

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202400655

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 18 september 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 september 2024 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 25 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 25 oktober 2024, aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024039396) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 4 december 2024 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 januari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 23 januari 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 27 november 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 27 januari 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Namens verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een orthodontische behandeling. Deze aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar op 26 juni 2023 ontvangen.

- 2.3. Op 27 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag via het administratiesysteem afgewezen. Diezelfde dag is namens verzoekster met een e-mailbericht op de afwijzing gereageerd. Bij brief van 28 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 19 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 27 januari 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 aangevraagde orthodontische behandeling te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij klachtenformulier van 18 maart 2024 toegelicht dat zij al meer dan vijf jaar wordt behandeld door een orthodontist. Verzoekster heeft een ernstige onderbeet en haar afwijking vereist een speciale behandeling. De onderbeet kan enkel worden verholpen door middel van een operatie. Aangezien ook de boventanden niet recht staan, is ook een orthodontische behandeling nodig waarbij een slotjesbeugel op de boventanden wordt geplaatst.
De behandelend orthodontist heeft namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar twee aanvragen ingediend, voor de kaakoperatie en de orthodontische behandeling. De aanvraag voor de kaakoperatie heeft de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd, maar hij heeft de aanvraag voor de orthodontische behandeling afgewezen.
Uit de door verzoekster overgelegde medische documentatie blijkt dat de onderbeet een genetische afwijking betreft. Deze afwijking veroorzaakt niet alleen fysiek ongemak, maar brengt ook een aanzienlijke mentale en emotionele belasting met zich. Verzoekster heeft regelmatig pijn aan haar kaak. Ook ervaart zij spraakproblemen als gevolg van de onderbeet. De situatie heeft een grote impact op haar zelfvertrouwen en sociale interacties. Het omgaan met de onzekerheden zorgt voor een zware last. Zelfs eenvoudige handelingen, zoals over straat lopen, worden bemoeilijkt door haar gemoedstoestand. Verzoekster voelt zich geremd in haar mogelijkheden om te lachen of te spreken in het bijzijn van anderen.
Door de ziektekostenverzekeraar is te weinig aandacht besteed aan de ernst van de medische situatie van verzoekster en de gevolgen die dit heeft. Het is ook al jaren geleden dat zijn adviserend tandarts voor het laatst naar het gebit van verzoekster heeft gekeken.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 18 september 2024 heeft verzoekster toegelicht dat zij inmiddels al jaren bezig is met het regelen van de voor haar noodzakelijk zorg. Zij is hier mentaal en fysiek kapot van. De klachten die verzoekster dagelijks ervaart, hebben een grote impact op haar kwaliteit van leven. Verder heeft zij verklaard dat ook de behandelend orthodontist de afwijzing geheel onterecht vindt.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij veel klachten ervaart. Tijdens het eten heeft verzoekster snel last van haar kaken. 's Ochtends wordt zij wakker met hoofd- en kaakpijn. Verzoekster ervaart een spraakgebrek. Goed articuleren kost veel moeite. Verzoekster heeft astma en kan tijdens het slapen geen goede houding aannemen. Hierdoor knijpt zij onbewust haar luchtwegen samen en dit zorgt ervoor dat zij 's ochtends last heeft van haar luchtwegen.

Verzoekster kan geen stabiele positie vinden voor haar kaken. Dit zorgt voor spanningen die de klachten veroorzaken. Op dit moment gebruikt verzoekster medicatie, maar dat verhelpt de oorzaak van het probleem niet. De huisarts heeft voorgesteld om prednison te gaan gebruiken. Verzoekster heeft niet alleen fysieke klachten. Zij zit er ook mentaal doorheen. Verzoekster voelt zich enorm onzeker en durft niet te lachen in het bijzijn van anderen. Haar onzekerheid beperkt haar in haar opleiding, waar verbale kracht van groot belang is. Echter, de mentale klachten zijn bijzaak en geven geen aanspraak op een orthodontische behandeling. In het geval van verzoekster bestaat op basis van de fysieke klachten aanspraak op een orthodontische behandeling. De behandeling moet de fysieke klachten verhelpen.

Volgens de behandelend orthodontist is de aangevraagde orthodontische behandeling nodig. Deze orthodontist behandelt verzoekster al jaren. Hij vindt het onbegrijpelijk dat de aanvraag is afgewezen. Door de kaakchirurg en adviserend tandarts is verzoekster maar één keer gezien. Verzoekster is sinds jaar achttiende jaar niet meer onderzocht door de ziektekostenverzekeraar. Er is alleen telefonisch contact geweest. De ziektekostenverzekeraar heeft een beslissing genomen op basis van schriftelijke stukken en niet op basis van een fysiek onderzoek. Echter, op basis van schriftelijke stukken kunnen de fysieke klachten niet worden beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar kan niet weten wat er met verzoekster aan de hand is. Hij had verzoekster moeten oproepen voor een onderzoek, zodat een goede beslissing kon worden genomen.

