



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten, telefonische toezegging, aanvullende ziektekostenverzekering

Zaaknummer : 201601820

Zittingsdatum : 8 maart 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015 en 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015 en 2016)

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door B, beiden te C,
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekeringen ZorgVerzorgd (2015) respectievelijk Menzis Basis (2016) (hierna: de zorgverzekering), verzekeringen als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen FNV TandZorg 3 (2015) respectievelijk FNV TandZorg 4 (2016) afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekeringen FNV Zorg 1 (2015) respectievelijk FNV Zorg 3 (2016) zijn niet in geschil, en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van bijzondere tandheelkundige zorg, bestaande uit het aanbrengen van implantaten door de kaakchirurg (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 26 juni 2015 en 23 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 20 november 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden

op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 februari 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 februari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 2 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 9 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017005706) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker ten tijde van de eerste aanvraag en de behandeling minderjarig was. De aanvraag betreft een solitair implantaat, te plaatsen in de linkeronderkaak, ter vervanging van een niet aangelegde kleine kies. Verzekerden tot achttien jaar hebben aanspraak op een implantaat en kroon ter vervanging van een niet aangelegde fronttand. Bij verzoeker gaat het niet om een fronttand, maar om een kies. Voor het overige kunnen implantaten slechts vallen onder de te verzekeren prestaties krachtens de Zvw wanneer er een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp aanwezig is. De afwezigheid van één kleine kies levert niet zo'n indicatie op. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 15 februari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 maart 2017 gehoord.
- 3.11. Bij brief van 9 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 13 maart 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Ten behoeve van verzoeker is op 10 juni 2015 een aanvraag ingediend voor het aanbrengen van implantaten in de kaak, uit te voeren door een kaakchirurg. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag op grond van de zorgverzekering afgewezen. In de afwijzende beslissing is vermeld dat mogelijk vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar hem, gelet op zijn zorgplicht, had moeten informeren over de vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De moeder van verzoeker heeft in juni 2015 telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar om navraag te doen naar de vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Tijdens het gesprek is aan haar toegezegd dat vanuit deze verzekering recht bestaat op vergoeding van 80 percent van de kosten van de ingreep. De telefonische toezegging zou per brief aan verzoeker worden bevestigd. Dit is echter niet gebeurd. Het bevreemdt verzoeker dat door de ziektekostenverzekeraar van voornoemd telefonisch contact geen registratie is gemaakt. Verzoeker stelt financieel te zijn benadeeld door deze handelwijze.
- 4.2. Op 8 februari 2016 heeft de behandeling plaatsgevonden. Nadien heeft verzoeker de kosten bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Vergoeding hiervan werd afgewezen. De vader van verzoeker heeft op 8 maart 2016 wederom telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. De betreffende medewerker heeft hem toen bevestigd dat tijdens

het telefonisch contact van juni 2015 is toegezegd dat de kosten van de behandeling zouden worden vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker was hierdoor in de veronderstelling dat hij 80 percent van de kosten alsnog betaald zou krijgen. Hij stelt thans dat de medewerker die op 8 maart 2016 met zijn vader heeft gesproken eerlijk is geweest, en dat de ziektekostenverzekeraar een andere draai geeft aan de registratie van dit telefonisch contact. Verzoeker erkent weliswaar dat hij de schriftelijke toestemming had moeten afwachten, maar meent dat hij van de ziektekostenverzekeraar mag verwachten dat deze een mondelinge toezegging nakomt.

4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en benadrukt dat het hem bevreemdt dat de ziektekostenverzekeraar in de afwijzing van 26 juni 2015 een algemene zin opneemt over een mogelijke vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Hij mocht een volledige beslissing verwachten, ook ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Immers, het is bij de ziektekostenverzekeraar bekend welke verzekeringen van kracht zijn en wat hiervan de dekking is. Het gaat verzoeker enkel om een vergoeding voor de behandeling, waarbij niet ter zake doet of deze vergoeding vanuit de zorgverzekering of vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering wordt betaald. Verzoeker merkt verder op dat de tandarts hem heeft verwezen naar de kaakchirurg. Hij heeft niet in de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering gekeken, maar is afgegaan op de telefonische toezeggingen die in juni 2015 aan zijn moeder en op 8 maart 2016 aan zijn vader zijn gedaan.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De aanspraak op tandheelkundige zorg is geregeld in artikel 2.7 Bzv. Er is sprake van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde bij het van nature ontbreken van:

- zes of meer blijvende tanden en/of kiezen in de boven- en onderkaak. De verstandskiezen worden hierbij niet meegerekend;
- vier of meer blijvende tanden en/of kiezen in de boven- of onderkaak. De verstandskiezen worden hierbij niet meegerekend;
- twee of meer blijvende tanden en/of kiezen in de linker- of rechterhelft van de bovenkaak of in de linker- of rechterhelft van de onderkaak.

