

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500167

Partijen

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

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 1 juli 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 15 juli 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 8 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Op 9 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Kopieën hiervan zijn op 10 september 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 26 september 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025021254) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan partijen gezonden.
- 1.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben bij brief van 7 oktober 2025 respectievelijk e-mailbericht van 21 oktober 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.5. Bij brief van 7 oktober 2025, door de commissie ontvangen op 17 oktober 2025, heeft verzoekster gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut. Een kopie van haar reactie is op 21 oktober 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 5 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 6 november 2025 aan verzoekster gezonden.
- 1.6. De nagekomen stukken zijn op 6 november 2025 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 26 september 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 13 november 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende

ziektekostenverzekeringen TandVerzorgd 500 en ExtraVerzorgd 2 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Verzoekster heeft op 30 maart 2024 aan de ziektekostenverzekeraar een begroting van 25 maart 2024 gestuurd, afkomstig van een tandarts in Emmerich am Rhein, Duitsland. Bij brief van 20 april 2024 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd haar te informeren welke kosten, vermeld op deze begroting, worden vergoed.
- 2.3. Op 28 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar, onder verwijzing naar de begroting, schriftelijk aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de tandheelkundige behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 19 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 26 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 13 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in Emmerich am Rhein uitgevoerde tandheelkundige behandeling, te weten het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak ten behoeve van een klikgebit, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Bij klachtenformulier van 6 februari 2025 heeft verzoekster toegelicht dat zij vraagt om vergoeding van de nota's van 14 juni 2024 en 9 september 2024 ten bedrage van € 2.116,06 respectievelijk € 2.697,74.
Het gebit van verzoekster was in 2004 zo slecht dat zij door haar tandarts werd doorverwezen naar een gespecialiseerde tandarts in Duitsland. Destijds is verzoekster door de ziektekostenverzekeraar opgeroepen voor het spreekuur en werden de kosten vergoed ten laste van de zorgverzekering op basis van de Nederlandse tarieven. In de periode tussen 2004 en 2024 zijn diverse breuken ontstaan en is het bovengebit met vier implantaten vernieuwd. Ook de kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
Verzoekster heeft geprobeerd zo veel mogelijk informatie over te leggen. Zij heeft hierbij benadrukt dat zij steeds te goeder trouw heeft gehandeld.
- 3.3. In haar brief van 1 juli 2025 heeft verzoekster verklaard dat zij door de brief van de Ombudsman Zorgverzekeringen van 22 mei 2025 voor het eerst kennis heeft genomen van de voorwaarden die gelden voor mondzorg. Verzoekster is al meer dan dertig jaar verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar en al meer dan twintig jaar patiënt bij haar Duitse tandarts. Het zou wenselijk en zelfs verplicht moeten zijn dat de ziektekostenverzekeraar haar in schriftelijke vorm over de wettelijke wijzigingen en voorwaarden had geïnformeerd. De ziektekostenverzekeraar is op dit punt nalatig geweest. Veel Nederlanders zijn patiënt bij de Duitse tandarts. Bij navraag blijkt dat ook zij nooit zijn geïnformeerd.
Verzoekster heeft voorgesteld om langs te komen op het spreekuur van de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft haar hiervoor echter niet uitgenodigd. Volgens de ziektekostenverzekeraar doet hij dit alleen bij twijfel. In het geval van

verzoekster bestond er kennelijk geen twijfel en had de ziektekostenverzekeraar dus tot vergoeding kunnen overgaan.

In zijn brief van 19 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat er geen conventionele gebitsprothese is geprobeerd. Hieruit kan worden opgemaakt dat aanspraak bestaat op vergoeding van een conventionele gebitsprothese. De ziektekostenverzekeraar zou althans deze kosten aan verzoekster kunnen vergoeden.