Verder heeft verzoekster gesteld dat de ziektekostenverzekeraar de ernst van de situatie niet inziet. Hij heeft ten onrechte geen rekening gehouden met de persoonlijke situatie van verzoekster. Verzoekster heeft het gevoel dat er niet naar haar wordt geluisterd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de aanvraag terecht heeft afgewezen. Ter onderbouwing hiervan heeft hij in zijn e-mailbericht van 12 december 2023 toegelicht dat op grond van artikel 1.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op zorg zoals omschreven in de voorwaarden van de zorgverzekering, als de verzekerde naar inhoud en omvang hierop redelijkerwijs is aangewezen. Of dit laatste het geval is, wordt mede bepaald door de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten.
Een aanvraag voor orthodontie ten laste van de zorgverzekering wordt beoordeeld aan de hand van de desbetreffende verzekeringsvoorwaarden en de geldende wet- en regelgeving. In artikel 18.4.3 van de zorgverzekering is bepaald dat een verzekerde onder voorwaarden aanspraak heeft op orthodontie in bijzondere gevallen.
In het Vademecum basispakket Mondzorg, dat tot stand is gekomen door een samenwerking van het College van Adviserend Tandartsen en de vereniging Zorgverzekeraars Nederland, wordt nader toegelicht hoe de aanspraak op orthodontie in het kader van bijzondere tandheelkunde moet worden getoetst. Hieruit blijkt dat sprake moet zijn van (1) een ernstige, objectieveerbare functiestoornis, (2) een blijvende groei- en ontwikkelingsstoornis, en (3) medebehandeling of medediagnostiek door andere disciplines dan de tandheelkundige. Dit houdt doorgaans in dat een osteotomie nodig is die wordt uitgevoerd door een kaakchirurg.
Bij de beoordeling kan gebruik worden gemaakt van de zogenoemde 'indicatieve lijst'. Deze lijst komt pas in beeld wanneer aan de grondslag van de aanspraak is voldaan. Indien een aandoening op de 'indicatieve lijst' voorkomt, wil dat dan ook nog niet automatisch zeggen dat aanspraak op bijzondere orthodontische hulp bestaat. Verder wordt gekeken naar de Toetsingsrichtlijn bijzondere orthodontische hulp. Deze richtlijn is opgesteld door het College van Adviserend Tandartsen.
Verzoekster heeft geen verzekeringsindicatie voor de aangevraagde orthodontische behandeling. De aandoening van verzoekster kan niet worden aangemerkt als een die in ernst vergelijkbaar is met schisis. Er bestaat begrip voor de door verzoekster toegelichte mentale problemen, maar deze vormen geen verzekeringsindicatie voor de aangevraagde behandeling.
- 4.2. In zijn brief van 26 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat in het geval van verzoekster geen sprake is van een zeer ernstig functieprobleem. In dit verband heeft hij opgemerkt dat ook de behandelend orthodontist geen melding maakt van een functionele

afwijking. Verder geldt dat volgens de behandelend orthodontist een negatieve overjet van -2 mm bestaat. De 'indicatieve lijst' spreekt echter van een negatieve overjet van meer dan 3,5 mm.

- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar zijn eerder ingenomen standpunten en het voorlopig advies van het Zorginstituut. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij dient te beoordelen of sprake is van verzekerde zorg. Daarbij spelen mentale klachten, hoe vervelend dat voor verzoekster ook is, geen rol. Om te beoordelen of aanspraak bestaat op een orthodontische behandeling moet worden gekeken naar de medische situatie. Verder geldt dat de aanvraag voor een osteotomie apart moet worden beoordeeld van de aanvraag voor een orthodontische behandeling. De osteotomie betreft medisch specialistische zorg. Voor de aanspraak op orthodontie gelden strengere voorwaarden. Op basis van het dossier heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat bij verzoekster geen verzekeringsindicatie bestaat voor de aangevraagde orthodontische behandeling. De aanvraag voor osteotomie is daarentegen wel goedgekeurd, maar deze is niet uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd dat verzoekster niet recent fysiek is onderzocht. Een fysiek onderzoek zou niet tot een ander inzicht leiden. De aanvraag is beoordeeld op basis van de medische informatie van de behandelaren van verzoekster. De aanvraag is destijds op de juiste manier afgehandeld.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 27 november 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

