

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500943

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 27 mei 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 11 september 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 5 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is dezelfde dag aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben beiden op 6 november 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Bij brief van 25 november 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025026367) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 26 november 2025 aan partijen gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 28 november 2025 op het advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op dezelfde dag ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.5. De na het voorlopig advies ontvangen stukken zijn op 18 december 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 25 november 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 22 december 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering 50+ (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker is bekend met OPD (Orofaciale Pijn en Disfunctie) en slijtage van het gebit door overmatig tandenknarsen. De tandarts heeft op 17 september 2024 een begroting opgesteld. Het betreft een behandeling van de elementen 44, 45, 46 en 47. De behandeling bestaat uit het plaatsen van kronen op de elementen 44 en 47 en een brug ten behoeve van de elementen 45 en 46. De totale kosten hiervan worden begroot op € 2.661,12. Verzoeker heeft deze begroting ter accordering voorgelegd aan de ziektekostenverzekeraar.
- 2.3. Bij brieven van 6 februari 2025 en 18 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aangevraagde behandeling niet wordt vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 25 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 22 december 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aangevraagde behandeling alsnog te vergoeden.
- 3.2. Hij heeft hiertoe in het klachtenformulier van 27 mei 2025 aangevoerd dat hij in augustus 2021 ook een zaak bij de commissie heeft aangebracht. Hij heeft daarna van de ziektekostenverzekeraar een vergoeding ontvangen voor de destijds aangevraagde behandeling van de bovenkaak. Volgens de ziektekostenverzekeraar is hiermee de aanspraak op bijzondere tandheelkunde beëindigd, omdat hij na deze behandeling in dezelfde situatie verkeert als iemand zonder OPD-problematiek en slijtage. Verzoeker heeft navraag gedaan bij zijn tandarts, en deze heeft hem meegedeeld dat het probleem een wortelbreuk is. Volgens de ziektekostenverzekeraar gaat het daarentegen om cariës, maar dit is onjuist. Verzoeker gaat tweemaal per jaar naar de mondhygiëniste en verzorgt zijn gebit goed. De aandoening (veelvuldig knarsen) maakt echter dat zijn gebit bovenmatig slijt, wat ook de achtergrond is van de ingediende aanvraag.
- 3.3. De tandarts heeft, voor zover hier van belang, bij ongedateerde brief over verzoeker verklaard:

“Met betrekking tot bovenvermelde patiënt deel ik het volgende mede. Omstreeks 1990 werd door mij, toen werkzaam op de afdeling Bijzondere Tandheelkunde van (...), na machtiging, een totale gebitsreconstructie d.m.v. kroon en brugwerk uitgevoerd. De indicatie hiervoor was een extreme abrasie t.g.v. parafunctionele activiteit, gepaard gaande met verlies van verticale dimensie en pijn, zowel van de elementen als van het temperomandibulaire systeem. In de daaropvolgende jaren zijn alle klachten verdwenen, droeg patiënt 's nachts een occlusale opbeetplaat, en was er sprake van een perfecte mondhygiëne. In april jl. constateerde ik bij een controle dat de brug 13-16 losgekomen was op de 13. N.a.v. hiervan werd de brug verwijderd, de 13 endodontisch behandeld

en van een glasfiber opbouw voorzien, enkele porseleinfractuur[tje[s] gerepareerd, en de brug weer teruggeplaatst.”

- 3.4. Bij brief van 28 november 2025 heeft verzoeker, in reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut van 25 november 2025, verklaard dat op bladzijde 4 van dit advies staat: *“het pijlelement 45 is volgens verweerder verloren gegaan door cariës”*. Inmiddels heeft verzoeker een nieuwe brug gekregen (op het zogenaamde verloren element). Hij begon last te krijgen van zijn kaken. Bij eerdere aanvragen heeft hij dit aan de ziektekostenverzekeraar doorgegeven. Omdat er iets in zijn mond niet in orde was (de brug zat nog maar gedeeltelijk vast en hij wilde niet meer schade veroorzaken), heeft hij automatisch een ander kauwgedrag aangenomen met de bekende gevolgen. Op bladzijde 4 van het advies staat onder beoordelingen: *“In het verleden heeft verzoeker in verband met OPD een brug in de bovenkaak vergoed verkregen ten laste van de basisverzekering. OPD is een brede discipline die zich richt op de diagnose en behandeling van aandoeningen zoals temporomandibulaire disfunctie (TMD), orofaciale pijn, slaapstoornissen (zoals slaapapneu en tandenknarsen) en gebitsslijtage. De huidige aanvraag heeft betrekking op de onderkaak. De behandelend tandarts geeft in de machtigingsaanvraag aan dat de tandheelkundige behandeling wordt aangevraagd vanwege TMD. In het dossier is echter niet onderbouwd dat de betreffende kies is afgebroken als gevolg van knarsproblemen.”* Verzoeker heeft eerder in de aanvraag aan de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in de boven- en onderkaak precies hetzelfde is gebeurd, namelijk dat de wortel is afgebroken. In 2008 is in de bovenkaak een wortel afgebroken. In 2014 is in de onderkaak linksonder de brugwortel op vier plaatsen doormidden gebeten. Dat is toen opgelost met twee implantaten met een brug. Hiervoor is een vergoeding verleend door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker vraagt zich af waarom men van mening is dat dit in het dossier niet is onderbouwd. De TMD is niet vanzelf overgegaan en dit wordt niet veroorzaakt door sabbelen. Ook na reparatie blijft het probleem bestaan.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op de aangevraagde tandheelkundige behandeling. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 22 mei 2025 aangevoerd dat een goedkeuring in het verleden niet betekent dat elke vervolgaanvraag ook moet worden goedgekeurd. De afgewezen aanvraag betreft een nieuwe situatie en moet dan ook apart worden beoordeeld. De adviserend tandarts geeft aan dat nu geen sprake is van een fractuur als gevolg van overbelasting door klemmen of knarsen (parafunctionele activiteit). Het pijlerelement 45 is verloren gegaan door cariës; dit blijkt ook duidelijk uit de opgestuurde foto. Het herstel hiervan betreft geen aanspraak vanuit de bijzondere tandheelkunde. Hoewel bij verzoeker duidelijk sprake is van een medische problematiek, betekent dit niet automatisch dat de ziektekostenverzekeraar alle tandheelkundige zorg dan uit de zorgverzekering mag vergoeden.
- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 5 november 2025 heeft de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard:
“Element 45 is als verloren te beschouwen, en daarom wil men een nieuwe brug maken met 2 pijlers en 2 pontics, 47-44. Er is maar bij 1 element een probleem, te weten de 45. Op de röntgenfoto’s is er heel duidelijk sprake van verdwenen tandmateriaal, een zeer specifiek beeld van cariës onder de kroon. Indien sprake zou zijn van breuk door overbelasting zou er in eerste instantie weinig te zien zijn op de foto, een breuk geeft een heel strakke breuklijn, dan wel een totaal ander beeld. Hier is echt veel tandmateriaal verdwenen, beetje wolkig aspect, en er is geen sprake van een strakke breuklijn. Oftewel element 45 gaat verloren door cariës onder de kroon. Van een breuk door overbelasting/CMD problematiek is dus geen sprake. Uit de behandelhistorie blijkt al jaren geen sprake van OPD/CMD problematiek. Rehabilitatie heeft in het verleden plaats gevonden middels bruggen. Daarmee is de verzekerde teruggebracht in een situatie als een verzekerde zonder de OPD problematiek/slijtage. De aanspraak bijzondere tandheelkunde is

daarmee beëindigd. Vervolgzorg is dan gewoon weer voor rekening verzekerde. De hier gestelde problematiek is het gevolg van een volledig weggecarieerd pijlerelement in het vierde kwadrant wat niets te maken heeft met OPD problematiek. Ook iemand zonder OPD problematiek zou de brug moeten laten verwijderen en de pijler laten trekken, en een nieuwe brug laten maken. Van OPD problematiek, die ook niet meer aanwezig is, sinds de behandeling in het verleden, krijg je geen cariës.”

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 25 november 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

In het verleden heeft verzoeker in verband met OPD een brug in de bovenkaak vergoed verkregen ten laste van de basisverzekering. OPD is een brede discipline die zich richt op de diagnose en behandeling van aandoeningen zoals temporomandibulaire disfunctie (TMD), orofaciale pijn, slaapstoornissen (zoals slaapapneu en tandenknarsen) en gebitsslijtage.

De huidige aanvraag heeft betrekking op de onderkaak. De behandelend tandarts geeft in de machtigingsaanvraag aan dat de tandheelkundige behandeling wordt aangevraagd vanwege TMD. In het dossier is echter niet onderbouwd dat de betreffende kies is afgebroken als gevolg van knarsproblemen.

Op de röntgenfoto is zichtbaar dat kies 45 is afgebroken door cariës en niet door knarsen. Dit is herkenbaar aan de ‘wollige’ wortelstomp, die past bij cariës. Een breuk door mechanisch overbelasten zou een scherpe overgang van de wortelstomp op de röntgenfoto laten zien. Cariës onder een kroon kan langzaam ontstaan en de tand verzwakken, ondanks goede mondhygiëne, en is niet altijd tijdig zichtbaar op een röntgenfoto.

Het afbreken van een brug als gevolg van cariës is geen afwijking die vergelijkbaar is met schisis of een daarmee in ernst vergelijkbare aandoening. Hierdoor kan niet gesproken worden van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor vergoeding van de tandheelkundige behandeling van de elementen 44, 45, 46 en 47 ten laste van de basisverzekering. Verzoeker kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding van de tandheelkundige behandeling ten laste van de basisverzekering.”

