestoornis niet zeer ernstig is.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van implantaat gedragen kronen op grond van artikel 2.7 lid 6 van het Bzv dan wel artikel 2.7, lid 1, sub a, van het Bzv.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor het aanbrengen van implantaten met daarop een kroon."

- 6.2. In het definitief advies van 10 januari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"(...) Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

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.22.2 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 mondzorg en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. De zorgverzekering biedt onder andere dekking voor fronttandvervanging bij verzekerden jonger dan 23 jaar en voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarvoor geen leeftijdsgrens geldt. Dit staat in artikel 2.7 Bzv. De artikelen B.12 tot en met B.14 van de voorwaarden van de zorgverzekering zijn hierop gebaseerd.
- 8.3. Verzoekster is thans 21 jaren oud. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan 23 jaar 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 18 jaar heeft bereikt.
- 8.4. De commissie stelt vast dat vóór het 18e levensjaar van verzoekster reeds is vastgesteld dat haar snijtanden (elementen 12 en 22) niet waren aangelegd. Verzoekster heeft een orthodontisch traject doorlopen, waarbij achterliggende elementen naar voren zijn gehaald en deze op de positie van de snijtanden zijn gekomen. De commissie overweegt dat het oorspronkelijke probleem - een diasteem in het front - door het orthodontisch traject is opgelost. Het beroep op de regeling inzake fronttandvervanging slaagt niet. Bij de nieuw ontstane diastemen tussen de elementen 14 en 15 en tussen 24 en 25 gaat het niet om hoek- of snijtanden. Het ter plaatse aanbrengen van implantaten met hierop kronen valt niet onder de regeling fronttandvervanging. Dat de op die posities aanwezige elementen zijn verplaatst om de diastemen in het front op te vullen maakt

niet dat de implantaten op de plaats van de opgeschoven elementen zijn aan te merken als fronttandvervanging. Implantaten met hierop kronen kunnen daarnaast onder de dekking van de zorgverzekering vallen als een indicatie bestaat voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Een zodanige indicatie is aan de orde bij schisis of een hiermee in ernst vergelijkbare aandoening. Gedacht kan hierbij worden aan oligodontie, waarbij zes of meer tanden of kiezen ontbreken. Verstandskiezen worden hierbij niet meegeteld. Bij verzoekster is echter geen oligodontie aan de orde, aangezien slechts twee elementen ontbreken. Evenmin is bij haar sprake van een andere ernstige aandoening die leidt tot verlies van de tandheelkundige functie. Het voorgaande wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut van 29 november 2023. De commissie oordeelt dat verzoekster geen aanspraak heeft op het aanbrengen van implantaten met hierop kronen ten laste van de zorgverzekering.

Telefonische toezegging

- 8.5. Verzoekster heeft gesteld dat er in 2014, 2015 en 2016 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar is geweest, waarbij door de ziektekostenverzekeraar is meegedeeld dat de orthodontie wordt vergoed en, omdat het om snijtanden gaat die niet zijn aangelegd, de kosten van het aanbrengen van implantaten en het plaatsen van kronen onder de zorgverzekering zouden vallen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is na afronding van de orthodontische behandeling een nieuwe situatie ontstaan en kon verzoekster daarom, op basis van de eerdere telefoongesprekken, niet verwachten dat deze behandeling zou worden vergoed. Ten aanzien van deze stellingen overweegt de commissie het volgende.
- 8.6. De commissie stelt vast dat de aangehaalde telefoongesprekken werden gevoerd voorafgaand aan of ten tijde van de aanvang van het orthodontisch traject. Zoals door verzoekster zelf is toegelicht, had zij destijds de keuze tussen het – op een later moment – aanbrengen van implantaten in het voorfront en een orthodontische behandeling. Door de behandelend orthodontist werd het aanbrengen van implantaten in het voorfront haar ontraden. Verzoekster heeft dit advies opgevolgd. De ziektekostenverzekeraar was van die keuze niet op de hoogte. Blijkens de telefoonnotities informeerde verzoekster destijds naar de regeling fronttandvervanging, anders gezegd: het aanbrengen van implantaten met hierop kronen ter plaatse van de 12 en 22. Verzoekster heeft de inhoud van de gespreksnotities gemotiveerd betwist, maar zij heeft niet aannemelijk kunnen maken dat door de ziektekostenverzekeraar een toezegging is gedaan of onjuiste informatie is verstrekt. Hieraan doet niet af dat de ziektekostenverzekeraar de eerdere orthodontische behandelingen heeft vergoed. Voor zover wél een toezegging zou zijn gedaan, kan deze geen betrekking hebben op de implantaten op de posities waar dit geschil over gaat. De nieuw ontstane diastemen tussen de elementen 14 en 15 en tussen 24 en 25 ontstonden immers pas door de met succes afgeronde orthodontische behandeling. Het beroep op een telefonische toezegging slaagt niet. Hetzelfde geldt voor het gesprek in 2020 en de akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar voor een kaakoverzichtsfoto in dat jaar. Niet valt in te zien dat uit die akkoordverklaring toestemming voor een op dat moment nog niet actuele én nog niet aangevraagde implantaatbehandeling kan worden afgeleid.
- 8.7. Verzoekster heeft tot slot gesteld te zijn benadeeld doordat zij haar aanvullende tandverzekering heeft beëindigd en zij haar eigen risico heeft teruggebracht tot het niveau van het verplicht eigen risico, waardoor zij de premiekorting over dat jaar is misgelopen. De commissie merkt op dat de aanvullende tandverzekering reeds per 2021 werd beëindigd. Op dat moment was de aanvraag van 25 januari 2023 nog niet aan de orde en kon noch verzoekster noch de ziektekostenverzekeraar voorzien wat de dekking van de zorgverzekering of de tandartsverzekering in 2023 zou zijn. Indien sprake is van nadeel, is dit het gevolg geweest van een eigen keuze van verzoekster. Wat betreft het vrijwillig eigen risico heeft de ziektekostenverzekeraar aangeboden om dit met terugwerkende kracht per 1 januari 2023 alsnog op € 885,- te zetten en de premie hierop aan te passen. Van instemming daarmee door verzoekster is de commissie niet gebleken.