De aanvraag voor een osteotomie is goedgekeurd door verweerder, de aanvraag voor orthodontie niet. Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. Er gelden verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgie en een orthodontische behandeling. Voor vergoeding van een kaakchirurgische behandeling ten laste van de basisverzekering moet de verzekerde redelijkerwijs zijn aangewezen op deze behandeling. Voor orthodontische hulp gelden strengere criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis, of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Bij het bepalen of sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel wordt gebruik gemaakt van de indicatieve lijst (zie juridisch kader). Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat bij verzoekster geen sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Bij verzoekster is geen sprake van een negatieve overjet van meer dan 3,5 mm (zoals genoemd op de indicatieve lijst), maar van een overjet van 2 mm. Hiermee is geen sprake van een zeer ernstige functiestoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor de aangevraagde orthodontische behandeling. Er is bij verzoekster geen sprake van een zeer ernstige functiestoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van orthodontie ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster heeft geen (verzekerings)indicatie voor een orthodontische behandeling."

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 3.4.3 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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over mondzorg, meer specifiek tandheelkundige hulp en orthodontische hulp in bijzondere gevallen, 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. Verzoekster heeft toegelicht dat bij de ziektekostenverzekeraar twee aanvragen zijn ingediend: voor een kaakoperatie, en een orthodontische behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor de kaakoperatie goedgekeurd. De aanvraag voor de orthodontische behandeling is afgewezen.
De commissie overweegt in dit verband dat onderscheid moet worden gemaakt tussen de kaakchirurgische behandeling (osteotomie) enerzijds en de orthodontische behandeling anderzijds. De kaakchirurgische behandeling behoort tot de medisch specialistische zorg. De orthodontische behandeling betreft een tandheelkundige behandeling. Een verzekeringsindicatie voor een osteotomie betekent niet dat ook het bestaan van een verzekeringsindicatie voor orthodontie in bijzondere gevallen kan worden aangenomen. Het gaat om twee verschillende verzekerde prestaties, die moeten worden beoordeeld aan de hand van de van elkaar te onderscheiden voorwaarden. Dat verzoekster een verzekeringsindicatie heeft voor een osteotomie vormt geen onderwerp van geschil, zodat deze behandeling verder onbesproken kan blijven.
- 7.3. De aanspraak op orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel 18.4.3 van de voorwaarden zorgverzekering, welke bepaling is gebaseerd op artikel 2.7, derde lid, Bzv. Aanspraak op deze vorm van zorg bestaat in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaakmondstelsel. Uit de Nota van Toelichting bij het Bzv volgt dat het moet gaan om een situatie vergelijkbaar 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 wel gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of bij de verzekerde een verzekeringsindicatie aanwezig is voor orthodontie in bijzondere gevallen. Ook de commissie hanteert de 'indicatieve lijst' als richtsnoer. Zij past die hierna op deze situatie toe. De commissie stelt verder vast dat medediagnostiek of medebehandeling door andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk moet zijn om aanspraak te kunnen maken op orthodontie ten laste van de zorgverzekering.
- 7.4. In zijn voorlopig advies aan de commissie van 27 november 2024 concludeert het Zorginstituut dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering. Bij verzoekster bestaat geen negatieve overjet van meer dan 3,5 mm, zoals genoemd in de 'indicatieve lijst', maar van 2 mm. Er is daarom geen sprake van een zeer ernstige functiestoornis van het tand-kaak-mondstelsel. De commissie merkt hierbij op dat andere mogelijke verzekeringsindicaties voor orthodontie in bijzondere gevallen gesteld noch gebleken zijn.
Verzoekster heeft toegelicht dat de fysieke en mentale klachten die zij dagelijks ervaart een grote impact hebben op haar kwaliteit van leven. De commissie begrijpt dat de huidige situatie door verzoekster als belastend wordt ervaren, niet in de laatste plaats vanwege de lange looptijd van de klachten en inspanningen die verzoekster zich heeft getroost in een poging daarvoor een oplossing te vinden. Hieraan wil de commissie niet lichtvaardig voorbijgaan. Zij moet echter

vaststellen dat deze door verzoekster ervaren belasting er niet toe kan leiden dat van de zeer strikte voorwaarden met betrekking tot orthodontie in bijzondere gevallen kan worden afgeweken. Hetzelfde geldt voor de stelling van verzoekster dat de oorzaak van de afwijking genetisch is. De commissie neemt daarom de conclusie van het Zorginstituut over.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat geen aanspraak bestaat op de aangevraagde orthodontische behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 februari 2025,

B.L.A. van Drunen

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.7

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

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