

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, vertegenwoordigd door D te E, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, fronttandvervanging, orthodontie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022

Zaaknummer : 202200778

Zittingsdatum : 5 april 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door D te E,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 23 september 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 oktober 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 12 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 december 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 4 januari 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022051373) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 6 januari 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 april 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de na het voorlopig advies ontvangen stukken zijn op 12 april 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 4 januari 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 11 mei 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 12 mei 2023 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 16 mei 2023 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 19 mei 2023 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Op dezelfde dag is het Zorginstituut gevraagd op het nagekomen stuk te reageren. Het Zorginstituut heeft op 6 juni 2023 een aanvulling op het definitief advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 9 juni 2023 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Zij hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de

aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Onderwijs vier sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Als gevolg van een trauma is één van de voortanden van verzekerde (element 21) niet te behouden. Deze moet worden getrokken. Om het diasteem dat hierdoor ontstaat te dichten, heeft de orthodontist ervoor gekozen de tweede premolaar naar deze plaats te verplaatsen, en vervolgens de op de plaats van die kies ontstane opening orthodontisch te sluiten. Voor deze behandeling is door de behandelend orthodontist bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 maart 2022, 17 maart 2022 en 5 april 2022 aan de behandelend orthodontist meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.4. Bij brief van 4 januari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.5. Bij brief van 11 mei 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Bij brief van 6 juni 2023 heeft het Zorginstituut hierop nog een aanvulling gegeven.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog een machtiging te geven voor de aangevraagde orthodontische behandeling ten behoeve van verzekerde.
- 4.2. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat het verplaatsen van element 25 naar de positie van element 21 twee redenen heeft. De eerste is dat element 25 goed kan worden omgebouwd tot een centrale incisief. De tweede reden is dat daarmee het diasteem in één keer wordt verlegd van voor in de tandboog naar achterin de tandboog. Dit maakt de orthodontische behandeling eenvoudiger, sneller en goedkoper.
Volgens de ziektekostenverzekeraar is het probleem opgelost als het diasteem ter plaatse van de 21 is gesloten. Dit is echter onjuist. Als ervoor wordt gekozen dit diasteem orthodontisch te sluiten, bijvoorbeeld door de 22 naar positie 21 te verschuiven, kan het niet zo zijn dat dan ook ineens de vergoeding stopt. In dit geval is een autotransplantaat in combinatie met het orthodontisch sluiten van het diasteem ter plaatse van element 25 de meest duurzame en goedkope oplossing.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de essentie van het verhaal is dat geen fronttandvervanging door middel van een autotransplantaat is aangevraagd. Het gaat niet om losse behandelingen. Er kan niet één onderdeel los worden gezien. Zonder het één kan het ander niet. Het gaat om een multidisciplinaire, gecombineerde behandeling. Deze behandeling kan niet met alleen orthodontie of alleen autotransplantatie worden uitgevoerd. Er zijn in deze situatie drie opties, namelijk plaatsing van een implantaat, alle elementen in het tweede kwadrant naar voren opschuiven ofwel de 25 in één keer naar de positie van de 21 zetten en dan het restant verder opschuiven. Er is voor het laatste gekozen omdat breed is gedragen door orthodontisten dat bij kinderen geen implantaat in het front moet worden geplaatst, tenzij dit echt niet anders kan. Het is ook esthetisch beter een transplantatie uit te voeren dan alle elementen te verschuiven. Er is dan minder behandeling nodig, waardoor er minder risico is op bijvoorbeeld wortelresorptie. Ook de kosten liggen lager. Autotransplantatie kan niet zonder orthodontie, want dit is volkomen onverantwoord. De conclusie dat dit wel zou kunnen komt voort uit een gebrek aan kennis. Het is heel theoretisch om te stellen dat met een deel van de behandeling de ruimte al dicht is. Als er was besloten alle elementen op te schuiven, is er op dat moment ook een diasteem dicht en zou de behandeling moeten worden gestopt.
Verzoekster merkt verder op dat er een inhoudelijk en een juridisch vraagstuk is. De gangbare procedure hoeft juridisch niet stand te kunnen houden. Het gaat erom dat de keuze voor een implantaat niet is gemaakt. In de regeling fronttandvervanging staat dat de behandelaar kiest voor de juiste behandeling. Er is gekozen voor een autotransplantatie. Autotransplantatie wordt

