



# ANONIEM BINDEND ADVIES



Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Mondzorg, aanvullende ziektekostenverzekering, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 201401628  
Zittingsdatum : 18 februari 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009 t/m 2013, 7:942 e.v. BW)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,  
tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Classic Comfort afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft 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 tachtig percent van de kosten van tandheelkundige zorg ten bedrage van € 6.755,02 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 1.221,36, wordt ingewilligd. De tandartsnota's uit 2009 zijn verjaard en zijn om die reden afgewezen. De nota's van 2010 tot en met 2013 zijn wel in behandeling genomen. Een deel van de gedeclareerde kosten is afgewezen omdat de door de tandarts gehanteerde codes onjuist zijn.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 mei 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de nota's uit 2009 alsnog aan verzoeker te vergoeden, en wel tot een bedrag van € 420,16.

3.4. Bij brief van 28 augustus 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, althans ten dele bij wijze van compensatie tot een bedrag van totaal € 4.500,- te vergoeden ten laste van 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 22 oktober 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 december 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 december 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 februari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 11 februari 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
- 3.9. Na afloop van de hoorzitting is verzoeker door de commissie in de gelegenheid gesteld een overzicht van alle gedeclareerde kosten in het geding te brengen met daarbij vermeld de kosten die niet door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Bij brieven van 26 februari en 2 maart 2015 heeft verzoeker de gevraagde informatie aangeleverd. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 3 maart 2015 afschriften gestuurd, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.
- 3.10. Bij brief van 31 maart 2015 en e-mailbericht van 8 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op de door verzoeker overgelegde informatie. Afschriften hiervan zijn op 10 april 2015 aan verzoeker gezonden. Hierbij is verzoeker in de gelegenheid gesteld op genoemde stukken te reageren, hetgeen hij bij brief van 20 april 2015 heeft gedaan. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar nota's ingediend ten bedrage van totaal € 6.755,02 voor tandheelkundige behandelingen die hebben plaatsgevonden tussen 2009 en 2013. De ziektekostenverzekeraar heeft deze nota's slechts gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 1.641,52, aan verzoeker vergoed.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de nota ten bedrage van € 2.324,82 met betrekking tot tandheelkundige behandelingen in de periode van 10 maart 2009 tot en met 9 november 2009 afgewezen omdat deze verjaard zou zijn. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierin bemiddeld en de ziektekostenverzekeraar gewezen op artikel 7:942 BW. Dit heeft geleid tot een nabetaling van € 420,16. Deze nabetaling is begrepen in het onder 4.1 genoemde bedrag van € 1.641,52. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar niets heeft gezegd over hoe in de toekomst een onjuiste interpretatie van de verjaringstermijn kan worden voorkomen. Verzoeker verwacht daarom van de ziektekostenverzekeraar dat in de polisvoorwaarden wordt opgenomen wanneer de verjaringstermijn aanvangt.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts vergoeding van enkele door de tandarts gedeclareerde verrichtingen afgewezen omdat deze niet gebruikelijk zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft bij de beoordeling hiervan andere codes toegepast dan gedeclareerd door de tandarts. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar de richtlijnen van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) onjuist hanteert. Verzoeker verwijst naar de tariefbeschikking TB/CU-7044-01 van de Nza van 1 januari 2013. In deze beschikking worden de maximaal te vergoeden tarieven voor tandtechniek in eigen beheer voorgeschreven. Deze codes worden aangeduid met vier cijfers, zoals ook gedeclareerd door de tandarts. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar de betreffende verrichtingen moet beoordelen en vergoeden op basis van de door de tandarts toegepaste codes.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast een aantal gedeclareerde verrichtingen afgewezen omdat de maximale vergoeding hiervoor reeds zou zijn bereikt. Verzoeker voert in dit verband aan dat hij niet eerder de betreffende behandelingen heeft ondergaan. In een nadere toelichting met betrekking tot deze afwijzing vermeldt de ziektekostenverzekeraar overigens andere redenen op grond waarvan de betreffende behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 4.5. De tandarts heeft op 22 april 2013 twee kronen bij verzoeker geplaatst en de kosten hiervan gedeclareerd met de code E321. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de betreffende kosten afgewezen omdat de tandarts niet met de juiste codes heeft gedeclareerd. De code voor het plaatsen van een kroon is in 2013 R24 en voor de daarbij behorende techniekkosten R24T. De ziektekostenverzekeraar meldt dat voor een (gedeeltelijke) vergoeding van deze kosten een gecorrigeerde nota moet worden ingediend. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar kennelijk bekend is met de correcte codes. Hij is om die reden van mening dat een gecorrigeerde nota niet noodzakelijk is. De kosten gedeclareerd met de code E321 kunnen worden vergoed met de opmerking dat in de toekomst de correcte codes dienen te worden toegepast.
- 4.6. Verzoeker is verder van mening dat een betaling door de ziektekostenverzekeraar van € 4.500,-- als zijnde een vergoeding van de betreffende nota's en een compensatie voor de situatie die met name is ontstaan door de houding van de ziektekostenverzekeraar, redelijk is te noemen.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat zijn tandarts een tandtechnicus in dienst had die nu met pensioen is. Door de tandarts is geen werk uitbesteed, zoals de ziektekostenverzekeraar suggereert. Om de zaak op te lossen stelt verzoeker voor dat de ziektekostenverzekeraar 80 percent van de gedeclareerde kosten vergoedt minus de reeds uitgekeerde bedragen.
- 4.8. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 31 maart 2015 stelt verzoeker dat zijn tandarts altijd gebruik heeft gemaakt van de door de NZA voorgeschreven codes. Doordat de ziektekostenverzekeraar andere codes hanteert worden de techniekkosten ineens niet meer vergoed.
- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft een voorstel ingediend voor een betere formulering van de verjaringstermijn in de polisvoorwaarden. Dit voorstel kan niet meer worden opgepakt met betrekking tot de voorwaarden van 2015. Dit gebeurt dan ook op zijn vroegst voor de voorwaarden van 2016.
- 5.2. In artikel 21 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 2009 is bepaald dat tandheelkundige zorg mag worden geleverd door een tandarts en in sommige gevallen door een mondhygiënist, tandprotheticus of kaakchirurg. Kosten gemaakt door een tandtechnicus komen niet voor vergoeding in aanmerking. Op de nota's van de tandarts staan een aantal viercijferige codes voor techniekkosten in eigen beheer. De omschrijving bij deze codes is "Tandtechnische laboratorium kosten". Deze zorg is waarschijnlijk geleverd en in rekening gebracht bij de tandarts door een tandtechnisch laboratorium en valt daarmee niet onder de dekking.
- 5.3. Verzoeker verwijst naar de tariefbeschikking TB/CU-7044-01 van de NZa van 1 januari 2013. Dit is echter niet de juiste beschikking. De onderhavige nota's hebben namelijk betrekking op behandelingen die hebben plaatsgevonden in 2009. De juiste beschikking is 234-1900-09-1. Hierin komen diverse, door de tandarts gedeclareerde codes niet voor.

