

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202401842

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te D, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door E te F,

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. Verzoekster heeft bij brief van 10 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 maart 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 14 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 april 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 23 april 2025 respectievelijk 29 april 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Bij brief van 1 mei 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025009527) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 2 mei 2025 aan partijen gezonden, met de mogelijkheid hierop te reageren. Bij brief van 16 mei 2025 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.5. De reactie van verzoekster van 16 mei 2025 is op 28 mei 2025 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 1 mei 2025 aanpassing behoeft.
Bij brief van 10 juni 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 juni 2025 aan partijen gestuurd, waarbij hun de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben zij geen gebruik gemaakt.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzekerde was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tandarts (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

2.2. Bij de ziektekostenverzekeraar is op 27 maart 2024 ten behoeve van verzekerde een aanvraag gedaan voor een orthodontische behandeling. Bij brief van 12 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op de aanvraag beslist.

2.3. Bij brief van 18 juli 2024 heeft de behandelend MKA-chirurg het volgende over verzekerde verklaard:

“Onvolledige dentitie met persisterende melkelementen 55/53/65/75 en agenesie 15/12/25/35/45. Elementen 18/28/48 ontwikkeld.

Concluderend is er dus sprake van oligodontie tgv het ontbreken van meer dan 4 definitieve gebitselementen, waarvan er meer dan 2 elementen per kaak ontbreken”

2.4. Op 26 augustus 2024 is ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar opnieuw een aanvraag gedaan voor een orthodontische behandeling, waarbij de brief van de MKA-chirurg van 18 juli 2024 is meegezonden. Bij brief van 10 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag wederom is afgewezen en dat hij zijn standpunt dat verzekerde geen verzekeringsindicatie heeft voor een orthodontische behandeling niet wijzigt.

2.5. Bij brief van 1 mei 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

2.6. Bij brief van 10 juni 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 is gehouden alsnog toestemming te verlenen voor de ten behoeve van verzekerde aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

3.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat verzekerde volgens de behandelend orthodontist een orthodontische behandeling nodig heeft, omdat zij voldoet aan een van de indicaties zoals genoemd op de indicatieve lijst die het College van Adviserend Tandartsen (CAT) heeft opgesteld. De behandelend MKA-chirurg en de behandelend orthodontist hebben beiden verklaard dat bij verzekerde in totaal vijf elementen ontbreken, waarvan twee in één kwadrant. Het ontbreken van twee gebitselementen in één kwadrant staat, in tegenstelling tot wat de ziektekostenverzekeraar stelt, wel degelijk op de indicatieve lijst van het CAT. Daarnaast voert de ziektekostenverzekeraar ten onrechte aan dat sprake moet zijn van mededagnostiek of medebehandeling. Uit een recente uitspraak van het Zorginstituut volgt dat een orthodontist het ontbreken van twee gebitselementen zelf kan diagnosticeren en hiervoor niet afhankelijk is van een medisch specialist. Verder stoort het verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar een alternatief behandelplan heeft voorgesteld dat uitgaat van het aanbrengen van implantaten. De door de behandelend orthodontist gekozen oplossing voorziet in het sluiten van de ruimten zonder dat een implantologische behandeling nodig is. Deze oplossing is aanmerkelijk goedkoper en bespaart de ziektekostenverzekeraar dus geld.

Voorts stelt verzoekster dat de behandelend orthodontist aan verschillende collega's van onder andere de beleidscommissie van de KNMT en Zorgverzekeraars Nederland de onderhavige situatie heeft voorgelegd. Al deze collega's snappen niet dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten afwijst. De behandelend orthodontist heeft verschillende voorbeelden van vergelijkbare situaties bij andere zorgverzekeraars die de kosten wél ten laste van de zorgverzekering vergoeden.

- 3.3. In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut stelt verzoekster dat dit advies inhoudelijk onjuist is. Dit omdat volgens de indicatieve lijst aanspraak bestaat op een orthodontische behandeling ingeval van het ontbreken van twee elementen of meer in één kwadrant. In de indicatieve lijst staat niet dat het en-en is, dus dat ook elders vier elementen niet-aangelegd moeten zijn. Als alleen wordt gekeken naar de indicatieve lijst, kan bij verzekerde worden gesproken van oligodontie, omdat bij haar - exclusief de derde molaren - vier of meer (in totaal vijf) elementen ontbreken en twee elementen in één kwadrant.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij een orthodontische behandeling alleen ten laste van de zorgverzekering mag vergoeden als hiervoor een verzekeringsindicatie bestaat. Dit is aan de orde als sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Tevens is medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde vereist. De orthodontische behandeling moet noodzakelijk zijn om de normale functie van het gebit te behouden of te verkrijgen.
De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft de overgelegde stukken beoordeeld en is tot de conclusie gekomen dat bij verzekerde één snijtand (element 12) én in ieder kwadrant één premolaar ontbreken. Bij verzekerde is derhalve geen sprake van vier ontbrekende elementen in één kaak. Wel van twee elementen in één kwadrant, maar dit leidt niet tot een zeer ernstig functieprobleem.
- 4.2. Verder geldt dat het ontbreken van deze elementen niet maakt dat kan worden gesproken van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis die medediagnostiek door een kaakchirurg vereist. Bij verzekerde is dan ook geen sprake van oligodontie (het ontbreken van zes elementen), maar van hypodontie. Daar komt bij dat de diagnosestelling van de vijf agenesieën zelfstandig door de orthodontist kan worden uitgevoerd. Medediagnostiek of medebehandeling door een kaakchirurg is niet noodzakelijk. Zelfs indien ervoor wordt gekozen om ter plaatse van element 12 een implantaat aan te brengen kan dit in een reguliere tandartspraktijk worden uitgevoerd.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 1 mei 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat de kleine laterale snijtand (12) en vier premolaren (15, 25, 35, 45) niet zijn aangelegd bij verzekerde. Ook is sprake van een beperkte overjet van 5,5 mm.

Voor de vergoeding van orthodontische hulp ten laste van de basisverzekering moet sprake zijn van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard of van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Bij het bepalen of er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel wordt gebruik gemaakt van de indicatieve lijst (zie juridisch kader).

Op grond van de indicatieve lijst kan sprake zijn van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel bij oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren. Het Zorginstituut gaat er van uit dat hiermee in totaal zes niet-aangelegde gebitselementen worden bedoeld: vier in één kaak én twee of meer gebitselementen in één kwadrant. Als een verzekerde deze aandoening heeft dient in het individuele geval beoordeeld te worden of ook daadwerkelijk een ernstige functiestoornis bestaat.

Bij verzekerde is geen sprake van oligodontie zoals omschreven op de indicatieve lijst, nu bij verzekerde vijf gebitselementen niet-aangelegd zijn en niet minimaal zes. Zoals reeds aangegeven dient altijd in het individuele geval beoordeeld te worden of er een ernstige functiestoornis bestaat. Het is ook mogelijk dat bij minder dan zes niet-aangelegde elementen een zeer ernstige functiestoornis bestaat, dit wordt dan alleen geen oligodontie genoemd. Het ontbreken van vier tweede premolaren en een kleine laterale incisief leidt echter niet tot een zeer ernstige functiestoornis. Ook de beperkte overjet van 5,5 mm met Angle klasse II/1 leidt niet tot een zeer ernstige functiestoornis. Een voorbeeld van een malocclusie leidend tot een zeer ernstige functiestoornis zou volgens de indicatieve lijst een overjet van 13 mm of meer kunnen zijn.

Tot slot blijkt uit het dossier niet dat medediagnostiek of medebehandeling van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard of van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is in de situatie van verzekerde.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzekerde een (verzekerings)indicatie heeft voor orthodontische hulp. Verzoekster kan hierdoor geen aanspraak maken op vergoeding van de orthodontische behandeling van verzekerde ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzekerde heeft geen (verzekerings)indicatie voor orthodontische hulp. ”

- 5.2. In het definitief advies van 10 juni 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Uit het aanvullende stuk komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

De gemachtigde van verzekerde geeft in de brief van 16 mei 2025 aan het niet eens te zijn met het voorlopig advies van het Zorginstituut van 1 mei 2025. Volgens de gemachtigde voldoet verzekerde aan de criteria voor oligodontie zoals opgenomen in de indicatieve lijst met in totaal vijf niet-aangelegde elementen.

Het Zorginstituut merkt hierover op dat op grond van de indicatieve lijst sprake kan zijn van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis bij ten minste zes niet-aangelegde blijvende elementen: vier in één kaak en twee of meer in één kwadrant (exclusief derde molaren). Bij verzekerde zijn vijf elementen niet aangelegd, waarmee niet aan dit criterium wordt voldaan.

Er dient echter ook altijd in het individuele geval beoordeeld te worden of er een ernstige functiestoornis bestaat. In het voorlopig advies is beoordeeld dat hiervan geen sprake is bij verzekerde. Ook is in het voorlopig advies aangegeven dat medediagnostiek of medebehandeling

van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard of van andere disciplines dan de tandheelkundige niet noodzakelijk is in de situatie van verzekerde.”

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

Zorgverzekering

- 7.2. De aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel B.12.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat aanspraak bestaat op deze zorg bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Artikel B.12.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering is gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, Bzv. Uit de Nota van Toelichting bij dit artikel volgt dat het hierbij moet gaan om een situatie die in ernst vergelijkbaar is met schisis. De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een ‘indicatieve lijst’ opgesteld van aandoeningen die in ernst vergelijkbaar zijn met schisis. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar zij wordt gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij een verzekerde een verzekeringsindicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Ook de commissie hanteert de ‘indicatieve lijst’ als richtsnoer om vast te stellen of betrokkene hierop redelijkerwijs is aangewezen.

Daarnaast moet medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Dit betekent dat betrokkene niet uitsluitend door de orthodontist mag worden behandeld.