- 3.4. Bij brief van 7 oktober 2025 heeft verzoekster toegelicht dat uit het dossier duidelijk blijkt dat haar verweer hoofzakelijk is gebaseerd op niet gelijke afwikkeling van door haar ingediende declaraties. In 2004 werd de ingediende declaratie voor een klikgebit op vier implantaten nog zonder machtiging vergoed. De declaratie van maart 2025, waarbij is gevraagd om vergoeding van een klikgebit op twee implantaten, werd daarentegen afgewezen. Op het voorstel van verzoekster om het spreekuur te bezoeken is door de ziektekostenverzekeraar niet ingegaan. Op 13 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar wederom, zonder machtiging, goedkeuring verleend voor een nieuwe gebitsprothese.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de uitgevoerde tandheelkundige behandeling. Ter onderbouwing hiervan heeft hij bij brief van 8 september 2025 toegelicht dat zij vergoeding wenst voor het aanbrengen van implantaten. Verzoekster heeft hiervoor een vergoeding gekregen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering, maar zij wil dat aan haar een vergoeding op grond van zorgverzekering wordt verleend.
- 4.2. De zorgverzekering biedt dekking voor het aanbrengen van implantaten, echter onder bepaalde voorwaarden. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een verzekerde recht heeft op bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft. Hieronder valt ook het aanbrengen van implantaten bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. De implantaten moeten dan dienen om hierop een uitneembare prothese te bevestigen. Verder is in het kader van bijzondere tandheelkunde de voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist. Voor de vergoeding van implantaten geldt dus zowel een inhoudelijke als een administratieve voorwaarde. Deze beide voorwaarden hangen met elkaar samen. De mond (en de kaak) verandert namelijk al naar gelang de omstandigheden. Het kaakbot blijft bijvoorbeeld stabiel als er tanden in zitten, maar slinkt als die verdwenen zijn en de kaak geen functie meer heeft. Dit is een proces van in elk geval een half jaar. Na een tandheelkundige behandeling, zeker wanneer deze uitgebreid is, zoals bij het aanbrengen van implantaten, is het niet meer mogelijk om de situatie vóór de behandeling te beoordelen. Vandaar de voorwaarde dat voorafgaand aan de behandeling toestemming moet worden gevraagd. Verzoekster heeft de implantaten in de onderkaak gekregen in 2024. Zij heeft daarvoor geen voorafgaande toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Dit betekent dat de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering.
- 4.3. Uit coulance heeft de ziektekostenverzekeraar onderzocht in hoeverre de situatie van verzoekster voorafgaand aan de behandeling nog te beoordelen is. De ziektekostenverzekeraar is hierbij tot de conclusie gekomen dat dit niet meer mogelijk is, of in elk geval dat onaannemelijk is dat verzoekster destijds aan de inhoudelijke voorwaarden voor vergoeding voldeed. De ziektekostenverzekeraar heeft geconstateerd dat verzoekster vóór maart 2024 nog elementen in haar onderkaak had. Op 19 maart 2024 zijn namelijk tanden getrokken. Dit blijkt uit de rekening van 14 juni 2024. Het betekent dat er op dat moment nog een normale hoeveelheid kaakbot aanwezig was om die tanden te fixeren. Het betekent ook dat het kaakbot pas hierna is gaan

slinken. Aangezien dit een proces is dat in elk geval een half jaar duurt, is onaannemelijk dat 2,5 maand later al sprake was van een zeer ernstig geslonken kaak.

Bovendien bestaat alleen aanspraak als óók sprake is van een functioneel probleem dat alleen kan worden opgelost met het aanbrengen van implantaten. Om dit te kunnen beoordelen, moet eerst een stabiele situatie worden bereikt met een conventionele gebitsprothese op gestabiliseerde kaken, waarvan de occlusie en articulatie op orde zijn. Bij verzoekster zijn echter meteen na de extracties implantaten aangebracht en is dus niet eerst geprobeerd of zij voldoende is geholpen met een conventionele gebitsprothese. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op een implantaatbehandeling. Het beroep op eerdere vergoedingen doet daar niets aan af. De vergoeding uit 2004 valt niet meer te verifiëren en bovendien moet elke aanspraak op zijn eigen merites worden beoordeeld.

- 4.4. Bij brief van 6 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat hij de vergoeding uit 2004 niet meer kan achterhalen. De aanvraag van 13 augustus 2025 voor een gebitsprothese betrof een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering en niet ten laste van de zorgverzekering.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 26 september 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Beoordeling

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 tandheelkundige functie kan worden behouden, gelijkwaardig aan die van iemand in vergelijkbare omstandigheden, maar zonder deze aandoening (maatmanbeginsel). Uit het dossier blijkt niet dat bij verzoekster sprake was van een zeer ernstig geslonken kaak. De panoramische röntgenfoto van 3 juni 2024 laat een gezonde onderkaak zien welke nauwelijks geslonken is. Verzoekster komt om die reden niet in aanmerking voor vergoeding van implantaten ten behoeve van een uitneembare prothese.

In de brief ‘Aanspraak implantaatgedragen prothesen n.a.v. richtlijnen beroepsgroep’ heeft het Zorginstituut het volgende aangegeven:

*“Naast de ‘basiseis’ van een ernstig geresorbeerde tandeloze kaak moet aan andere voorwaarden worden voldaan voor aanspraak op implantaten. Er moeten subjectieve en objectieve ernstige functionele tandheelkundige klachten bestaan. Voorts brengt het maatmanbeginsel mee, dat het gehele tand-kaak-mondstelsel bij de beoordeling wordt betrokken. Een verzekerde die pas kort tandeloos is, verkeert in een moeilijke overgangssituatie met, vooral in het eerste halfjaar, slinkende kaken na de extractie(s). Voor zo iemand is het ook moeilijk om te wennen aan een gebitsprothese. Sowieso zal eerst een situatie moeten worden bereikt met een conventionele gebitsprothese op gestabiliseerde kaken, waarvan de occlusie en articulatie op orde zijn.
(...)”*

Pas wanneer na herbeoordeling blijkt dat, ondanks het creëren van een, gezien de omstandigheden, adequate uitgangspositie langs conventionele weg, het niet is gelukt om een orale functie te verkrijgen, gelijkwaardig aan die van iemand zonder de ernstige kaakresorptie, komt een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp in beeld. Er moet dan uitdrukkelijk worden getoetst aan een vergelijkbare situatie (maatman), niet aan een tandheelkundig optimale situatie.”

Het Zorginstituut merkt ten overvloede op dat uit het dossier bovendien niet blijkt dat in de onderkaak een conventionele prothese is geprobeerd. Daarmee is ook niet voldaan aan het maatmanbeginsel.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat geen sprake is van een zeer ernstig geslonken kaak. Verzoekster kan hierdoor geen aanspraak maken op de vergoeding van twee implantaten in de onderkaak ten laste van de basisverzekering. Daarnaast merkt het Zorginstituut op dat geen conventionele prothese is geprobeerd, waardoor ook niet wordt voldaan aan het maatmanbeginsel.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor het aanbrengen van 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.17 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 tandheelkundige zorg en 'het redelijkerwijs zijn aangewezen op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster is naar Duitsland, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel hier zorg te betrekken. Op deze situatie ziet artikel 20 van de Verordening (EG) nr. 883/2004. De eerste vraag die moet worden beantwoord, is of verzoeker de ziektekostenverzekeraar om voorafgaande toestemming heeft gevraagd.
Verzoekster heeft op 30 maart 2024 een begroting van de tandarts ingestuurd. Op 20 april daaropvolgend heeft zij de ziektekostenverzekeraar gevraagd welke kosten hiervan voor vergoeding in aanmerking komen. Op 28 mei 2024 volgde een afwijzing, onder verwijzing naar de ingediende begroting. Verzoekster vraagt thans om vergoeding van twee nota's, namelijk van 14 juni 2024 en 9 september 2024. De nota van 14 juni 2024 ziet op behandelingen in de periode van 18 december 2023 tot 10 juni 2024. De nota van 9 september 2024 ziet op behandelingen in de periode van 5 augustus 2024 tot 29 augustus 2024.
Ten aanzien van de eerste behandelperiode - van 18 december 2023 tot 10 juni 2024 – staat vast dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar niet om voorafgaande toestemming heeft gevraagd. Ten tijde van de aanvraag was die behandeling immers al gestart.
Uit het arrest Stamatelaki (C-444/05) van het Hof van Justitie volgt dat de verordening buiten toepassing blijft als een verzekerde niet om voorafgaande toestemming heeft gevraagd. In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt gevraagd onderscheidenlijk de beslissing op die aanvraag wordt afgewacht. In dit geval zijn dergelijke bijzondere omstandigheden gesteld noch gebleken.

Voor de tweede behandelperiode – van 5 augustus 2024 tot 29 augustus 2024 – geldt dat wél tijdig toestemming werd gevraagd. Vóór aanvang van die behandeling, namelijk op 28 mei 2024, werd door de ziektekostenverzekeraar echter al afwijzend op de aanvraag beslist.

In het navolgende zal worden beoordeeld of de in Emmerich am Rhein gemaakte kosten voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Als het antwoord op die vraag bevestigend luidt, komt vervolgens aan de orde of op grond van de verordening de tijdig gevraagde toestemming voor de tweede behandelperiode verzoekster terecht werd onthouden. De commissie overweegt als volgt.

- 7.3. De zorgverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op de pagina's 47 tot en met 49 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hetgeen hier is beschreven, is gebaseerd op artikel 2.7 Bzv. Een tandheelkundig implantaat kan worden vergoed als het wordt aangebracht ter bevestiging van een volledige uitneembare prothese in het geval van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak, zoals bedoeld in artikel 2.7, tweede lid, Bzv. Verder geldt voor bijzondere tandheelkunde in het algemeen het zogenoemde 'maatmanbeginsel'. Dit houdt in dat aanspraak bestaat op tandheelkundige behandeling tot het niveau dat een verzekerde zou hebben gehad als de aandoening er niet was geweest.
- 7.4. In zijn advies aan de commissie van 26 september 2025 heeft het Zorginstituut geconcludeerd dat bij verzoekster geen sprake is van een zeer ernstig geslonken kaak. De panoramische röntgenfoto van 3 juni 2024, die deel uitmaakt van het dossier, laat een gezonde onderkaak zien die nauwelijks is geslonken. Hierdoor kan verzoekster geen aanspraak maken op vergoeding van twee implantaten in de onderkaak ten laste van de zorgverzekering. Daarnaast heeft het Zorginstituut opgemerkt dat niet eerst een conventionele prothese is geprobeerd, waardoor ook niet wordt voldaan aan het 'maatmanbeginsel'.
- 7.5. De commissie ziet in hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, waaronder haar stelling dat in het verleden in het kader van bijzondere tandheelkundige zorg – zonder voorafgaande machtiging - kosten ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed, geen reden om van de conclusie van het Zorginstituut af te wijken. De commissie overweegt in dit verband dat elke aanvraag afzonderlijk moet worden beoordeeld, aan de hand van de alsdan toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving. Een eerdere (verzekerings)indicatie, in dit geval mogelijk voor het aanbrengen van implantaten in de bovenkaak, betekent niet dat bij een volgende aanvraag het bestaan van een dergelijke indicatie – nu voor de onderkaak - zonder meer kan worden aangenomen. De stelling van verzoekster dat zij pas in mei 2025 bekend is geworden met de voorwaarden die gelden voor de aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg en dat de ziektekostenverzekeraar haar hierover had moeten informeren, treft geen doel. De commissie merkt hierover op dat deze voorwaarden zijn opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering en dat het op de weg van verzoekster had gelegen om hiervan kennis te nemen. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de in Duitsland ondergane tandheelkundige behandeling ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft terecht geweigerd de kosten te vergoeden van de behandelingen in de periode van 18 december 2023 tot 10 juni 2024.
Met de verordening is geen uitbreiding van het verzekerde pakket beoogd. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar de gevraagde toestemming op grond van de verordening ten aanzien van de behandeling in de periode van 5 augustus 2024 tot 29 augustus 2024 eveneens terecht heeft geweigerd.
- 7.6. Verzoekster heeft nog opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar in ieder geval de kosten van een conventionele gebitsprothese zou moeten vergoeden, nu hij heeft gesteld dat zij eerst een dergelijke prothese had moeten proberen. De commissie volgt haar hierin niet. Ten behoeve van verzoekster is geen conventionele gebitsprothese vervaardigd zodat geen aanspraak bestaat op

vergoeding van de kosten die hiermee gemoeid zouden zijn geweest ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 januari 2026,

J.W. Heringa

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

Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

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.

Tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is bedoeld voor mensen voor wie reguliere tandheelkunde niet toereikend is, door een bijzondere aandoening. U kunt hierbij denken aan een verhemeltespleet of een zeer ernstige overbeet.

Welke zorg

U heeft recht op bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft. Hieronder valt ook het aanbrengen van implantaten bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. Deze moeten dan dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen,
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft,
- een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.

Let op

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als dit noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben gehad zonder de aandoening.
- U heeft alleen recht op orthodontische hulp als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij mededagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. U heeft alleen recht op orthodontische hulp als deze wordt verleend door een orthodontist.

Eigen bijdrage

- Voor bijzondere tandheelkunde betaalt u een eigen bijdrage voor de zorg die niet rechtstreeks onder uw indicatie voor bijzondere tandheelkunde valt. De eigen bijdrage is dan het bedrag dat u zelf had moeten betalen als u geen indicatie voor bijzondere tandheelkunde had gehad.
- Betreft de bijzondere tandheelkunde in uw geval het plaatsen van een kunstgebit (een volledige prothetische voorziening), dan betaalt u een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. Voor een kunstgebit op implantaten geldt een eigen bijdrage van 10% voor de onderkaak en 8% voor de bovenkaak. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) of vraag deze op bij onze Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, kaakchirurg of orthodontist. Voor het orthodontische deel van de behandeling kunt u naar een orthodontist.

Verwijzing

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een orthodontist als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of kaakchirurg.
- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of huisarts. De kaakchirurg moet verbonden zijn aan een ziekenhuis.
- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u

vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, tandarts of kaakchirurg.

Toestemming

Voor bijzondere tandheelkunde heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Stuur u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Tandheelkunde

U heeft recht op tandheelkunde. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u jonger bent dan 18 jaar of 18 jaar of ouder.

Welke zorg

Tot en met 17 jaar

U heeft recht op :

- 1 periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n onderzoek nodig heeft,
- incidenteel tandheelkundig consult,
- het verwijderen van tandsteen,
- 2 fluorideapplicaties per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n applicatie nodig heeft, vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen,
- sealing,
- parodontale hulp (behandeling van tandvlees),
- anesthesie (verdooving),
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling),
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen),
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen),
- uitneembare prothetische voorzieningen (kunstgebit en frameprothese),
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten:
 - als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die niet zijn aangelegd, of
 - als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval,
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten,
- röntgenonderzoek (foto), behalve röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Tot en met 22 jaar

U heeft recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die helemaal niet zijn aangelegd, of als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval. U heeft alleen recht op deze zorg als de noodzaak daarvan is vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Let op

Gaat u buiten de normale openingstijden naar de tandarts, dan heeft u alleen recht op tandheelkunde als het bezoek niet tot een andere dag kan worden uitgesteld.

Vanaf 18 jaar

U heeft recht op :

- chirurgische tandheelkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie, het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties,
- uitneembare volledige protheses voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten.

Eigen bijdrage

Bent u 18 jaar of ouder? U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. U betaalt een eigen bijdrage van 10% van de totale kosten van een volledige prothese op implantaten en bijbehorende mesostructuur voor de onderkaak en 8% van de totale kosten van een volledige prothese op implantaten en bijbehorende mesostructuur voor de bovenkaak. De eigen bijdrage voor reparatie en opvullen (rebasen) van een uitneembare volledige prothetische voorziening is 10% van de kosten van die reparatie of opvullen. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) of vraag deze op bij onze Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus. Bent u jonger dan 18 jaar, dan kunt u ook naar een vrijgevestigde mondhygiënist. Voor implantologie die verband houdt met de plaatsing van een volledige prothese in de bovenkaak kunt u naar een kaakchirurg of naar een tandartsimplantoloog die door de NVOI is erkend. U vindt deze op nvoi.nl/erkende-implantologen. Voor volledige protheses en implantaten heeft Menzis zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://www.menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact opnemen met onze Klantenservice. Het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) is op de tandheelkunde niet van toepassing.

Verwijzing

U heeft alleen recht op behandeling door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van een tandarts of huisarts.

Toestemming

U heeft voorafgaande toestemming van Menzis nodig:

- voor tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten,
- voor parodontale hulp, behandeling onder narcose, osteotomie en het plaatsen van een implantaat door een kaakchirurg,
- voor het maken van een overzichtsfoto (Orthopantomogram), als u jonger bent dan 18 jaar,
- als een tandarts of tandprotheticus een volledige en uitneembare prothese voor de boven- of onderkaak maakt en de totale kosten (inclusief de techniekkosten) meer dan € 750 per kaak zijn,
- voor het plaatsen van een implantaatgedragen prothese en bijbehorende mesostructuren vervaardigd door een daarvoor niet-gecontracteerd zorgaanbieder,
- voor reparatie en rebasing van de implantaatgedragen prothese door een daarvoor nietgecontracteerd zorgaanbieder,
- als de volledige en uitneembare prothese voor de boven- en/of onderkaak die u nu draagt, binnen 5 jaar na levering wordt vervangen. Dit geldt niet voor een immediaatprothese,
- als u moet worden behandeld op de plaats waar u verblijft (bijvoorbeeld thuis of in een instelling).

Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan mee van de zorgaanbieder.