

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B en CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ groep
U.A. te Tilburg
Zaak : Overgang verzekering, informatieverstrekking, orthodontie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31
Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, Regeling
informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/
NR-017), artt. 6:223 en 6:224 BW
Zaaknummer : 202200188
Zittingsdatum : 5 oktober 2022

1. 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.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 28 januari 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 mei 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 11 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 juli 2022 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 oktober 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker en zijn twee dochters zijn met ingang van 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering CZdirect (Zorgverzekering Natura Direct) (hierna: de zorgverzekering). Verzoeker treedt hierbij op als verzekeringnemer. Hij is tevens verzekeringnemer van de ten behoeve van zijn twee dochters afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering CZdirect Tand 1 75% (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij brieven van 27 augustus 2021, 8 oktober 2021 en 4 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van totaal € 523,04 van verzoeker gevorderd. Hiervan ziet een bedrag van € 477,38 op de kosten van orthodontie. Verzoeker heeft zich hierover beklagd, waarna een telefonische reactie is gegeven. Dit was op 1 december 2021. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar het besprokene bij ongedateerd e-mailbericht aan verzoeker bevestigd.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar hierop om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 7 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat hij niet gehouden is het bedrag van € 477,38 te voldoen. In dat verband stelt hij dat hij in 2020 met zijn gezin was verzekerd

bij Aevitae en dat toen sprake was van dekking voor de kosten van orthodontie van zijn beide dochters. Destijds is hij benaderd door de ziektekostenverzekeraar met een aanbod voor een lagere premie. Informatie hierover heeft verzoeker echter niet meer. Vanwege de lagere premie en de goede reviews - waarvan verzoeker nu betwijfelt of deze echt zijn - besloot hij met ingang van 1 januari 2021 over te stappen. Vervolgens ontving hij in 2021 van de ziektekostenverzekeraar nota's voor controlebehandelingen. Vergoeding hiervan werd geweigerd omdat het blijkens de gebruikte codes zou gaan om orthodontie.

- 4.2. Verzoeker betoogt dat hij ten tijde van de overstap niet goed is geïnformeerd en geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar. Voorts meent hij dat de kosten van de controlebehandelingen onder de dekking van de zorgverzekering vallen indien de verzekerde jonger is dan 18 jaar, zoals zijn beide dochters. Hierbij wijst hij erop dat ook de aanvullende ziektekostenverzekering werd afgesloten. Uit het vergoedingenoverzicht blijkt dat de kosten van mondzorg voor jongeren, orthodontie in bijzondere gevallen en bijzondere tandheelkunde onder de zorgverzekering zijn gedekt, en dat de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding voor mondzorg kent tot € 250,- per kalenderjaar. Toen verzoeker ermee werd geconfronteerd dat de kosten van de controlebehandelingen voor zijn rekening kwamen, heeft hij getracht bij de ziektekostenverzekeraar een andere aanvullende verzekering af te sluiten. Dit bleek alleen mogelijk met inachtneming van een wachttijd van een jaar. Ook een terugkeer naar Aevitae met ingang van 1 januari 2022 bleek niet mogelijk, aangezien intussen een - door verzoeker bestreden - betalingsachterstand bij de ziektekostenverzekeraar bestond. Volgens verzoeker wordt de verzekering zo een verplichte verzekering. Door chantage met gestelde betalingsachterstanden wordt zijn vrije keuze beperkt. De ziektekostenverzekeraar is klantvriendelijk en alleen uit op zijn geld, aldus verzoeker. Hij kan de kosten niet zelf dragen. Verzoeker merkt nog op dat hij al decennia premie betaalt zonder vergoeding te claimen. Hij heeft veel bijgedragen aan de solidariteit, maar krijgt daar niets voor terug.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop toegelicht dat hij via de website van de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie kwam dat orthodontie onder tandheelkundige zorg valt. Zijn dochters waren eigenlijk al uitbehandeld. Voor zijn oudste dochter zijn geen rekeningen meer ingediend, en voor zijn jongste dochter betrof dit controles. Nog los van de vraag of orthodontie is gedekt, is verzoeker van mening dat geen sprake is geweest van orthodontie. Verder heeft verzoeker benadrukt dat hij de opstelling van de verzekeraar merkwaardig en schandelijk vindt. Hij wilde weer teruggaan naar zijn oude verzekeraar, maar dit kon niet omdat er een betalingsachterstand zou zijn. Dit is niet juist, omdat de achterstand een openstaande nota betrof, en geen premiebetaling.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij zijn vordering handhaaft. Het betreft hier kosten van een beugelcontrole en deze vallen onder de noemer orthodontie. Voor de kosten van orthodontie is in de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking opgenomen. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij de belangen van zijn verzekerden hoog in het vaandel heeft staan. Hij ziet echter geen aanleiding verzoeker financieel tegemoet te komen. Volgens de ziektekostenverzekeraar bepaalt elke verzekeraar welke dekking hij in de aanvullende pakketten opneemt. Aan het feit dat verzoeker tot 1 januari 2021 elders een verzekering had afgesloten die wel een vergoeding voor de kosten van orthodontie kende, kan dan ook geen betekenis worden toegekend. Verzoeker is gewezen op het bestaan van de betalingsachterstand en op het feit dat bij uitblijven van betaling overdracht van de vordering kan plaatsvinden, met de hieraan verbonden extra kosten.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat uit de door verzoeker overgelegde stukken niet is op te maken dat hij is misleid. De e-mail waaraan verzoeker refereert, is niet door hem overgelegd. De controles zijn uitgevoerd door een orthodontist, en vallen daarmee onder orthodontie. Het ging ook om een controle in verband met een beugel. Als de nota's niet kloppen, is het aan verzoeker gecorrigeerde nota's in te dienen. De juridische discussie over het al dan niet kunnen overstappen is nu pas ter sprake gekomen. Wat de ziektekostenverzekeraar betreft, gaat het enkel om de niet vergoede nota's.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.23.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) over algemene voorwaarden, en die uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit, 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.
- 7.2. De commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over het antwoord op de vraag of verzoeker gehouden is het bedrag van € 477,38 te voldoen.