- 7.3. De ‘indicatieve lijst’ noemt onder 'seriously handicapping malocclusions' onder meer 'oligodontie van vier of meer blijvende gebitselementen in één kaak, dan wel van twee of meer gebitselementen in één kwadrant, exclusief derde molaren'. Verzoekster heeft, onder verwijzing naar een verklaring van de behandelend orthodontist, gesteld dat verzekerde hieraan voldoet, omdat bij haar de elementen 12, 15, 25, 35 en 45 ontbreken. Twee elementen, te weten de 12 en 15 bevinden zich in één kwadrant.
Het Zorginstituut licht in het voorlopig advies van 1 mei 2025 toe dat bij verzekerde geen sprake is van oligodontie zoals omschreven op de ‘indicatieve lijst’, omdat bij haar vijf gebitselementen niet zijn aangelegd en niet minimaal zes. Naar aanleiding van de reactie van verzoekster op de brief van de orthodontist van 16 mei 2025 die de reactie bevat op het voorlopig advies, heeft het Zorginstituut in het definitief advies van 10 juni 2025 nog eens toegelicht hoe het vereiste in de ‘indicatieve lijst’ moet worden opgevat, namelijk dat er sprake kan zijn van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis op grond van de ‘indicatieve lijst’ in geval van het blijvend niet zijn aangelegd van minimaal zes gebitselementen, waarvan vier in één kaak én twee of meer in één kwadrant (exclusief derde molaren). De commissie volgt het Zorginstituut als pakketbeheerder in de interpretatie van de indicatieve lijst. Bij verzekerde zijn vijf gebitselementen blijvend niet aangelegd. Er kan bij verzekerde dus niet worden gesproken van oligodontie, maar van hypodontie. Dit neemt niet weg dat er altijd in het individuele geval beoordeeld dient te worden of er sprake is

van een zeer ernstige functiestoornis. Dat kan ook aan de orde zijn bij het blijvend niet zijn aangelegd zijn van minder dan zes gebitselementen. Van een dergelijke zeer ernstige functiestoornis als gevolg van hypodontie is bij verzekerde echter niet gebleken. Het Zorginstituut concludeert voorts dat uit de beschikbare informatie niet naar voren komt dat er bij verzekerde andere factoren aanwezig zijn waaruit blijkt van een tandheelkundige afwijking die qua ernst vergelijkbaar is met de aandoeningen zoals genoemd in de 'indicatieve lijst'. Zo leidt ook de bij verzekerde aanwezige beperkte overjet van 5,5 mm met Angle klasse II/1 niet tot een zeer ernstige functiestoornis. Er kan derhalve niet worden vastgesteld dat verzekerde lijdt aan een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, aldus het Zorginstituut. De commissie ziet in hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd geen aanleiding tot een ander oordeel en neemt deze conclusie over. Dit betekent dat verzekerde geen aanspraak heeft op de aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering. Hierbij kan in het midden blijven of aan de voorwaarde van medebehandeling of medediagnostiek door een andere discipline dan de tandheelkundige is voldaan, aangezien dit niet zal leiden tot een andere uitkomst.

Slotsom

7.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 augustus 2025,

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. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [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.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.
Er is altijd sprake van een zeer ernstige stoornis waarbij medebehandeling van andere disciplines dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

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.
- Bij prothetische nabehandeling is een behandelplan nodig.
Als bij een gecombineerde orthodontische en kaakchirurgische behandeling een prothetische nabehandeling nodig is, moet een vooraf een multidisciplinair behandelplan door alle betrokken zorgverleners opgesteld worden.

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 orthodontist of tandarts voor orthodontie, die voldoet aan de extra eisen van de VTvo, meesturen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- 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.
- Tandarts voor orthodontie die voldoet aan de extra eisen van de VTvo.
- 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.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code H36, H37, H38 en H39).
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811A*).
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811B*).
- Reparatie of vervanging van beugel (code F811C*).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Reguliere mondzorg (artikel B.13.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Periodiek onderzoek.
- Incidenteel tandheelkundig consult.
- Verwijderen tandsteen.
- Aanbrengen fluoride vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen.
- Aanbrengen van een beschermend laklaagje op bovenkant kies (sealingsfissuurlak).
- Behandeling van steunweefsel van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg).
- Restaureren (vullen) van tand of kies met plastisch materiaal.
- Intake nieuwe patiënt.

Wat is uw vergoeding?

- Tot en met 17 jaar: vergoeding van 100 % voor reguliere mondzorg .
- 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: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

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 bepaalde mondzorg.
Als de behandeling door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg wordt gedaan heeft u een akkoordverklaring nodig als het gaat om:
de behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg).

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.

- Als het gaat om mondzorg in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.), heeft u altijd een akkoordverklaring nodig.
- Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
- Wij kunnen de akkoordverklaring intrekken bij één van deze situaties
- als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
- als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

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.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

1. De eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.
2. De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, 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 tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:
 - a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
 - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
4. De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.