

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.
beide te Wageningen
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, osteotomie en orthodontie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artf. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202101293
Zittingsdatum : 9 maart 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 2 november 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan gevolg gegeven; op 25 november 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 13 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 17 januari 2022 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 15 februari 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022001821) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 16 februari 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 maart 2022 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 14 maart 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 15 februari 2022 aanpassing behoeft. Op 14 maart 2022 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 750 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij de ziektekostenverzekeraar zijn begin 2021 aanvragen gedaan voor een osteotomie en een orthodontische behandeling. Op 14 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de orthodontische behandeling niet wordt vergoed. De eveneens aangevraagde osteotomie is op 8 maart 2021 door de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd.
- 3.3. De behandelend orthodontist heeft bij brief van 22 maart 2021 het volgende over verzoeker verklaard:

"Voor bovengenoemde patiënt is de machtiging voor bijzondere orthodontie afgewezen. Ik wil u dringend vragen deze afwijzing te herzien. Machtiging-ID is [nummer].
[Naam verzoeker] heeft een sagittale overbeet van 9mm en een open beet van 2mm en tevens een smalle bovenkaak.

Mijn inziens is dit een vorm van een ernstige groei- of ontwikkelingsafwijking en dat dit valt onder de categorie bijzondere orthodontische hulp."

- 3.4. Op 28 oktober 2021 heeft de behandelend orthodontist per brief het volgende over verzoeker verklaard:

"Diagnose:

Bovenkaak: crowding front; intra- positie front; rotaties en kippingen zijdelingse delen

Onderkaak: crowding + diastemen front; rotaties zijdelingse delen

Occlusie: Angle-Klasse II, 1; SOB 9mm en VOB-2 mm

OPG: alle 8en niet aanwezig; 12/29 aanwezig

RSP: skeletale Klasse II; mesocefiaal"

- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.6. Bij brief van 15 februari 2022 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

"Krachtens artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering (en dus de polisvoorwaarden van de zorgverzekering) gelden verschillende indicatiecriteria voor de aanspraak op kaakchirurgische (osteotomie) en orthodontische behandeling.

Osteotomie

Voor kaakchirurgische hulp moet de verzekerde hierop redelijkerwijs zijn aangewezen. De osteotomie is toegewezen en daarmee niet in geschil. Deze uitleg is daarom slechts ter illustratie.

Orthodontische behandeling

Voor orthodontische hulp gelden strengere criteria. Het moet gaan om een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

De indicatieve lijst noemt onder 'seriously handicapping malocclusions' onder andere een sagittale overjet van 13 mm of een verticale overbeet die tot een palatumbeet leidt. Uit het dossier blijkt niet dat aan een van beide indicaties wordt voldaan nu de behandelend orthodontist aangeeft dat er bij verzoeker sprake is van een overbeet van 9 mm. Daarnaast is geen sprake van een palatumbeet. Ook uit de overige informatie in het dossier blijkt niet dat er een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp aanwezig is.

Hierbij zij uitdrukkelijk opgemerkt dat het hierbij niet gaat om de medisch-tandheelkundige behandel noodzaak, maar om de verzekeringstechnische indicatie.

Conclusie

Verweerder heeft de aanvraag op de juiste wijze gemotiveerd afgewezen.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: De aanvraag is terecht en op de juiste gronden afgewezen door verweerder."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het orthodontisch traject te vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over tandheelkundige zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker verklaart dat hij in het verleden al een orthodontisch traject heeft doorlopen. Omdat de functionele klachten nog niet waren verholpen, is namens hem in 2021 een aanvraag gedaan voor zowel een kaakchirurgische ingreep als een orthodontisch voor- en natraject. Verzoeker vindt het vreemd dat door de ziektekostenverzekeraar wel een vergoeding is toegezegd voor de behandeling door de kaakchirurg, maar dat het orthodontisch traject niet wordt vergoed. Omdat de ziektekostenverzekeraar hem nimmer heeft geïnformeerd over het feit dat het orthodontische traject niet wordt vergoed, is sprake van onzorgvuldig handelen door de ziektekostenverzekeraar. Dat de ziektekostenverzekeraar het orthodontisch traject niet vergoedt heeft ook de behandelend orthodontist verbaasd, te meer omdat sprake is van een ernstige afwijking en zonder de orthodontische behandeling de kaakchirurgische ingreep niet het gewenste resultaat zal hebben. Bovendien zal de open beet steeds groter worden. Gelet op deze omstandigheden dient de ziektekostenverzekeraar een hardheidsclausule te hanteren. Het strikt volgen van de Zvw heeft onbedoelde gevolgen. Als de wetgever deze had voorzien, was de wet zeker anders ingericht.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering. Dit omdat een (verzekerings)indicatie voor een dergelijke behandeling ontbreekt. Bij verzoeker is sprake van een sagitale overbeet van 9 mm en een open beet van 2 mm. Zijn situatie voldoet daarmee niet aan de voorwaarden om voor vergoeding van een orthodontische behandeling in aanmerking te komen. Voor zover verzoeker stelt dat de goedkeuring van de eveneens aangevraagde osteotomie automatisch betekent dat ook de orthodontische behandeling moet worden goedgekeurd, deelt de ziektekostenverzekeraar dit standpunt niet. De ziektekostenverzekeraar baseert zich hierbij op een rapport van het College voor Zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut. In dit rapport staat dat een osteotomie een verzekerde prestatie is in het kader van chirurgische tandheelkundige hulp. Voor kaakchirurgie gelden andere criteria.