Zorgverzekering

- 7.3. De commissie maakt uit de stukken op dat de in het geding zijnde nota betrekking heeft op kosten die zijn gemaakt ten behoeve van de jongste dochter van verzoeker. Dat het hierbij gaat om kosten van een orthodontische behandeling wordt als vaststaand aangenomen, nu volgens de ziektekostenverzekeraar sprake is van een "beugelcontrole" en verzoeker in reactie hierop heeft gesteld dat het controles bij de orthodontist betreft. Dat de nota betrekking heeft op een reguliere gebitscontrole door de tandarts - zoals door verzoeker wordt gesuggereerd - heeft hij niet aannemelijk gemaakt.
De zorgverzekering kent dekking voor bijzondere tandheelkunde (artikel B.12.1.) en orthodontie in bijzondere gevallen (artikel B.12.3.). Deze bepalingen zijn gebaseerd op artikel 2.7, eerste en derde lid, Bzv. Verzoeker heeft hier terecht op gewezen. In de specifieke situatie van zijn dochter is evenwel gesteld noch gebleken dat aan de in dit verband geldende voorwaarden wordt voldaan. Was dit anders geweest, dan had het op de weg van verzoeker gelegen een door de vorige zorgverzekeraar afgegeven machtiging over te leggen, maar dit is niet gebeurd. Ook is bij de ziektekostenverzekeraar geen aanvraag ingediend in dit kader, zodat de verwijzing van verzoeker wordt gepasseerd.
Ook zijn verwijzing naar de regeling inzake tandheelkundige zorg voor jongeren onder de 18 jaar (artikel B.13, gebaseerd op artikel 2.7, vierde lid, Bzv) treft geen doel. Uitgezonderd de situatie van orthodontie in bijzondere gevallen bestaat voor jongeren geen aanspraak op vergoeding van de kosten van een orthodontische behandeling. Een en ander leidt tot de conclusie dat de

ziektekostenverzekeraar terecht heeft besloten dat de onderhavige kosten niet kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor de kosten van orthodontie, zoals blijkt uit artikel D.8.5. in combinatie met het Vergoedingen Overzicht waarin wordt verwezen naar de artikelen D.8.1. tot en met D.8.4. en naar D.8.6., zodat vergoeding ten laste van deze verzekering niet mogelijk is. Dat verzoeker vóór 1 januari 2021 bij een andere verzekeraar een aanvullende verzekering had die voor deze kosten mogelijk wel vergoeding kende, is in dit verband niet relevant. Ook aan het feit dat verzoeker nog heeft geprobeerd bij de ziektekostenverzekeraar een (andere) aanvullende verzekering af te sluiten die deze kosten wél dekt, maar zich toen geconfronteerd zag met een wachttijd van een jaar, kan geen betekenis worden toegekend.

