

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202402007

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C. te B.,

en

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 11 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 maart 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 15 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 16 mei 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 augustus 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.4. Verzoekster heeft desgevraagd op 6 augustus 2025 een afschrift van de nota van de tandarts ingebracht. Deze nota was reeds bij de ziektekostenverzekeraar bekend.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Select polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Goed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor mondzorg en is daarom niet in geschil.
- 2.2. De tandarts van verzoekster heeft op 3 november 2023 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een “mesostructuur en/of klikgebit op implantaten onderkaak”. Uit deze aanvraag blijkt ook dat een machtiging is gevraagd voor het totaalbedrag van € 1.220,--.

- 2.3. Bij brief van 7 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld: *“de aanvraag is volledig of gedeeltelijk goedgekeurd”*. Op de machtiging is een toegekend bedrag vermeld van € 1.110,--. Verderop in de brief is onder andere vermeld: *“Gaaf u naar een zorgverlener zonder contract? Dan geldt voor u misschien een lagere vergoeding.”*
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 30 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat zij aanspraak heeft op een vergoeding op basis van maximaal 60% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de tandheelkundige behandeling volledig te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in haar brief aan SKGZ van 7 november 2024 meegedeeld dat zij, vanwege een in het verleden opgelopen kaakbreuk, onder behandeling is van het Medisch Spectrum Twente (MST). Omdat de behandelend arts langdurig afwezig was en verzoekster geen vertraging wilde oplopen in haar behandeling, heeft zij zich gewend tot haar tandarts, die jarenlang bij het MST heeft gewerkt. Verzoekster heeft hierover telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Een medewerker vertelde haar dat als de tandarts een machtiging zou aanvragen, het goed zou komen met de vergoeding. Daarbij is verzoekster niet verteld dat het om een gedeeltelijke vergoeding zou gaan. Met deze informatie heeft de tandarts de machtiging aangevraagd, en deze is ook door de ziektekostenverzekeraar verleend. Verzoekster was in de veronderstelling dat zij voor de behandeling enkel een kleine eigen bijdrage verschuldigd zou zijn. Dit maakte zij ook op uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 7 november 2023.
- 3.3. In artikel 9.1 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) staat dat wanneer een consument vraagt om informatie over de financiële gevolgen van zijn toekomstige keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, de zorgverzekeraar de consument alle informatie moet verstrekken die hij nodig heeft om de financiële consequenties van zijn keuze te overzien. Uit de toelichting bij dit artikel blijkt dat de zorgverzekeraar inzicht moet geven in de kosten voordat de consument kiest voor een zorgaanbieder, behandeling of bepaalde polis. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten in de op hem rustende informatieplicht.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij een ongeluk heeft gehad in Spanje. Zij is destijds gevallen met de fiets. Alle kosten hiervan zijn toen vergoed door de ziektekostenverzekeraar en de reisverzekeraar. Verzoekster is in het MST geopereerd aan haar kaak. Ook was een prothese nodig. Bij het MST is de behandelend medisch specialist ziek geworden, en dit duurde al bijna een jaar. Er werden tandartsen uit de regio ingehuurd. Omdat verzoekster last kreeg van haar versleten gebitsprothese, heeft zij gevraagd om een verwijzing naar een tandarts – voorheen verbonden aan het MST - die een eigen praktijk was begonnen. Het MST adviseerde haar te overleggen met de ziektekostenverzekeraar. De echtgenoot van verzoekster heeft hierop gebeld, en door een medewerker is gezegd dat er geen contract was met deze tandarts. Maar als er een machtiging werd gevraagd en goedgekeurd, dan zou het allemaal goed komen. De machtiging is vervolgens aangevraagd en goedgekeurd, maar het was allemaal een beetje onduidelijk. Verzoekster leefde in de veronderstelling dat de kosten vrijwel volledig zouden worden vergoed. Nu heeft zij ongeveer € 500,-- zelf moeten betalen, want de eigen bijdrage ging er ook nog af. Zij heeft een bedrag van € 1.940,-- moeten betalen aan de tandarts. Dit staat allemaal op de nota. Er staat in de toekenningsbrief van de ziektekostenverzekeraar weliswaar dat er misschien een lagere vergoeding wordt verleend, maar niet wat die dan inhoudt. De nieuwe prothese was echt