Ook het standpunt van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig heeft gehandeld wordt niet gedeeld. Dit omdat verzoeker nog niet is begonnen met de behandelingen en hij voorafgaand daaraan is geïnformeerd over wat wél en niet wordt vergoed. Voor het toepassen van een hardheidsclausule, zoals door verzoeker is voorgesteld, ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding, omdat van bijzondere omstandigheden niet is gebleken.

Overwegingen commissie

Zorgverzekering

- 6.4. De commissie overweegt dat onderscheid moet worden gemaakt tussen de kaakchirurgische en de orthodontische behandeling. Een indicatie voor kaakchirurgie betekent niet dat tevens het bestaan van een indicatie voor orthodontie in bijzondere gevallen kan worden aangenomen. Het gaat hier om twee verschillende, verzekerde prestaties, die door de commissie afzonderlijk worden beoordeeld, aan de hand van de onderscheiden voorwaarden. Ten aanzien van de kaakchirurgische behandeling geldt dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de kosten hiervan te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil, zodat beoordeling van de aanspraak op dit punt achterwege kan blijven.
- 6.5. Een orthodontische behandeling valt op grond van artikel 2.7, derde lid, Bzv, welke bepaling ten grondslag ligt aan het bepaalde op pagina 48 van de voorwaarden van de zorgverzekering, onder de dekking indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Daarnaast moet - specifiek voor orthodontie in bijzondere gevallen - medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Tot deze andere disciplines behoort ook kaakchirurgie.
- 6.6. Uit de toelichting op artikel 2.7 Bzv blijkt dat voor de inhoud en omvang van mondzorg in de zorgverzekering aansluiting is gezocht bij de toenmalige Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering (Stb. 2005, 389, p. 41). De vroegere Ziekenfondsraad heeft destijds een 'indicatieve lijst' opgesteld van die gevallen waarin een indicatie in het kader van de bijzondere tandheelkunde bestaat. Deze lijst is weliswaar geen wettelijk voorschrift, maar zij wordt wel - ook door de commissie - gehanteerd als richtsnoer om vast te stellen of een verzekerde redelijkerwijs aangewezen is op bijzondere tandheelkunde.
- 6.7. De 'indicatieve lijst' noemt onder 'seriously handicapping malocclusions' onder meer een sagittale overjet van 13 mm en een verticale overbeet die tot een palatumbeet leidt. De behandelend orthodontist heeft verklaard dat bij verzoeker sprake is van een overjet van 9 mm. Verder is gesteld noch gebleken dat een palatumbeet aan de orde is. Het Zorginstituut concludeert op basis hiervan in zijn advies van 15 februari 2022 dat van een indicatie tot bijzondere tandheelkunde bij verzoeker geen sprake is zodat een (verzekerings)indicatie voor de aangevraagde orthodontische behandeling ontbreekt. De commissie ziet geen aanleiding van dit advies af te wijken en neemt de conclusie hiervan over. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de orthodontische behandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 6.8. Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar hem niet (tijdig) heeft geïnformeerd oordeelt de commissie dat hem deze stelling niet kan baten. Het ligt op de weg van een verzekerde die aanspraak maakt op verstrekking of vergoeding van zorg zich hierover vooraf te (laten) informeren, zeker indien voor die zorg een machtiging moet worden aangevraagd. Gebleken is dat op 22 maart 2021 namens verzoeker een aanvraag is ingediend voor de onderhavige orthodontische behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 14 april 2021 geïnformeerd dat de aangevraagde ingreep niet wordt vergoed. Niet valt in te zien waarom hierbij door de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig is gehandeld, zoals door verzoeker is gesteld. Hij wist dat een machtiging noodzakelijk was, de termijn waarbinnen op de aanvraag hiertoe is

beslist is alleszins redelijk te noemen, en de behandeling was nog niet gestart. Zou dit laatste overigens anders zijn, dan lag dit volledig in de risicosfeer van verzoeker.