Informatievoorziening

- 7.5. De commissie stelt voorop dat het adviseren welke verzekering in iemands situatie het best passend is, geen taak is van de ziektekostenverzekeraar. Een aspirant-verzekerde moet dit zelf nagaan of kan ervoor kiezen gebruik te maken van de diensten van een assurantietussenpersoon. Van de ziektekostenverzekeraar mag daarentegen wel worden verwacht dat hij inzicht geeft in de premie en voorwaarden van de door hem gevoerde verzekeringsproducten. Bepalend is hierbij in de eerste plaats de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit. De informatieverstrekking betreft een aantal specifieke onderwerpen. Waar het vragen omtrent de eigenschappen van de aangeboden producten en diensten aangaat, bepaalt artikel 4 van bedoelde regeling dat het initiatief bij de consument ligt. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker in de periode van het overstappen bij de ziektekostenverzekeraar navraag heeft gedaan naar de vergoeding voor orthodontie of, meer algemeen, mondzorg. Wat verzoeker verder nog heeft aangevoerd, onder andere over de onmogelijkheid zijn verzekering op te zeggen en terug te keren naar zijn vorige verzekeraar vanwege een bestaande betalingsachterstand, de houding van de ziektekostenverzekeraar hierbij, en het bijdragen aan de solidariteit door middel van premiebetalingen, kan niet leiden tot een andere uitkomst.
- 7.6. In de verzekeringsvoorwaarden wordt onder het kopje 'Hoe werkt uw verzekering' bij de punten 3 en 4 toegelicht hoe de afwikkeling van nota's plaatsvindt. In bepaalde gevallen schiet de ziektekostenverzekeraar de kosten voor en ontvangt de verzekeringnemer hiervoor een rekening. In het voorafgaande is geconcludeerd dat de ziektekostenverzekeraar noch op grond van de zorgverzekering noch op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering was gehouden tot vergoeding van de kosten. Verzoeker dient, als verzekeringnemer van zijn dochter, de aan hem gezonden rekening voor het door de ziektekostenverzekeraar aan de zorgaanbieder betaalde bedrag van € 477,38 te voldoen.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 oktober 2022,

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 sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

- art. 2.1 en 2.7 Bzv

2. Voorwaarden zorgverzekering

- art. B.12 en B.13

3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

- art. D.8.5 en het Vergoedingen Overzicht

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2021

aanvullende verzekering CZdirect Tand 1 75% (modelnummer: 9100107) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering CZdirect Tand 1 75%.

Dit Vergoedingen Overzicht bestaat uit een aantal kolommen:

- In de middelste kolom "Hoeveel krijgt u vergoed" staan bedragen, aantallen, uren en/of termijnen.

Dit zijn altijd de maximale bedragen, aantallen, uren en/of termijnen.

De vergoedingspercentages (in %) berekenen wij over de wettelijke tarieven, afgesproken tarieven of marktconforme tarieven. Zie ook hiervoor artikel A.20.

- In de laatste kolom "Voorwaarden" staat een nummer. Dit nummer verwijst naar een artikel in de Verzekeringsvoorwaarden. In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de betreffende zorg vergoed te krijgen.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Mondzorg		D.8.
Mondzorg	€ 250,- per jaar (75% per behandeling)	D.8.1. t/m D.8.4.
Mondzorg bij ongeval	€ 10.000,- per ongeval	D.8.6.

noodzaak bestaat;

- U hebt voor dezelfde indicatie zonder dat sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie, niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek in combinatie met het zorgprogramma Gecombineerde Leefstijl Interventie (zie artikel B.3.4.).
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

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

Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg.

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

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

Verwijzing

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

stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt; en/of

- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en/of
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

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

Let op!

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

B.12.2. implantaat

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden; en
- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt 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.

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 hebt hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Zorgverlener

- De zorg onder B.12.1. wordt verleend door een tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg, 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, hebt 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 hebt. Bij de aanvraag voor de akkoordverklaring zit een schriftelijke motivering van uw tandarts of kaakchirurg en een schriftelijk behandelplan. Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is 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.

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).
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

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

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- een tandarts,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.),
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor medisch specialistische zorg,
- een bevoegde tandprotheticus (met verwijzing van een tandarts indien sprake is van een volledig kunstgebit op implantaten of een gedeeltelijk kunstgebit).

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

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het gaat om:
 - het vervangen en/of restaureren van tanden en/of kiezen met niet-plastische materialen;
 - het plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden te vervangen die u mist als direct gevolg van een ongeval, of omdat deze niet zijn aangelegd;
 - het plaatsen van tandheelkundige implantaten voor elementen die niet zijn aangelegd in het geval van oligodontie ten behoeve van het herstel van de functie;
 - de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts meer dan € 650,- per kaak bedragen;
 - de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 600,- per kaak bedragen;
 - het maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT, aangeduid met code X21).
- 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 (im-