lang niet altijd gedaan voor fronttandvervangning. Dit gaat ook vaak om mensen die bijvoorbeeld in de onderkaak twee kiezen missen. Dit is een heel ander kader. In het voortraject is de beugel nodig om ruimte te maken, en later om het diasteem te sluiten. De aanspraken uit artikel 2.7 lid 4 en lid 6 Bzv zijn verschillend.

Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

- 4.4. Bij brief van 16 mei 2023 heeft verzoekster nog aangevoerd dat in artikel 2.7, zesde lid, Bzv de "tandvervangende hulp met niet-plastische materialen" is beschreven. Dat is precies wat gebeurt bij een orthodontische behandeling die bedoeld is om het probleem van de ontbrekende tand te behandelen. De Toetsingsrichtlijn fronttandvervangning geeft een praktische interpretatie van artikel 2.6 zesde lid, Bzv. Uitgangspunt is dat een jong individu een herstel moet krijgen van de situatie ontstaan na het verlies van een voortand. Anno 2023 wordt in principe niet meer gekozen voor een implantaat in het front. Substitutie met een eigen gebitselement, door opschuiving of door autotransplantatie, is tegenwoordig de aangewezen behandeling. De Toetsingsrichtlijn fronttandvervangning gaat daarom uiteraard ook uit van de mogelijkheid van orthodontische behandeling en de keuze daarvoor wordt expliciet bij zorgaanbieder en patiënt gelaten. Zo staat dat ook vermeld in de toetsingsrichtlijn. De combinatie van autotransplantaat en verdere orthodontie is om een beter en goedkoper resultaat te krijgen. Door element 25 naar positie 21 te verplaatsen wordt het diasteem feitelijk in één moment ver naar dorsaal verplaatst, waardoor de orthodontische correctie veel goedkoper en simpeler wordt. Een patiënt moet kunnen vertrouwen op betrouwbaarheid bij de zorgaanbieder. Verzoekster en haar ouders hadden kennis genomen van artikel 2.7 zesde lid, Bzv en de Toetsingsrichtlijn fronttandvervangning en vertrouwden erop dat overeenkomstig zou worden besloten.

In het advies van het Zorginstituut wordt geschreven dat geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de orthodontische behandeling omdat het diasteem ter plaatse van de 25 niet vergelijkbaar is met schisis. Dit is een bewust foutieve benadering van deze casus. Het gaat nadrukkelijk niet om het diasteem van de 25. Kennelijk wordt het zo gebracht om het te kunnen afwijzen, maar het diasteem is een gevolg van de behandeling. Als orthodontisch wordt gesloten, worden de elementen één voor één aangeschoven en zal er op een gegeven moment ook een diasteem ter plaatse van de 25 ontstaan. Het gaat niet om het diasteem ter plaatse van de 25, maar om het diasteem ter plaatse van de 21. Verder wordt meegedeeld dat de situatie niet vergelijkbaar is met schisis. Het gaat hier echter om fronttandvervangning. Daar moet de toetsing op zijn gebaseerd. Daarbij komt dat het volstrekt onduidelijk is wanneer iets te vergelijken zou zijn met een schisis. Er zijn diverse soorten schisis en ook in verschillende ernst. Dat kan dus nooit een vergelijkingsfactor zijn.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aangevraagde behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat de aanspraak op orthodontie beperkt is tot tandheelkundige aandoeningen waarop bijzondere tandheeskunde betrekking heeft. Uit de ontvangen informatie blijkt dat bij verzekerde geen sprake is van een zodanig ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat zij zonder de orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kan houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die zij zou hebben zonder deze aandoening. Artikel 2.7, zesde lid, Bzv is nader uitgewerkt in de Toetsingsrichtlijn Fronttandvervangning. Fronttandvervangning voldoet aan de voorwaarden in de genoemde richtlijn als sprake is van het orthodontisch sluiten van het diasteem in het front. Zoals uit de aanvragen van de behandelend orthodontist blijkt, wordt bij verzekerde een orthodontische behandeling uitgevoerd in combinatie met een transplantatie waarmee de ruimte wordt gesloten met een premolaar uit de bovenkaak. Omdat een orthodontische behandeling in combinatie met autotransplantatie buiten het bereik van artikel 2.7, zesde lid, Bzv valt, dient de aanvraag te worden afgewezen. De commissie heeft eerder een bindend advies uitgebracht waarin eenzelfde situatie aan de orde was (GcZ 21 februari 2018, 201701251).