- 6.9. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd over de volgens hem door de wetgever niet voorziene gevolgen moet de commissie voor kennisgeving aannemen. Zoals hiervoor is toegelicht, zijn de in het Bzv opgenomen voorwaarden voor orthodontie in bijzondere gevallen duidelijk en voldoet verzoeker hier niet aan.
- Nog afgezien van het feit dat in de desbetreffende wetgeving geen hardheidsclausule is opgenomen waarop door hem een beroep zou kunnen worden gedaan, valt niet in te zien waarom in de situatie van verzoeker een uitzondering zou moeten worden gemaakt. Als gezegd, wordt door hem niet voldaan aan de indicatiecriteria, en de reden voor het maken van een uitzondering - zo die mogelijkheid er al zou zijn - kan vanzelfsprekend niet gelegen zijn in de goedkeuring die is gegeven voor de osteotomie of in de omstandigheid dat de afwijzing de behandelend orthodontist (ook) heeft verbaasd, zoals door verzoeker in dit verband naar voren is gebracht.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.10. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering kan verzoeker aanspraak maken op een vergoeding van 80% van de kosten van een orthodontische behandeling. De maximale vergoeding bedraagt € 2.000,- voor verzekerden tot achttien jaar en € 500,- voor verzekerden vanaf 18 jaar voor de duur van de verzekering. Verder geldt dat een eventueel uitgekeerde vergoeding die vóór de 18e verjaardag is uitgekeerd wordt afgetrokken van de maximale vergoeding die daarna wordt uitgekeerd. Over deze vergoeding zijn partijen niet verdeeld.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 maart 2022,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

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;
- (...)

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.

(...)

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

(...)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.7

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

4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.

6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

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.

met Menzis heeft gesloten voor het leveren van nicotinemiddelen en geneesmiddelen, dient u samen met de nota voor deze middelen een kopie van het aanvraagformulier geneesmiddelen of een kopie van het recept van de huisarts te sturen.

Tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is bedoeld voor mensen voor wie reguliere tandheelkunde niet toereikend is, door een bijzondere aandoening. U kunt hierbij denken aan een verhemeltespleet of een zeer ernstige overbeet.

Welke zorg

U heeft recht op bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft. Hieronder valt ook het aanbrengen van implantaten bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. Deze moeten dan dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen,
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft,
- een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.

i Let op

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als dit noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben gehad zonder de aandoening.
- U heeft alleen recht op orthodontische hulp als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. U heeft alleen recht op orthodontische hulp als deze wordt verleend door een orthodontist.

Eigen bijdrage

- Voor bijzondere tandheelkunde betaalt u een eigen bijdrage voor de zorg die niet rechtstreeks onder uw indicatie voor bijzondere tandheelkunde valt. De eigen bijdrage is dan het bedrag dat u zelf had moeten betalen als u geen indicatie voor bijzondere tandheelkunde had gehad.
- Betreft de bijzondere tandheelkunde in uw geval het plaatsen van een kunstgebit (een volledige prothetische voorziening), dan betaalt u een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. Voor een kunstgebit op implantaten geldt een eigen bijdrage van 10% voor de onderkaak en 8% voor de bovenkaak. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) of vraag deze op bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, kaakchirurg of orthodontist. Voor het orthodontische deel van de behandeling kunt u naar een orthodontist.

Verwijzing

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een orthodontist als u vooraf een schriftelijke

verwijzing heeft van uw tandarts of kaakchirurg.

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of huisarts. De kaakchirurg moet verbonden zijn aan een ziekenhuis.
- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, tandarts of kaakchirurg.

Toestemming

Voor bijzondere tandheelkunde heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Stuur u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder mee.

Tandheelkunde

U heeft recht op tandheelkunde. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u jonger bent dan 18 jaar of 18 jaar of ouder.

Welke zorg

Tot en met 17 jaar

U heeft recht op :

- 1 periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n onderzoek nodig heeft,
- incidenteel tandheelkundig consult,
- het verwijderen van tandsteen,
- 2 fluorideapplicaties per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n applicatie nodig heeft, vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen,
- sealing,
- parodontale hulp (behandeling van tandvlees),
- anesthesie (verdooving),
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling),
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen),
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen),
- uitneembare prothetische voorzieningen (kunstgebit en frameprothese),
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten:
 - als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die niet zijn aangelegd, of
 - als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval,
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten,
- röntgenonderzoek (foto), behalve röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Tot en met 22 jaar

U heeft recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die helemaal niet zijn aangelegd, of als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval. U heeft alleen recht op deze zorg als de noodzaak daarvan is vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Let op

Gaat u buiten de normale openingstijden naar de tandarts, dan heeft u alleen recht op tandheelkunde als het bezoek niet tot een andere dag kan worden uitgesteld.

Vanaf 18 jaar

U heeft recht op :

- chirurgische tandheelkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie, het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties,
- uitneembare volledige protheses voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten.