Het tweede lid van voornoemd artikel bepaalt: *'Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstige geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese'.*

De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor 80 percent van tandartskosten tot een maximum van € 1.000,-- per kalenderjaar, mits de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, orthodontist, vrijgevestigd mondhygiënist of tandprotheticus die is gevestigd in Nederland of de grensstreek.

5.2. Op 10 juni 2015 en 17 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzoeker aanvragen ontvangen voor het aanbrengen van een implantaat in de kaak, uit te voeren door een kaakchirurg. Uit beide aanvragen blijkt dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden van de zorgverzekering, en om die reden kan geen vergoeding ten laste van die verzekering worden uitgekeerd. Voorts voldoet verzoeker niet aan de voorwaarden die gelden vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering, omdat de implantaten bij verzoeker zijn geplaatst door een kaakchirurg. Daarom is ook op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen vergoeding mogelijk.

5.3. De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat in zijn administratie geen registratie bekend is van een - voorafgaande - mondelinge toezegging in juni 2015. Ook is geen registratie bekend van een telefoongesprek over een vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Vanwege het ontbreken van een registratie is niet te achterhalen wat de vraagstelling van de moeder van verzoeker in juni 2015 is geweest en wat daarop is geantwoord, zodat het niet mogelijk is vast te stellen of daadwerkelijk is gesproken over toestemming. Van het telefonisch contact dat op 8 maart

2016 met de vader van verzoeker heeft plaatsgevonden, is bij de ziektekostenverzekeraar wél een registratie bekend. In de betreffende registratie wordt vermeld dat de declaratie van de tandarts is afgewezen, maar dat deze opnieuw in behandeling wordt genomen. Hiervoor zou een machtiging zijn verstrekt. De betrokken medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft echter verkeerd gekeken. Er staat namelijk dat er een machtigingsaanvraag is, maar dat deze is afgewezen. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat op het moment dat het telefonisch contact met de vader van verzoeker plaatsvond, de behandeling reeds was uitgevoerd en dat de afwijzende beslissing voorafgaand aan de behandeling werd afgegeven.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in de afwijzing van 26 juni 2015 inderdaad wordt verwezen naar de aanvullende ziektekostenverzekering én de hiervoor geldende voorwaarden. Het door verzoeker aangehaalde gesprek met zijn moeder vond plaats in juni 2015. De behandeling volgde ruim een half jaar later, in 2016. De voorwaarden kunnen van jaar tot jaar wijzigen. Verzoeker mocht daarom niet ervan uitgaan dat de dekking gelijk zou blijven en het lag op zijn weg de voorwaarden te raadplegen. Op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering Tandzorg 4 bestaat aanspraak op 80 percent van de kosten tot maximaal € 1.000,-. Dit geldt echter niet indien de behandeling is uitgevoerd door een kaakchirurg. Van het gesprek dat op 8 maart 2016 heeft plaatsgevonden is een registratie overgelegd. Hieruit blijkt dat de betrokken medewerkster een correctie wilde uitvoeren, hetgeen echter niet lukte omdat het een afgewezen zorgvorm betrof. De behandeling was op dat moment overigens al uitgevoerd.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2015 en 2016) en van de aanvullende ziektekostenverzekering (2015 en 2016) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering (2015 en 2016).

- 8.3. De zorgverzekering (2015) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op bijzondere tandheelkunde bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"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 tandkaakmondstelsel 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.

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.

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".

- 8.4. De zorgverzekering (2015) bepaalt voorts de aanspraak op tandheelkundige zorg voor verzekerden tot achttien jaar. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"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:

(...)

- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten, (...).".

- 8.5. In de zorgverzekering (2016) zijn passages opgenomen van gelijke strekking als die welke zijn vermeld onder 8.3 en 8.4.