- 5.2. Voor zover het gaat om de aanvullende ziektekostenverzekering geldt dat verzekerde jonger is dan 18 jaar. Op grond van artikel D.12 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering komen de kosten van orthodontie voor vergoeding in aanmerking. De zorg dient dan te worden gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beschreven prestatiecode voor orthodontie, eindigend op de letter 'A'. De maximale vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bedraagt € 2.500,--. Dit bedrag is reeds volledig door verzekerde gebruikt.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat er geen licht zit tussen wat verzoekster schetst en de medische visie van haar behandelaar. De verzekeraars moeten zich echter ook houden aan de vraag of het gaat om verzekerde zorg. Er is uitgebreid gesproken met het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Besloten is onder 2.7, vierde lid, Bzv autotransplantaten op te nemen. Daarbij is nadrukkelijk meegedeeld dat de orthodontie moet worden gezien als eigen bijdrage in de behandeling. Het Zorginstituut heeft besloten dat het autotransplantaat uit de zorgverzekering mag, en de orthodontie is de eigen bijdrage. De ziektekostenverzekeraar doet niets anders dan deze afspraak uitvoeren. Als verzoekster en haar behandelaar het hiermee niet eens zijn, moeten zij zich wenden tot het Zorginstituut.
De ziektekostenverzekeraar merkt verder nog op dat de gecombineerde behandeling osteotomie en orthodontie ook gesplitst wordt beoordeeld. Desgevraagd heeft hij verklaard dat als een behandeling niet onder de verzekering valt, niet wordt toegekomen aan de vraag of een behandeling goedkoper is.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 4 januari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

Het geschil betreft de vraag of een orthodontische behandeling in het kader van fronttandvervangings bij verzekerde moet worden vergoed uit de basisverzekering. De fronttandvervangings die in het dossier is beschreven voldoet aan de voorwaarden in artikel 2.7, zesde lid Bzv, die nader is uitgewerkt in de genoemde richtlijn Fronttandvervangings. Door het plaatsen van een autotransplantaat 25 ter plaatse van de 21 is het probleem van de ontbrekende fronttand opgelost. De hierdoor ontstane diasteem ruimte elders in de kaak, kan niet worden verholpen in het kader van fronttandvervangings, aangezien geen sprake (meer) is van vervangings van de ontbrekende fronttanden. Orthodontie in deze situatie (een diasteem als gevolg van het afwezig zijn van een premolaar) valt niet onder de bepaling in artikel 2.7, zesde lid, Bzv want het betreft geen frontelement (snij- of hoektand). Hoewel de behandelingen elkaar logisch opvolgen worden zij los van elkaar en telkens per ontstane situatie getoetst. Evenmin kan verzoekster aanspraak maken op vergoeding van de orthodontische behandeling op grond van artikel 2.7, derde lid, Bzv. Het diasteem ter plaatse van de 25 is geen met schisis vergelijkbare zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis.

Conclusie

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

- 6.2. In het definitief advies van 11 mei 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Beoordeling

De informatie in het dossier is tandheelkundig en juridisch beoordeeld.

Het geschil betreft de vraag of een orthodontische behandeling in het kader van fronttandvervanging bij verzekerde moet worden vergoed uit de basisverzekering.

In voornoemde Toetsingsrichtlijn Fronttandvervanging is onder meer vermeld dat het orthodontisch sluiten van het diasteem in het front als zelfstandige behandeling aanspraak kan zijn in het kader van artikel 2.7, zesde lid, Bzv. Het Zorginstituut is van oordeel dat dit niet uit de wet- en regelgeving volgt. Een orthodontische behandeling kan alleen worden vergoed uit de basisverzekering op grond van artikel 2.7, derde lid, Bzv.

Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de orthodontische behandeling op grond van artikel 2.7, derde lid, Bzv. Het diasteem van verzekerde ter plaatse van de 25 is geen met schisis vergelijkbare zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis.

Vragen commissie

Tijdens de hoorzitting is namens verzoekster naar voren gebracht dat de orthodontische behandeling onlosmakelijk is verbonden met de autotransplantatie, wat de medisch adviseur van verweerder ook erkent, en dat de beugel wordt geplaatst om de vorming van botvlies te stimuleren. Door botgroei wordt zo de succesvolle plaatsing van het autotransplantaat mogelijk gemaakt en het ontstane diasteem op plaats 25 wordt verholpen. De commissie heeft het Zorginstituut gevraagd om op dit argument in te gaan. Verder vraagt de commissie zich af op de beugel die van te voren wordt geplaatst om de autotransplantatie te kunnen uitvoeren wel onder de aanspraak van autotransplantatie valt.

Het Zorginstituut merkt hierover het volgende op. Voor verzekerden jonger dan achttien jaar kan een autotransplantatie voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking komen op grond van artikel 2.7, vierde lid, sub I van de Bzv. Het is chirurgische tandheelkundige hulp. Een orthodontische behandeling kan niet onder deze aanspraak vallen. Dat een orthodontische behandeling onlosmakelijk is verbonden met de autotransplantatie maakt dit niet anders.

Conclusie

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

- 6.3. In zijn brief van 6 juni 2023 heeft het Zorginstituut het volgende opgemerkt:

"(...) In het definitieve advies staat dat niet uit de wet- en regelgeving volgt dat een orthodontische behandeling een zelfstandige aanspraak kan zijn in het kader fronttandvervanging, dit in tegenstelling tot wat is vermeld in de Toetsingsrichtlijn Fronttandvervanging. Het Zorginstituut stelt zich dus op het standpunt dat een orthodontische behandeling niet kan worden vergoed uit de basisverzekering op grond van artikel 2.7, zesde lid, Besluit zorgverzekering (Bzv). 'Tandvervangende hulp met niet-plastische materialen', zoals is verwoord in artikel 2.7, zesde lid

Bzv, is bijvoorbeeld een kroon of brug en geen orthodontische behandeling. Een orthodontische behandeling kan alleen worden vergoed uit de basisverzekering op grond van artikel 2.7, derde lid, Bzv. Er moet sprake zijn van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, zoals een schisisafwijking of een met schisis vergelijkbare zeer ernstige afwijking, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Daarvan is in dit geschil geen sprake.

Uit de schriftelijke reactie komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het definitieve advies te herzien. (...)"

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) 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

- 8.2. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel B.7 van de voorwaarden van de zorgverzekering, voor verzekerden tot en met 22 jaar aanspraak op vergoeding van de kosten van implantaten met kronen ter vervanging van een of meer ontbrekende blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd of geheel ontbreken als gevolg van een ongeval. De noodzaak van de zorg moet zijn vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Orthodontie in bijzondere gevallen is geregeld in artikel B.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierop bestaat aanspraak bij een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak- mondstelsel, dat de verzekerde zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kan houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die betrokkene zou hebben zonder deze aandoening. Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- 8.3. Bij verzoekster is sprake van een niet te behouden fronttand. De vraag die als eerste ter beantwoording voorligt, is of de door de behandelend tandarts voorgestelde behandeling valt onder de aanspraak fronttandvervanging (artikel 7 van de zorgverzekering). Het Zorginstituut heeft de commissie hierover in zijn advies van 4 januari 2023 meegedeeld dat door het plaatsen van een autotransplantaat van element 25 op de positie van element 21 het probleem van de ontbrekende fronttand is opgelost. Het hierdoor ontstane diasteem elders in de kaak, kan volgens het Zorginstituut niet worden verholpen in het kader van fronttandvervanging, aangezien geen sprake (meer) is van vervanging van de ontbrekende fronttand. Orthodontie in deze situatie (een diasteem als gevolg van het afwezig zijn van een premolaar) valt volgens het Zorginstituut niet onder de bepaling in artikel 2.7, zesde lid, Bzv, want element 25 betreft geen frontelement (snij- of hoektand). Hoewel de behandelingen elkaar logisch opvolgen worden zij los van elkaar en telkens per ontstane situatie getoetst.
- 8.4. Voorts kan verzoekster volgens het Zorginstituut geen aanspraak maken op vergoeding van de orthodontische behandeling op grond van artikel 2.7, derde lid, Bzv (artikel 5 van de