Eigen bijdrage

Bent u 18 jaar of ouder? U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. U betaalt een eigen bijdrage van 10% van de totale kosten van een volledige prothese op implantaten en bijbehorende mesostructuur voor de onderkaak en 8% van de totale kosten van een volledige prothese op implantaten en bijbehorende mesostructuur voor de bovenkaak. De eigen bijdrage voor reparatie en opvullen (rebasen) van een uitneembare volledige prothetische voorziening is 10% van de kosten van die reparatie of opvullen. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) of vraag deze op bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus. Bent u jonger dan 18 jaar, dan kunt u ook naar een vrijgevestigde mondhygiënist. Voor implantologie die verband houdt met de plaatsing van een volledige prothese in de bovenkaak kunt u naar een kaakchirurg of naar een tandartsimplantoloog die door de NVOI is erkend. U vindt deze op [nvoi.nl/erkende-implantologen](https://www.nvoi.nl/erkende-implantologen). Voor volledige protheses en implantaten heeft Menzis zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://www.menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. Het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) is op de tandheelkunde niet van toepassing.

Verwijzing

U heeft alleen recht op behandeling door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van een tandarts of huisarts.

Toestemming

U heeft voorafgaande toestemming van Menzis nodig:

- voor tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten,
- voor parodontale hulp, behandeling onder narcose, osteotomie en het plaatsen van een implantaat door een kaakchirurg,
- voor het maken van een overzichtsfoto (Orthopantomogram), als u jonger bent dan 18 jaar,
- als een tandarts of tandprotheticus een volledige en uitneembare prothese voor de boven- of onderkaak maakt en de totale kosten (inclusief de techniekkosten) meer dan € 700 per kaak zijn,
- voor het plaatsen van een implantaatgedragen prothese en bijbehorende mesostructuren vervaardigd door een daarvoor niet-gecontracteerd zorgaanbieder,
- voor reparatie en rebasing van de implantaatgedragen prothese door een daarvoor nietgecontracteerd zorgaanbieder,
- als de volledige en uitneembare prothese voor de boven- en/of onderkaak die u nu draagt, binnen 6 jaar na levering wordt vervangen. Dit geldt niet voor een immediaatprothese,
- als u moet worden behandeld op de plaats waar u verblijft (bijvoorbeeld thuis of in een instelling).

Behandeling	Vergoeding
Periodieke controle (C11 en C13)	100%
Consulten (overige C-codes)	80%
Verdoving (A-codes)	80%
Wortelkanaalbehandelingen (E-codes)	80%
Chirurgische behandelingen (H-codes)	80%
Preventieve mondzorg (M-codes)	80%
Vullingen (V-codes)	80%
Röntgenfoto's (X-codes)	80%

Tot het maximumbedrag van € 150 per kalenderjaar.

i Let op

Wat wordt niet vergoed: uitwendig bleken (E97), de kaakoverzichtsfoto (X21) onder de 18 jaar, de algehele narcose (A20).

Orthodontie (beugels) TandVerzorgd 750

Bent u 17 jaar of jonger, dan wordt uw beugel vergoed tot een maximumbedrag van € 2.000 voor de gehele verzekeringsduur. Bent u 18 jaar of ouder dan wordt uw beugel voor 80% vergoed tot een maximumbedrag van € 500 voor de gehele verzekeringsduur. Heeft u al een vergoeding gehad voor een beugel onder de 18 jaar? Dan wordt die vergoeding afgetrokken van het maximumbedrag voor een beugel boven de 18 jaar.

Wachttijd orthodontie

Voor orthodontie geldt een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor orthodontie. De wachttijd gaat in op de ingangsdatum van de TandVerzorgd 750. Had u heel 2020 al een TandVerzorgd 750? Dan geldt er in 2021 geen wachttijd voor u voor de TandVerzorgd 750. Kijk voor meer informatie over de wachttijd op [menzis.nl/wachttijd](https://www.menzis.nl/wachttijd).

Lage premie bij volledig kunstgebit

Draagt u zowel in de boven- als onderkaak een volledig kunstgebit en heeft u geen eigen tanden, kiezen of wortels? Dan is de TandVerzorgd 1P (TV1P) wellicht een passende verzekering voor u. De TandVerzorgd 1P vergoedt de wettelijke eigen bijdragen (inclusief reparaties en rebasen) bij een volledige gebitsprothese tot een maximumbedrag. De vergoeding voor de eigen bijdragen voor de genoemde protheses is in 2021 maximaal € 350 per jaar.

Wilt u voor de TV1P in aanmerking komen dan moet u dit zelf aan Menzis bekend maken. Privacywetgeving verbiedt Menzis dit uit eigen beweging te doen. Bel hiervoor met onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Kijk op onderstaande link voor de exacte vergoeding van codes en eigen bijdragen: