

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500304

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 27 oktober 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 november 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 23 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 23 februari 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026002070) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 februari 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 maart 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 31 maart 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 23 februari 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 14 april 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 en 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Plus Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. De behandelend kaakchirurg heeft namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar aanvragen ingediend voor het aanbrengen van vier implantaten in de bovenkaak en twee implantaten in de onderkaak.

- 2.3. Bij brieven van 28 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvragen zijn afgewezen.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 27 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. De behandelend kaakchirurg heeft hierna eenzelfde aanvraag ingediend, die bij brief van 14 juli 2025 door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen.
- 2.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de aangevraagde vier implantaten in de bovenkaak alsnog goed te keuren. De aanvraag voor het aanbrengen van de twee implantaten in de onderkaak blijft afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft deze beslissing rechtstreeks aan verzoeker meegedeeld bij brief van 25 september 2025.
- 2.7. Bij brief van 23 februari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.8. Bij brief van 14 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden een goedkeuring te verlenen voor het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn klacht aan SKGZ aangegeven dat hij door de tandarts is verwezen naar de kaakchirurg omdat zijn mond niet geschikt is voor een prothese. Met de prothese die is vervaardigd kan hij niet eten en deze gaat uit bij praten en niezen. In zijn e-mailbericht aan de commissie van 27 oktober 2025 heeft verzoeker verder aangevoerd dat de behandelend kaakchirurg hem heeft verteld dat het vooral gaat om de onderkaak. Verzoeker is al vanaf februari 2023 met de kwestie bezig. De ziektekostenverzekeraar slaat het advies van de kaakchirurg gewoon in de wind. Op 3 oktober 2025 heeft verzoeker nog een afspraak gehad bij deze arts, die hem opnieuw heeft onderzocht. De kaakchirurg kwam wederom tot de conclusie dat de implantaten in de onderkaak echt nodig zijn. Op 1 september 2025 heeft verzoeker een gastroscopie ondergaan. Hieruit bleek dat zijn slokdarm is ontstoken als gevolg van te veel maagzuur. Dit komt doordat zijn eten, als gevolg van slecht kauwen, niet goed verteert. Op 23 oktober 2025 heeft hij een coloscopie ondergaan, waaruit bleek dat er poliepen aanwezig waren als gevolg van etensresten in de darmen. Met de huidige gebitsprothese kan verzoeker niet goed eten.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zijn tanden zijn getrokken in 2023 waarna hij een tijdelijk gebit heeft gekregen. Toen hij na vier maanden een definitief gebit wilde hebben is hij teruggegaan naar de tandarts, die hem heeft verwezen naar de kaakchirurg. Verzoeker heeft zijn huidige gebit getoond, en verklaard dat al het eten hier onder kruipt. Hij kan hiermee niet eten. Als hij thuis is heeft hij geen gebit in; dit gebruikt hij alleen als hij ergens naar toe moet. Hij kan niet eten en heeft een slokdarmontsteking gehad omdat hij zijn eten niet goed kan kauwen. Daarom moet hij nu maagzuurremmers nemen die hij niet nodig zou hebben als de situatie van zijn gebit beter was. Zonder implantaten blijft de prothese niet zitten. Als hij moet niesen of hoesten ligt zijn gebit op tafel. Zijn eten verteert niet goed omdat hij eet zonder tanden.

De reactie van zijn lichaam hierop is te veel maagzuur met als gevolg een slokdarmontsteking. Er is echter geen specialist die wil bevestigen dat de slokdarmontsteking is ontstaan door de afwezigheid van een goed gebit.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 7 oktober 2025 aangevoerd dat het uitgangspunt bij de afbakening van de wettelijke aanspraak op tandheelkundige implantaten bij een edentate kaak is dat de normale tandheelkundige zorg voor volwassenen geen deel uitmaakt van de zorgverzekering. Dit betekent dat niet elke oplossing van een tandheelkundig probleem bij volwassenen voor vergoeding in aanmerking komt. Alleen bij uitzondering is dit aan de orde, namelijk bij een ernstige verworven aandoening van het tand-kaak-mondstelsel, in de vorm van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Vanwege deze ernstige kaakresorptie kan dan geen tandheelkundige functie worden behouden, gelijkwaardig aan die van iemand in vergelijkbare omstandigheden, maar zonder deze aandoening (zgn. maatmanbeginsel). Het gebitsmodel van de onderkaak van verzoeker, het OPT en de lichtfoto's zijn door de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar beoordeeld. Er is geen sprake van een zeer ernstig geslonken kaak. De implantaten worden daarom niet vergoed ten laste van de zorgverzekering. De meso- en suprastructuur kunnen wel worden vergoed, als het aanbrengen van de implantaten op andere wijze wordt bekostigd. De bestaande exostosen van de onderkaak kunnen door middel van pre-prothetische chirurgie worden verwijderd.
- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 23 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de gevraagde vier implantaten in de bovenkaak inmiddels zijn goedgekeurd. Het is helder dat verzoeker ook vergoeding vraagt voor de implantaten in de onderkaak, en dat de zorgverlener benadrukt eerst die implantaten te willen aanbrengen. Retentieproblemen van de prothese bij een edentate kaak vormen alleen een vergoedingsgrond voor implantaten in geval van een ernstig geslonken kaak. Dit volgt uit artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering, maar is ook nadrukkelijk bevestigd door het Zorginstituut. Als er andere factoren zijn dan de zeer ernstig geslonken kaak waardoor de prothese niet goed blijft zitten, en de implantaten dus om een andere reden nodig zijn, is dit geen verzekerde zorg. Uit de aanvraag van de kaakchirurg volgt dat sprake is van retentieproblemen, ondanks een goede stabiliteit. De arts geeft echter niets aan over een zeer ernstig geslonken kaak, waar de verwijzend tandarts vermeldde dat sprake was van 'onvoldoende bot'. De bestaande retentieproblemen worden door de behandelend kaakchirurg verklaard door de geconstateerde klinisch hoge aanhechting van de mondbodem, knife edge mandibula, en exostosen mandibula beiderzijds. Het bestaan van deze bijzondere factoren wordt door de ziektekostenverzekeraar zeker niet betwist, en het kan goed zijn dat verzoeker hierdoor is aangewezen op implantaten. Dit zijn echter bijzondere factoren van de kaak, anders dan een zeer ernstig geslonken kaak, en waarbij implantaten niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij er niet aan twijfelt dat verzoeker problemen heeft met de prothese, maar er moet worden gekeken naar de dekking van de zorgverzekering. Er is door de overheid een keuze gemaakt waarbij implantaten alleen worden vergoed bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak met retentieproblemen. Er is bij verzoeker sprake van een bijzondere anatomie en hoge aanhechting. Dit is in Nederland geen reden implantaten te vergoeden en valt daarmee niet onder de verzekerde zorg. Er is een verklaring gekomen van een nieuwe kaakchirurg die ook bevestigt dat het nodig is, en die is voorgelegd aan de adviserend tandarts. De adviserend tandarts kwam tot de conclusie dat er weliswaar sprake is van een bijzondere situatie, maar niet van een ernstig geslonken kaak. Als de implantaten zelf worden bekostigd, mag de overkappingsprothese wel worden vergoed.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 23 februari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

Voor aanspraak op implantaten geldt dat sprake moet zijn van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en dat door deze ernstige kaakresorptie geen tandheelkundig functie kan worden behouden, gelijkwaardig aan die van iemand in vergelijkbare omstandigheden, maar zonder deze aandoening (maatmanbeginsel). Uit het dossier blijkt niet dat bij verzoeker sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaakmondstelsel. Ook blijkt niet uit het dossier dat verzoeker een zeer ernstig geslonken onderkaak heeft. De overzichtsröntgenfoto op pagina 37 van het dossier laat weliswaar een geslonken bovenkaak zien, maar de onderkaak is niet ernstig geslonken, namelijk Cawood II tot III (afhankelijk van waar gemeten op de onderkaak). Verzoeker voldoet daarom niet aan de voorwaarden voor vergoeding van implantaten in de onderkaak ten behoeve van een uitneembare prothese.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor de vergoeding van bijzondere tandheelkundige hulp. Het plaatsen van twee implantaten in de onderkaak komt hiermee niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker heeft geen (verzekerings)indicatie voor de vergoeding van het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg 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

- 7.2. De aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg is geregeld in artikel B.12.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin is bepaald dat deze zorg wordt vergoed in de volgende drie gevallen:
- (a) als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
 - (b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op

hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening; of
(c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, eerste lid, Bzv.

7.3. In artikel B.12.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op het aanbrengen van implantaten als:

- (i) bij een verzekerde sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en
 - (ii) de implantaten dienen voor het aanbrengen van een (volledig) uitneembare prothese.
- Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, tweede lid, Bzv.

7.4. Gelet op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 23 februari 2026 is bij verzoeker niet gebleken van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Volgens het Zorginstituut is voorts niet gebleken dat verzoeker een zeer ernstig geslonken onderkaak heeft. Het Zorginstituut komt om die reden tot de conclusie dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de gevraagde implantaten in de onderkaak. Het Zorginstituut heeft zijn conclusie in het definitief advies van 14 april 2026 gehandhaafd. De commissie begrijpt dat verzoeker, door bijzondere factoren, kampt met retentieproblemen, als gevolg waarvan hij moeilijkheden ondervindt met het verteren van voedsel, maar deze vormen geen aanleiding van het advies af te wijken. De commissie neemt dit dan ook over.