mediaat-) gebitsprothese; of

- een uitneembare volledige vervangingsprothese; of
 - een uitneembare volledige overkappingsprothese op één of meerdere natuurlijke elementen voor de boven- en/of onderkaak;
 - een vergoeding van 90% van de kosten voor reparatie en/of het rebasen van:
 - een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese; of
 - een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese, al dan niet op tandheelkundige implantaten.
- c. Kunstgebit op implantaten (volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt). Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem). Dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit:
 - een vergoeding van 90% voor de overkappingsprothese voor de onderkaak; of
 - een vergoeding van 92% voor de overkappingsprothese voor de bovenkaak.
 - d. Kunstgebit op eigen boven- of onderkaak (uitneembare conventionele volledige gebitsprothese) tezamen met kunstgebit op implantaat op de andere kaak (uitneembare volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt), gezamenlijk gedeclareerd door middel van code J50. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem). Dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit een vergoeding van 83% voor beide kunstgebiten. 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);
 - o het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
 - o ongecompliceerde extracties;
 - o een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Het betreft een hulpmiddel bij apneu;
 - U hebt geen hogere aanspraak dan waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven.
 - Uit dit artikel vergoeden wij niet:
 - o de wettelijke eigen bijdrage van 25% voor een kunstgebit (volledige prothese), immediaatprothese, vervangingsprothese of overkappingsprothese;
 - o de wettelijke eigen bijdrage van 10% voor reparatie en/of rebasen van uw volledige gebitsprothese;
 - o 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 kunst gebit 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:
 - o een tandarts of
 - o een tandprotheticus of
 - o een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
- een tandprotheticus als het gaat om:
 - o 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);
 - o 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:
 - o een tandarts, of
 - o een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - o 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:
 - o een tandarts, of;
 - o een kaakchirurg als het gaat om het plaatsen van implantaten.

Verwijzing

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

Akkoordverklaring

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

- het gaat om deze zorg door een kaakchirurg:
 - o behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
 - o het trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
 - o een kaakoperatie (osteotomie).
- Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- het gaat om 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:
 - o een tand door een ongeval zodanig breekt dat er alleen nog een klein worteldeel achter blijft. Om de kaakgroei niet te verstoren wordt verwijderen van resterende worteldeel uitgesteld. Dit moet dan later alsnog verwijderd worden omdat er geen prothetische constructie op kan worden geplaatst.
 - o een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op

behoud van de tand klein is.

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

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts meer dan € 650,- per kaak bedragen;
- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 600,- per kaak bedragen;
- 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 uitneembare volledige gebitsprothese (noodkunstgebit).

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

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

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

Tarieven

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

B.15. Medicijnen

B.15.1. Medicijnen algemeen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat (het leveren van en adviseren over) medicijnen (geneesmiddelen) die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Daarbij gaat het om bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de web-

site 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)

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

Het Reglement Farmacie en de Lijst 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

De minister van VWS 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.

Soms worden er aan een medicijn nadere voorwaarden gesteld. Bijvoorbeeld met betrekking tot de indicatie. Dit geldt voor de geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (bijlage 2) en voor de niet-geregistreerde medicijnen. Zie hiervoor het Reglement Farmacie.

Niet-geregistreerde medicijnen zijn bijvoorbeeld een apotheekbereiding (magistrale bereiding) (zie ook B.15.4.), of uit het buitenland ingevoerde medicijnen. Er moet sprake zijn van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een medicijn in de vorm die voor u geschikt is. Uit wetenschappelijk onderzoek moet zijn gebleken dat het middel werkzaam en effectief is. Ook moet het middel het meest economisch zijn voor de zorgverzekering.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Sommige medicijnen worden door de GVS-limiet niet volledig vergoed. Het niet vergoede deel is de wettelijke eigen bijdrage. U hebt een wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250,- per jaar.

Voorbeeld:

Uw medicijn kost € 100,- waarvan € 25,- een eigen bijdrage is. De overige € 75,- wordt verzekerd met uw eigen risico. U hebt (als u geen

Zorgverlener

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

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.8.5. Orthodontie

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van onderstaande vergoedingsvormen:

- Maximumbedrag

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

- Maximum bedrag en bepaalde leeftijd

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

Let op!

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

Wachttijd

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat er een wachttijd geldt?

U kunt dan gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie, als u deze aanvullende verzekering minimaal 1 jaar (365 dagen) hebt.

Voorbeeld:

U sluit een nieuwe aanvullende verzekering af waarin orthodontie is opgenomen met een wachttijd van 1 jaar. Deze aanvullende verzekering gaat in op 15 maart 2021. U kunt dan vanaf 15 maart 2021 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie.

Voorwaarden

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

Algemeen

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

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

Voorbeeld

"F121A" voor "eerste consult".

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

Zorgverlener

Een tandarts of een orthodontist verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.8.6. Mondzorg bij ongeval

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Besluit zorgverzekering

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.