Slotsom

8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 januari 2024

L. Ritzema

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.7

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

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

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.
- Een diëtist die aangesloten is bij ParkinsonNet verleent de zorg bij de ziekte van Parkinson.

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 gehandicapten, 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 tand-kaak-mondstelsel heeft; en/of
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft; en/of

- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvolgende 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, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft zoals genoemd onder B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundige 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 risico.
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt. 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 groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medebehandeling van andere disciplines dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- 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 nabehandeling noodzakelijk is, moet een multidisciplinair behandelplan door alle betrokken zorgverleners opgesteld worden.
- De zorg mag verleend worden op de plaats waar u verblijft; u heeft hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Zorgverlener

- De zorg onder B.12.1. wordt verleend door een tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg, orthodontist of een bevoegde zorgverlener die verbonden 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 Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.);
- Als sprake is van een tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie of sedatie wordt deze verleend door een bevoegde zorgverlener:
 - in een door Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) erkend Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - waarmee wij voor deze behandeling afspraken hebben gemaakt.

Verwijzing

Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten, heeft u voor aanvang van de behandeling 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 nodig voor het plaatsen van een tandheelkundig implantaat (B.12.2.). Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak heeft. 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 nodig voor orthodontie in bijzondere gevallen (B.12.3.). Bij de aanvraag voor de akkoordverklaring 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 (codes H38 en H39);

- uitgebreid onderzoek ten behoeve van het integrale behandelplan (code C012);
- het maken en bespreken van een restauratieve proefopstelling (code C016*).
- 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 heeft 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), codes H38 en H39.

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 of tandprotheticus meer dan € 650,- per kaak bedragen;

- het maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT, aangeduid met code X21);
- het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), codes H38 en H39. 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 J080. 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 autotransplantaten.
- U heeft 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 tanden en het plaatsen van tandheelkundige implantaten zoals genoemd in artikel B.14.e., wordt verleend door:
 - een tandarts, of;
 - 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 heeft 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:
 - behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
 - het trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
 - 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 verzekerden 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:

- 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.
- 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 heeft.
- 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, (zoek in de titel op 'Regeling zorgverzekering', klik deze regeling vervolgens aan en scroll dan links onder hoofdstuk 8 naar bijlage 1 of 2).

De lijst Medicijnen van bijlage 2 Regeling zorgverzekering en de Lijst voorkeursgeneesmiddelen 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.

B.15.1.a. Medicijnen algemeen

De minister van VWS bepaalt welke farmaceutische zorg en medicijnen onder welke voorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. Deze minister heeft het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst met alle geregistreerde medicijnen (bijlage 1) en geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (bijlage 2) waar u voor verzekerd bent. Bijlagen 1 en 2 vindt u op wetten.overheid.nl in de Regeling zorgverzekering.

In het GVS is geregeld of een medicijn volledig vergoed wordt of dat er een wettelijke eigen bijdrage voor geldt. Zorgverzekeraars kunnen op grond van de wet aanvullende randvoorwaarden stellen aan de vergoeding van farmaceutische zorg en geneesmiddelen.

B.15.1.b. Medicijnen uit bijlage 1

Het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) bestaat uit bijlage 1 en 2. In bijlage 1 komen onderling vervangbare en niet onderling vervangbare medicijnen voor.

Onderling vervangbare medicijnen

Dit zijn medicijnen die:

- op dezelfde manier worden toegediend; en
- bij dezelfde soort indicatie worden ingezet; en
- voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.

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, vijftientig 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.