Slotsom

7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 april 2026,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

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

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 tandheerkundig 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 tandheerkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheerkundige 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 tandheerkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheerkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheerkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheerkundige 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 tandheerkundige 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 tandheerkundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.
2. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, vijftientwintig procent van de kosten van die voorziening.
3. In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheerkundige 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.

- een zwangerschap van tenminste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie; of
 - een zwangerschap van tenminste 12 weken, gerekend vanaf de 1e dag van de laatste menstruatie in geval van een spontaan ontstane (fysiologische) zwangerschap.
 - Er is sprake van een IVF-poging als de follikelpunctie is geslaagd
- Er is sprake van een in-vitrofertilisatie (één IVF-poging) als fase 2, de follikelpunctie (het verkrijgen van de rijpe eicellen) is geslaagd. Terugplaatsing van eerder verkregen (ingevroren) embryo's maakt deel uit van de IVF-poging waarin de embryo's zijn verkregen.

Vruchtbaarheidsbehandeling: fases waar IVF uit bestaat

Een in-vitrofertilisatie (IVF) omvat 4 opeenvolgende stadia:

- Fase 1: Hormonale behandeling die de rijping van de eicellen bevordert;
 - Fase 2: Follikelpunctie (verkrijgen van rijpe eicellen);
 - Fase 3: Bevruchting van de eicellen en kweken van embryo's in het laboratorium;
 - Fase 4: Een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoeder.
- Vruchtbaarheidsbehandelingen anders dan IVF en ICSI tot en met 42 jaar valt onder medisch specialistische zorg

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts
- Medisch specialist
- Verpleegkundig specialist
- Physician assistant

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Gynaecoloog in een vergunninghoudende instelling.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist kan zorg door andere, bevoegde zorgverleners laten geven, maar de medisch specialist blijft verantwoordelijk voor de zorg.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Behandeling van de donor van de eicel en donatie van de eicel in geval van een eiceldonatie. Voor de vergoeding van eiceldonatie gelden landelijke criteria

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Mondzorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Mondzorg in bijzondere gevallen (artikel B.12.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Mondzorg in bijzondere gevallen
Het gaat om mondzorg als u een ernstige aandoening heeft in het aangezicht, de mond, kaken of uw gebit. Of als u een verstandelijke of lichamelijke aandoening heeft waardoor reguliere mondzorg niet mogelijk is. De behandeling kan ook onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas) worden gedaan.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor mondzorg in bijzondere gevallen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.

- Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- of mondstelsel.
 - Er is sprake van een verworven afwijking van het tand-, kaak- of mondstelsel.
 - U heeft een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening.
 - U krijgt een medische behandeling die aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft zonder tandheelkundige zorg.
Hierbij gaat het meestal om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Wat zijn de voorwaarden?

- Zonder de bijzondere mondzorg zou u de functie van uw gebit niet kunnen behouden
Of uw gebit zou niet de functie krijgen zoals het zou functioneren zonder dat u een van de genoemde aandoeningen heeft.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts, orthodontist of tandarts-implantoloog als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken bij één van deze situaties:
 - als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
 - als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Mondhygiënist.
De mondhygiënist beheert zijn of haar praktijk voor eigen rekening en verantwoordelijkheid.
- Kaakchirurg.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.
- Orthodontist.
De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas): een bevoegde zorgverlener in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) dat door Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) is erkend
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie (bijvoorbeeld met lachgas): een bevoegde zorgverlener waarmee wij afspraken hebben gemaakt over deze behandelingen

Wat krijgt u niet vergoed?

- Een mandibulair repositie apparaat (MRA)
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
● Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001)
● Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002)
● Uitwendig bleken per kaak (code K003)
● Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004)

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Plaatsen implantaat in tandeloze kaak (artikel B.12.2.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Het plaatsen van een tandheelkundig implantaat

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor plaatsen implantaat in tandeloze kaak.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

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

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Tandarts
- Tandarts-implantoloog
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Als de zorg wordt verleend op de plaats waar u verblijft (dus niet in de praktijk waar de zorgverlener werkt) dan heeft u hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor het plaatsen van een of meer implantaten in de bovenkaak
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- Voor de onderkaak beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of u voldoet aan de voorwaarden. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig
Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener is altijd een akkoordverklaring nodig. Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg meesturen en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Kaakchirurg.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Orthodontie in bijzondere gevallen (artikel B.12.3.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Orthodontie in bijzondere gevallen

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor orthodontie in bijzondere gevallen.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.