- 5.4. Voor de beoordeling van het recht op (een gedeeltelijke) vergoeding van techniekkosten, moet duidelijk zijn op welke verrichtingen deze kosten betrekking hebben. De ziektekostenverzekeraar codeert deze dan naar een techniekkosten-prestatiecode. Uit de ingediende nota's kan de ziektekostenverzekeraar dit voor een deel niet opmaken. Deze kosten zijn dan ook niet beoordeeld.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar nogmaals benadrukt dat een groot deel van de techniekkosten niet is vergoed omdat de vervaardiging niet in eigen beheer door de tandarts, maar in een tandtechnisch laboratorium heeft plaatsgevonden.
- 5.6. In reactie op hetgeen na afloop van de hoorzitting door verzoeker is overgelegd stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker nog aanspraak kan maken op een aanvullende vergoeding van € 105,- ter zake van de gedeclareerde code G65 en € 84,97 voor de gegoten metalen kroon R25. Voor de door verzoeker genoemde code E321 heeft de ziektekostenverzekeraar geen vergoeding verleend omdat deze code is komen te vervallen.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 9 (2009) en artikel 8 (2010 tot en met 2013) van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, althans ten dele bij wijze van compensatie tot een bedrag van totaal € 4.500,- te vergoeden, ten laste van 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. Artikel 12 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2009 regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:

### ***"Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 22 jaar en ouder***

*Door:*

*tandarts en uitsluitend als dat bij de betreffende behandeling of verrichting staat vermeld ook de mondhygiënist, tandprotheticus of kaakchirurg.*

*(...)*

### ***Tarievenlijst tandheelkunde***

*Voor het bepalen van de vergoeding zijn de tandheelkundige verrichtingen die zijn opgenomen in de Tarievenlijst tandheelkunde van de NZa van 1 januari 2008 uitgangspunt."*

- 8.3. Artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2010 regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:

**"Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 22 jaar en ouder**

Door:  
tandarts.  
(...)

**Tarievenlijst tandheelkunde**

Voor het bepalen van de vergoeding zijn de tandheelkundige verrichtingen die zijn opgenomen in de Tarievenlijst tandheelkunde van de NZa van 1 januari 2008 uitgangspunt."

- 8.4. Artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2011 regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:

**"Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

Door:tandarts.  
(...)

**Tarievenlijst tandheelkunde**

Voor het bepalen van de vergoeding zijn de tandheelkundige verrichtingen die zijn opgenomen in de Tarievenlijst tandheelkunde van de NZa van 1 januari 2010 uitgangspunt."

- 8.5. Artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2012 regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:

**"Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

Door:tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus  
(...)

**Prestatiebeschrijvingen tandheelkunde**

Voor het bepalen van de vergoeding zijn de tandheelkundige verrichtingen die zijn opgenomen in de Prestatiebeschrijvingen voor de mondzorg van de NZa van 1 januari 2012 uitgangspunt."

- 8.6. In de aanvullende ziektekostenverzekering 2013 is, voor zover hier van belang, met betrekking tot tandheelkundige zorg het volgende bepaald:

**"Prestatiebeschrijvingen tandheelkunde**

Voor het bepalen van de vergoeding zijn de tandheelkundige behandelingen die zijn opgenomen in de Prestatiebeschrijvingen voor de mondzorg van de NZa van 1 januari 2013 uitgangspunt. Op het moment waarop deze verzekeringsvoorwaarden werden gedrukt was er nog geen definitieve besluitvorming rondom de prestatiecodes voor 2013. U vindt de definitieve prestatiecodes op onze website.

**artikel 11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

Door:  
tandarts of kaakchirurg. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties (trekken van kiezen).  
(...)

Artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2013 regelt de aanspraak op inlays, kronen en bruggen en luidt, voor zover hier van belang:

**artikel 14 Inlays, kronen en bruggen**

Vergoeding  
IZA Classic: Kroon R25 vergoeding tot maximaal € 280,-

*Bijzonderheden*

*Per 3 aaneengesloten kalenderjaren (\*) worden bij plaatsing van inlays, kronen en/of brugtussendelen maximaal 6 elementen vergoed."*

- 8.7. Artikel 5 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2009 regelt de overige verplichtingen en luidt, voor zover hier van belang:

**"Declaratietermijn nota's**

*De verzekeringnemer en de verzekerde kunnen in geval van vergoeding van de kosten van zorg, de originele nota's indienen tot maximaal 3 jaar na het ontstaan van de behoefte aan zorg. In de praktijk betekent dit een termijn van 3 jaar vanaf het moment dat de zorg wordt afgenomen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding IZA is gehouden. Met behulp van de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgaanbieder.*

**Belangen**

*Wanneer de belangen van IZA worden geschaad door het niet nakomen van de in artikel 5.1 genoemde verplichtingen, kan IZA de aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg schorsen"*

- 8.8. Artikel 4 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2010 tot en met 2013 regelt de overige verplichtingen en luidt, voor zover hier van belang:

**"Declaratietermijn nota's**

*De meeste zorgaanbieders sturen de nota's rechtstreeks naar [naam ziektekostenverzekeraar]. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota opsturen; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding [naam ziektekostenverzekeraar] is gehouden."*

- 8.9. Artikel 7:942 BW bepaalt, voor zover hier van belang:


*"1. Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.  
2. De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil


- 9.1. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar in zijn polisvoorwaarden moet vermelden wanneer de verjaringstermijn aanvangt zodat een onjuiste interpretatie hiervan kan worden voorkomen. De commissie merkt op dat de verjaringstermijn is geregeld in artikel 7:942 BW. Tevens is in dit artikel bepaald wanneer de verjaring aanvangt. Artikel 7:943, lid 2, BW bepaalt dat van artikel 7:942 BW niet ten nadele van de verzekerde kan worden afgeweken. Of hiervan sprake is bij artikel 5 van de aanvullende ziektekostenverzekering kan in het midden blijven. De ziektekostenverzekeraar beroept zich immers niet meer op verjaring van de nota's uit 2009 en voor 2016 is een verbetering van de redactie van de polisvoorwaarden aangekondigd.

- 9.2. Waar het gaat om de ingediende nota's heeft de ziektekostenverzekeraar de stelling betrokken dat bepaalde posten niet voor vergoeding in aanmerking komen omdat onduidelijk is welke verrichtingen zijn uitgevoerd. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt. Artikel 12 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2009 en artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2010 bieden aanspraak op tandheelkundige zorg voor verzekerden van 22 jaar en ouder. In deze artikelen is opgenomen dat voor het bepalen van de vergoeding, de tandheelkundige verrichtingen die zijn opgenomen in de Tarievenlijst tandheelkunde van de NZa van 1 januari 2008 het uitgangspunt vormen. Dit betreft tariefbeschikking 5300-1900-08-2. Artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2011, 2012 en 2013 biedt aanspraak op tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder. In dit artikel is opgenomen dat voor het bepalen van de vergoeding, de tandheelkundige verrichtingen die zijn opgenomen in de Tarievenlijst tandheelkunde van de NZa van 1 januari 2010 respectievelijk de Prestatiebeschrijvingen voor de mondzorg van de NZa van 1 januari 2012 en 1 januari 2013 het uitgangspunt zijn. Dit betreft tariefbeschikkingen 5300-1900-10-2 (2011), TB/CY-7019-02 (2012) en TB/CU-7042-01 (2013). De commissie stelt vast dat de door de tandarts gedeclareerde viercijferige codes in de toepasselijke voorwaarden noch in de tariefbeschikkingen van 2008, 2010, 2012 en 2013 worden genoemd. De ziektekostenverzekeraar is dan ook niet gehouden de aldus gedeclareerde kosten te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.3. Specifiek met betrekking tot de gedeclareerde kronen en de in dat verband door de tandarts gehanteerde code E321, heeft verzoeker gesteld dat de ziektekostenverzekeraar de code zou kunnen wijzigen onder mededeling dat in het vervolg de correcte codes moeten worden gebruikt. Artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2013 regelt de aanspraak op inlays, kronen en bruggen. Dit artikel vermeldt dat een kroon met code R25 wordt vergoed tot maximaal € 280,--. Daarnaast worden per drie aaneengesloten kalenderjaren bij plaatsing van inlays, kronen en/of brugtussendelen maximaal zes elementen vergoed. Op het vergoedingenoverzicht heeft de ziektekostenverzekeraar bij de gedeclareerde verrichtingen met code E321 de juiste code vermeld en verzoeker verzocht om een gecorrigeerde nota. Dit is conform artikel 4 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2013. Daarentegen stelt de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 22 oktober 2014 dat wanneer het duidelijk is op welke verrichtingen de kosten betrekking hebben, de ziektekostenverzekeraar deze codeert naar een techniekkosten-prestatiecode (bijvoorbeeld T00 of R25T). In vervolg op de behandeling ter zitting, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in het onder 3.3 genoemde bedrag van € 420,16 een vergoeding van € 140,-- voor een kroon is begrepen. Gedeclareerd is € 224,97 zodat verzoeker - rekening houdend met het in de polis genoemde maximum van € 280,-- - recht heeft op een nabetaling van € 84,97. De ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd hiervoor zorg te dragen. Voorts zijn op 22 april 2013 bij verzoeker twee kronen geplaatst, waarvan de kosten (€ 519,70) zijn gedeclareerd met code E321. Aangezien door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet bestreden, dat deze code is vervallen zodat geen vergoeding kan worden verleend, is het wijzigen van de code niet langer zinvol en behoeft dit onderdeel geen verdere bespreking.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast bepaalde posten niet vergoed omdat de toepasselijke maximumvergoeding al werd bereikt. Verzoeker heeft enkel hier tegenin gebracht dat hij niet eerder de betreffende behandelingen heeft ondergaan. Verder heeft hij aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in een nadere toelichting andere redenen opgeeft om de betreffende declaraties af te wijzen. Verzoeker heeft het een noch het ander nader onderbouwd. Zo heeft hij de commissie niet medegedeeld welke verrichtingen het hierbij betreft. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat met betrekking tot de door de ziektekostenverzekeraar om deze reden afgewezen posten het in de polis opgenomen maximum inderdaad was bereikt en dat derhalve geen aanspraak bestaat op verdere vergoeding.
- 9.5. De commissie heeft er goede nota van genomen dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een tweetal posten alsnog te vergoeden. Het betreft hierbij in de eerste plaats een bedrag van € 140,-- voor techniekkosten, waarmee de maximumvergoeding van € 280,-- is bereikt. Voorts is ter









zake van code G65 (Indirect planmatig slijpen) een nabetaling van € 105,-- voor techniekkosten toegezegd, waarmee de betreffende nota geheel is voldaan, aangezien eerder € 105,-- aan honorariumkosten werd vergoed.

- 
- 9.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar aansprakelijk gesteld voor de door hem geleden schade. De commissie ziet, gelet op het vorenoverwogene, niet in waaruit de door verzoeker gestelde schade bestaat. Deze is door hem voorts niet gespecificeerd of gesubstantieerd en moet ook daarom worden afgewezen.



### Conclusie

- 
- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek deels dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoeker aanspraak heeft op een nabetaling van € 329,97 (€ 84,97 + € 140,-- + € 105,--). Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, zoals bepaald in 9.7 en wijst het meer of anders verzochte af.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 20 mei 2015,



prof. mr. A.I.M. van Mierlo