zorgverzekering). Het diasteem ter plaatse van element 25 vormt geen met schisis vergelijkbare zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis. Het Zorginstituut adviseert om die reden het verzoek af te wijzen. Het Zorginstituut heeft dit advies in zijn brieven van 11 mei 2023 en 6 juni 2023 gehandhaafd.

De commissie ziet in hetgeen door verzoekster naar voren is gebracht geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken, en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat de aangevraagde orthodontische behandeling terecht door de ziektekostenverzekeraar werd geweigerd.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.5. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster is niet bestreden, dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking kent voor de kosten van een orthodontische behandeling tot maximaal € 2.500,-, welk bedrag inmiddels werd vergoed. De commissie concludeert dat artikel D.12 van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak geeft op verdergaande vergoeding.

Slotsom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 juli 2023,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. U heeft alleen recht op deze deelprestaties als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u, voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

Let op!

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts of verloskundige is geen eigen risico verschuldigd.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

- anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Mond en tanden (mondzorg)

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van [B.5](#) tot en met [B.12](#)) gaan wij hierop in.

B.5 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op deze behandeling.

Let op!

In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting, lichtfoto's en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening indien u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid;
- vacuümgevormde beugels, aligners.

B.6 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u recht op de volgende tandheelkundige behandelingen:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen. Wij moeten u hier wel vooraf toestemming voor hebben gegeven;
- sealing (afdichten groeven van kiezen);
- parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
- anesthesie (verdoving);
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
- uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
- chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Deze moet bevoegd en bekwaam zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
- Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, orthodontist, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of andere medisch specialist. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de volgende behandelingen: extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose, correctie van de kaak in combinatie met een extractie, osteotomie (kaakoperatie), kinplastiek als zelfstandige verrichting, pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw) en het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
- U heeft alleen recht op het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel [B.5](#)). Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel [B.5](#), [B.7](#), [B.10](#), [B.11](#) of [B.12](#)? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (X21) en autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies). Uw zorgverlener kan toestemming bij ons aanvragen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Een autotransplantaat moet geplaatst worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05) en behandeling van witte vlekken (M80 en M81);
- orthodontie. Dit valt, met uitzondering van de bijzondere orthodontie zoals omschreven in artikel [B.5](#), niet onder de basisverzekering. Dit kan uit een aanvullende verzekering vergoed worden;
- implantaten. Deze vallen mogelijk onder artikel [B.7](#) of artikel [B.12](#) of kunnen uit een aanvullende tandartsverzekering vergoed worden;
- een therapeutische injectie met botox (G44);
- uitgebreid onderzoek ten behoeve van het opstellen, vastleggen en verstrekken van behandelplan aan de patiënt (C012).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Let op!

Reguliere orthodontische hulp valt niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar!

B.7 Fronttandvervangning voor verzekerden tot 23 jaar

Heeft u één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die vervangen moeten worden, omdat deze tanden niet zijn aangelegd of omdat het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval en is deze indicatie aantoonbaar voor het 18e levensjaar gesteld? Dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen. Dit omvat onder andere een vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in het front.

Voorwaarden voor het recht op een fronttandbehandeling

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg.
2. Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts of tandarts-specialist.
3. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

B.8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie

U heeft recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek. Dit eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis.

U heeft recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is in verband met kaakchirurgie. Zie hiervoor artikel [B.28](#).

Voorwaarden voor het recht op kaakchirurgie

1. Een kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, orthodontist, tandprotheticus, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze mond.
3. Wij moeten u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
 - extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose;
 - correctie van de kaak in combinatie met een extractie;
 - osteotomie (kaakoperatie);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw);
 - het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
 - plastische chirurgie.
4. Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a. parodontale chirurgie;
- b. het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- c. een ongecompliceerde extractie.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

B.9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) al dan niet op implantaten

U heeft recht op het laten maken en plaatsen van de volgende prothesen:

- een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- een tijdelijke uitneembare volledige prothese (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen (wettelijke eigen bijdrage 25%);
- een volledige prothese (klikgebit) op implantaten voor boven- en/of onderkaak en bevestigingsmaterialen, zoals drukknoppen en staven (wettelijke eigen bijdrage van 8% voor de bovenkaak en van 10% voor de onderkaak).

De eigen bijdrage voor een combinatie van een prothese op implantaten op de ene kaak en een niet implantaat-gedragen prothese op de andere kaak (code J50) is 17%.

Laat u een volledige prothese (a t/m d) repareren of rebasen? Dan geldt een wettelijke eigen bijdrage van 10%. Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. Deze bedragen kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op uitneembare volledige prothesen

- Een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de behandeling uitvoeren.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of tandprotheticus u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.
- Als de prothesen genoemd onder a en c binnen 5 jaar of een tijdelijke prothese (b) binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Laat u een volledige boven- of een volledige onderprothese maken en plaatsen? En zijn de techniek- en materiaalkosten hoger dan ons maximumbedrag? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Laat u een nieuwe volledige prothese (klikgebit) op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor boven- en/of onderkaak maken? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Dit is niet nodig voor de reparatie en rebasing van een uitneembare volledige prothese op implantaten die ouder is dan 5 jaar.
- U heeft recht op reparaties aan een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak door een tandtechnicus, als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in de prothese waarbij de delen van de prothese eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan de prothese.
- Voor de "toeslag zeer ernstig geslonken kaak" (P044) moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Hier heeft u alleen recht op als u aanspraak heeft op implantaten (zie artikel [B.10](#)) maar deze niet geplaatst worden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen de volledige overkappingsprothese en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels).

B.10 Implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? En is er sprake van een ernstig geslonken tadeloze kaak? Dan heeft u recht op de tandheelkundige implantaten die nodig zijn ter bevestiging van een uitneembare volledige prothese (klikgebit).

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. Deze bedragen kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op implantaten

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg voor de behandeling? Dan moet uw tandarts of tandarts-implantoloog u hebben doorverwezen. De tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar een tandarts of tandarts-implantoloog.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op!

U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel [B.12](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

B.11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Heeft u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap? En kunt u zonder tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie houden of verwerven, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking? Dan heeft u recht op tandheelkundige zorg.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
3. U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.
4. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de zorg. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
5. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatoloog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

B.12 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op een tandheelkundige behandeling:

- a. als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening;
- b. als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening;
- c. als u een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een angsttandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist, tandprotheticus of huisarts u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.
3. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
4. Narcose- of lachgasbehandelingen worden alleen vergoed als laatste middel in een angstreductietraject. De narcose- of lachgasbehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcose- en/of lachgasbehandelingen.
5. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatholoog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
6. Een autotransplantaat moet geplaatst worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg.

Let op!

U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel [B.10](#).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Ogen en oren

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

B.13 Audiologisch centrum

13.1 Gehoorproblemen

Heeft u gehoorproblemen? Dan heeft u recht op zorg in een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- onderzoek doet naar uw gehoorfunctie;
- u adviseert over aan te schaffen gehoorapparatuur;
- u voorlichting geeft over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is.