- 8.6. Voormelde passages uit de voorwaarden van de zorgverzekering (2015 en 2016) zijn volgens artikel A1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2015 en 2016) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.31 Rzv.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.9. De aanvullende ziektekostenverzekering (2015) regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorgaanbieder

*U kunt naar elke tandarts, orthodontist, vrijgevestigd mondhygiënist of tandprotheticus die gevestigd is in Nederland of de grensstreek. De grensstreek is tot 15 kilometer van de Nederlandse grens.
(...)*

Vergoedingen PrimaZorg, Zorg en Tand en TandZorg 1, 2, 3 en 4

*U krijgt tandheelkundige zorg vergoed tot een maximum. Dit maximum is per kalenderjaar:
(...)*

TandZorg 3/Zorg en Tand, 80% tot € 750,--

TandZorg 4, 80% tot € 1.000,--."

- 8.10. In de aanvullende ziektekostenverzekering (2016) is een passage opgenomen van gelijke strekking als die welke is vermeld onder 8.9.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Voor verzekerden tot achttien jaar - hetgeen in het onderhavige geval aan de orde is - bestaat onder voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg. De zorgverzekering biedt voor verzekerden tot achttien jaar dekking voor het aanbrengen van tandheelkundige implantaten indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd.

De zorgverzekering biedt voorts dekking voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de tandheelkundige zorg noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet had voorgedaan. Hieronder kan tevens het aanbrengen van implantaten vallen. Daarnaast bestaat aanspraak op een implantaatbehandeling ingeval van een ernstig geslonken tandeloze kaak, waarbij de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

- 9.2. Bij verzoeker is geen sprake van het ontbreken van een blijvende, niet aangelegde snij- of hoektand, maar van een kleine kies. Daarom valt de behandeling niet onder de dekking van de zorgverzekering voor verzekerden tot achttien jaar.
Voorts is gesteld noch gebleken dat bij verzoeker sprake is van een indicatie voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Tot slot worden de implantaten niet aangebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak en dienen zij niet ter bevestiging van een uitneembare prothese. Het voorgaande wordt bevestigd door het advies van het Zorginstituut van 9 februari 2017. De commissie neemt de conclusie van het Zorginstituut over en maakt deze tot de hare. Zodoende heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de onderhavige behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de kosten van tandheelkundige zorg op basis van 80 percent van de kosten tot een maximum van € 1.000,- per kalenderjaar. Voorwaarde is dat de verzekerde zich wendt tot een tandarts, orthodontist, vrijgevestigd mondhygiënist of tandprotheticus die gevestigd is in Nederland of de grensstreek. Verzoeker is evenwel behandeld door een kaakchirurg, zodat niet wordt voldaan aan de voorwaarden. De kosten van de behandeling komen om die reden niet voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking.
- Dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 26 juni 2015 niet tevens een beslissing heeft genomen ten aanzien van de eventuele aanspraken uit hoofde van de aanvullende ziektekostenverzekering maakt het voorgaande niet anders, en kan niet leiden tot enige vergoeding.

Telefonische toezegging

- 9.4. Verzoeker stelt dat een medewerker van de ziektekostenverzekeraar zijn moeder in juni 2015 telefonisch heeft toegezegd dat de kosten van het aanbrengen van implantaten voor 80 percent worden vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De toezegging uit juni 2015 zou tijdens het telefonisch contact van 8 maart 2016 aan de vader van verzoeker zijn bevestigd. De ziektekostenverzekeraar betwist dit en stelt dat geen telefonische toezegging is geregistreerd. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.5. De commissie stelt allereerst vast dat niet ter discussie staat dat de vader van verzoeker op 8 maart 2016 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft gehad, op welk moment de behandeling van verzoeker overigens al had plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft een registratie van het telefonisch contact van 8 maart 2016 overgelegd en hierin is het volgende vermeld: *"vandaag tel gehad m.b.t. deel 15704679 (via cc). Er is een zorgvoornemen, dus de nota kan gecorrigeerd worden. Wilde de nota corrigeren, maar kreeg het niet voor elkaar. Er staat inderdaad wel een zorgvoornemen in het systeem (1446825), maar deze is niet akkoord bevonden, de declaratie m.b.t. implantaten kan dus niet d.m.v. dit zorgvoornemen betaald worden."*
- Uit de betreffende contactregistratie blijkt niet dat de telefonische toezegging die tijdens het contact in juni 2015 aan de moeder van verzoeker zou zijn gedaan, is bevestigd. De commissie concludeert dat verzoeker in de procedure niet erin is geslaagd aannemelijk te maken dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 maart 2017,

A.I.M. van Mierlo