6. Bevoegdheid van de commissie

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

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies.

Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. De aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg is geregeld op bladzijde 115 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat dat deze zorg wordt vergoed in de volgende drie gevallen:

- (a) als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
- (b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening; of
- (c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening.

Deze voorwaarden zijn gebaseerd op artikel 2.7, eerste lid, Bzv.

- 7.3. De situaties beschreven onder (b) en (c) zijn bij verzoeker niet aan de orde, zodat de vraag is of bij hem sprake is van een situatie als bedoeld onder (a). Hierbij geldt dat moet worden gedacht aan ernstige stoornissen of afwijkingen zoals oligodontie, schisis of een gedeeltelijke resectie van kaakdelen vanwege een oncologische behandeling. Dit volgt uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv.

Verzoeker heeft aangevoerd dat bij hem sprake is van OPD-problematiek en slijtage door veelvuldig tandenknarsen. Hij onderhoudt zijn gebit goed en bezoekt de tandarts en mondhygiëniste regelmatig. Volgens zijn tandarts is de schade aan element 45 het gevolg van een wortelbreuk, en niet van cariës. De ziektekostenverzekeraar heeft ten aanzien van de indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg opgemerkt dat, met de eerder gemachtigde behandeling, verzoeker al in een situatie is gekomen die gelijk is aan die van iemand zonder de aandoeningen van verzoeker. Bovendien is volgens de ziektekostenverzekeraar bij de nieuwe problematiek niet gebleken dat deze het gevolg is van OPD of tandenknarsen, maar van een carieuze aantasting van element 45.

Het Zorginstituut heeft in zijn voorlopig advies van 25 november 2025 overwogen dat op de röntgenfoto zichtbaar is dat element 45 is afgebroken als gevolg van cariës. Dit is herkenbaar aan de ‘wollige’ wortelstomp, die past bij cariës. Een breuk door mechanisch overbelasten zou een scherpe overgang van de wortelstomp op de röntgenfoto laten zien. Cariës onder een kroon kan langzaam ontstaan en de tand verzwakken, ondanks goede mondhygiëne, en is niet altijd tijdig zichtbaar op een röntgenfoto, aldus het Zorginstituut. Het Zorginstituut adviseert tot afwijzing van het verzoek, omdat het afbreken van een brug als gevolg van cariës geen afwijking is die vergelijkbaar is met schisis of een daarmee in ernst vergelijkbare aandoening. Bij verzoeker is daarom geen sprake van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel als hiervoor bedoeld onder (a). Dit advies heeft het Zorginstituut bevestigd in het definitief advies van 22 december 2025. De commissie ziet in de argumenten van verzoeker geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken. Of element 45 al dan niet “verloren is gegaan”, zoals verzoeker in zijn brief van 28 november 2025 stelt, is in zoverre niet relevant dat het Zorginstituut uitsluitend vaststelt dat de brug is afgebroken door carieuze aantasting van dit gebitselement, en niet – zoals verzoeker betoogt – door TMD. In die zin kan de vergelijking met de eerdere behandelingen, die op grond van de indicatie TMD kennelijk wel ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar, niet worden gemaakt. Om deze reden volgt de commissie het advies van het Zorginstituut. Nu een indicatie tot bijzondere tandheelkundige zorg ontbreekt, heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de aangevraagde behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Slotson

7.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 december 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. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.7

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

- d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheeskundig 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 tandheeskundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheeskundige 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 tandheeskundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheeskundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheeskundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheeskundige 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 tandheeskundige 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 tandheeskundige 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 tandheeskundige 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.

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

Mondzorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Mondzorg in bijzondere gevallen (artikel B.12.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

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

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring moet u een behandelplan en een schriftelijke motivering van uw tandarts meesturen.
Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken bij één van deze situaties:

- als de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
- als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
- als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Mondhygiënist.
De mondhygiënist beheert zijn of haar praktijk voor eigen rekening en verantwoordelijkheid.
- Kaakchirurg.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De kaakchirurg is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd.
- Orthodontist.
De orthodontist is een tandarts-specialist die staat ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie: een bevoegde zorgverlener in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) dat door Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) is erkend.
Het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) is een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen. Dit doet het volgens het document 'de centrumindicatie' met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet hetzelfde als een centrum voor bijzondere tandheelkunde.
- Bij behandeling onder algehele anesthesie of sedatie: een bevoegde zorgverlener waarmee wij afspraken hebben gemaakt over deze behandelingen.

Wat krijgt u niet vergoed?

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

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

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

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor plaatsen implantaat in tandeloze kaak.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 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?

- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het kunstgebit (volledige gebitsprothese) dat op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt.
- 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 zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

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

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

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

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

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

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de 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.