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

13.2 Spraak- en taalstoornissen bij kinderen

Heeft uw kind een spraak- of taalstoornis? Een voor dat doel gecontracteerd audiologisch centrum kan hulp bieden bij het stellen van een diagnose. Wilt u weten welke audiologische centra wij hiervoor hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op.

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

B.14 Zintuiglijke gehandicaptenzorg

U heeft recht op zintuiglijke gehandicaptenzorg (ZG). Deze zorg omvat multidisciplinaire zorg gericht op het leren omgaan met, het opheffen van of het compenseren van de beperking. Deze zorg heeft als doel dat u zo zelfstandig mogelijk kunt functioneren.

U komt voor deze zorg in aanmerking als u:

- een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend) en/of;
- een visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend) en/of;
- niet ouder bent dan 22 jaar en een communicatieve beperking heeft (u heeft ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal) als gevolg van een primaire taalontwikkelingsstoornis. Er is sprake van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis als de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Daarnaast is een voorwaarde dat de taalontwikkelingsstoornis primair is. Dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologisch) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

Wilt u weten met welke zorgverleners en apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 1 ster	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 2 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 3 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 4 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar

Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticici, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen gaan wij hierop in. Heeft u ook een tandartsverzekering afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten eerst vanuit de aanvullende tandartsverzekering en daarna vanuit deze aanvullende verzekering, wanneer deze kosten bij beide verzekeringen voor vergoeding in aanmerking komen.

D.12 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion door een orthodontist of tandarts. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A'. Daarnaast vergoeden wij het plaatsen van botankers door een kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

Wachttijd orthodontie

Voor de vergoeding van de kosten van orthodontie geldt een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor de kosten van orthodontie. De wachttijd geldt als u Aanvullend 3 sterren of Aanvullend 4 sterren afsluit en in heel 2021 geen aanvullende verzekering met een vergoeding voor orthodontie bij ons had afgesloten. Uw wachttijd geldt ook als u overstapt van één van de andere zorgverzekeraars van Achmea.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	geen dekking
Aanvullend 1 ster	geen dekking
Aanvullend 2 sterren	geen dekking
Aanvullend 3 sterren	maximaal € 2.000,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Aanvullend 4 sterren	maximaal € 2.500,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

D.13 Tandheelkundige zorg – wettelijke eigen bijdrage prothesen (kunstgebitten)

Heeft u een uitneembare volledige prothese (kunstgebit) al dan niet op implantaten vergoed gekregen vanuit de basisverzekering of deze laten repareren of rebasen (zie artikel [B.9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige prothesen \(kunstgebitten\) al dan niet op implantaten](#))? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	geen dekking
Aanvullend 1 ster	geen dekking
Aanvullend 2 sterren	geen dekking
Aanvullend 3 sterren	geen dekking
Aanvullend 4 sterren	100%

D.14 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten

Aan verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij alleen de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
2. U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	geen dekking
Aanvullend 1 ster	geen dekking
Aanvullend 2 sterren	100%
Aanvullend 3 sterren	100%
Aanvullend 4 sterren	100%

Let op!

De kosten van orthodontie worden vergoed vanuit artikel [D.12](#) van deze polisvoorwaarden.

D.15 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval

Wij vergoeden tandheelkundige zorg door een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

1. U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
2. Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts.
3. Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
4. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.
5. Een autotransplantaat moet, voor verzekerden van 18 jaar en ouder, geplaatst worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog of door een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- a. ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
- b. grove schuld of opzet van de verzekerde;
- c. het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
- d. deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	maximaal € 10.000,- per ongeval
Aanvullend 1 ster	maximaal € 10.000,- per ongeval
Aanvullend 2 sterren	maximaal € 10.000,- per ongeval
Aanvullend 3 sterren	maximaal € 10.000,- per ongeval
Aanvullend 4 sterren	maximaal € 10.000,- per ongeval

Ogen en oren

D.16 Brillen en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte en contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) samen per periode van 3 kalenderjaren. Het gaat hier om een periode van 3 kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december. De periode begint op 1 januari in het jaar van de eerste aanschaf.

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, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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, vijftwintig 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.