nodig, en dit werd haar ook door de tandarts gezegd. Verzoekster merkt op dat er bij de aangevraagde prestaties twee codes staan, en daar staat ook het aantal dat is aangevraagd. Beide codes zijn door de ziektekostenverzekeraar volledig gemachtigd, aangezien een '1' is vermeld. Zij vraagt zich af waarom niet is benoemd dat er sprake was van een gedeeltelijke vergoeding. Kennelijk was de vraag of de tandarts was gecontracteerd. Maar als er een contract was geweest, had er geen machtiging hoeven te worden aangevraagd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster aanspraak heeft op een vergoeding tot maximaal 60% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 4 februari 2025 aangevoerd dat hij begrijpt dat het vervelend is dat een medewerker aan de telefoon heeft verteld dat het wel goed zou komen met de vergoeding. Dit is echter geen definitieve uitspraak over de hoogte van de vergoeding. Op 3 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ontvangen voor de tandheelkundige behandeling. Op 7 november 2023 is aan verzoekster een brief gestuurd met daarin informatie over de vergoeding bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoekster had op basis daarvan kunnen weten dat zij geen volledige vergoeding zou ontvangen.
- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 15 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat verzoekster op 12 september 2023 telefonisch contact met hem heeft opgenomen om te informeren naar de vergoeding voor tandheelkundige zorg. De ziektekostenverzekeraar deelt altijd mee wat de vergoeding is voor niet-gecontracteerde zorg volgens de polis van de verzekerde wanneer deze vraag wordt gesteld. Hoewel de ziektekostenverzekeraar het telefoongesprek niet meer kan terugluisteren vanwege privacyregels, zijn er van dit gesprek geen afwijkende mededelingen genoteerd. Volgens verzoekster zou een toezegging zijn gedaan. Gezegd zou zijn dat de vergoeding in orde zou komen na een machtigingsaanvraag. Dit kan niet als een toezegging worden beschouwd. Uit de artikelen 1.9 en artikel 30 van de zorgverzekering volgt dat er geen recht is op (vergoeding van de kosten van) de zorg zonder voorafgaande toestemming. De ziektekostenverzekeraar biedt zijn excuses aan voor de eventuele verwarring die is ontstaan door het telefonisch antwoord, maar benadrukt dat er geen toezegging is gedaan en dat verzoekster in het gesprek is geïnformeerd dat een machtiging nodig is voor vergoeding van zorgkosten volgens de polisvoorwaarden. De tandartspraktijk waar verzoekster de behandeling heeft ondergaan, is een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wanneer er voor behandeling door een gecontracteerde zorgaanbieder wordt gekozen, wordt 100% van de zorgkosten vergoed. Volgens artikel 1.4 van de zorgverzekering krijgt verzoekster maximaal 60% van het gemiddeld gecontracteerde tarief vergoed voor een behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dit artikel wordt tevens verwezen naar de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg' (2024), waarop staat vermeld wat de vergoeding op basis van 60% is voor de desbetreffende behandeling. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met een nog openstaand eigen risico of een eventueel toepasselijke eigen bijdrage. Deze worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding, zo volgt uit artikel 1.4 van de zorgverzekering. Het eigen risico en de eigen bijdrage zijn ook in mindering gebracht op de vergoeding die aan verzoekster is verleend.
- 4.3. Op de goedgekeurde machtigingsaanvraag van 7 november 2023 staat: *"Wij hebben met verschillende zorgverleners een contract gesloten. Wanneer u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, wordt het volledige bedrag vergoed. Gaat u naar een zorgaanbieder zonder contract? Dan geldt voor u misschien een lagere vergoeding. Het kan per jaar verschillen of uw zorgverlener gecontracteerd is of niet. De vergoeding in geval van een niet-gecontracteerde zorgverlener is afhankelijk van uw polis. Meer informatie vindt u op onze website. De wettelijke eigen bijdrage en het eigen risico staan hier los van."* De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de vergoeding afhangt van de polisvoorwaarden en verwezen naar de website voor

meer informatie. Daarmee heeft hij voldaan aan zijn informatieplicht. Op de website staat tevens alles vermeld dat in artikel 9.1 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten verplicht wordt gesteld. Na de goedkeuring van de machtigingsaanvraag (7 november 2023), waarop de relevante informatie staat vermeld, heeft verzoekster geen contact meer opgenomen om mogelijke vragen over de vergoeding te verduidelijken vóór de behandeling van 6 februari 2024. Er wordt door de tandarts op 11 april 2024 weliswaar gesteld dat de machtigingsgoedkeuring hem niet heeft bereikt, maar bij de stukken die SKGZ heeft ontvangen, zit ook de machtigingsgoedkeuring van 7 november 2023, die door verzoekster is aangeleverd.

- 4.4. Verzoekster stelt in haar brief van 7 november 2024 dat zij op 2 december 2022 een brief van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen met een machtiging en verwijst daarbij naar bijlage I. Zij doelt echter op een machtigingsaanvraag van 8 december 2022, als er wordt gekeken naar bijlage I van de SKGZ-stukken, gerelateerd aan een andere behandeling dan in het voorliggende geschil. Op deze machtigingsaanvraag staat echter ook de informatie die op de machtiging van 7 november 2023 staat vermeld. Dit bewijst dat verzoekster op de hoogte is geweest, al in 2022, van de noodzaak om relevante informatie over vergoedingen te controleren, vooral bij niet-gecontracteerde zorg. In 2022 had verzoekster dezelfde zorgverzekering, waardoor voor haar bekend was dat niet-gecontracteerde zorg maar gedeeltelijk wordt vergoed en dat de vergoeding conform de polis moet worden gecontroleerd. Verzekerden dienen ook zelf na te gaan welke vergoeding geldt bij niet-gecontracteerde zorg, zoals is vastgesteld in de Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-028): *“Daarnaast moet de consument op de hoogte zijn van de kosten en vergoedingen van zorg.”* en *“Zo mag van de consument worden verwacht dat hij weet (of kan opzoeken) bij welke zorgverzekeraar hij verzekerd is en welk soort verzekeringspolis hij heeft afgesloten”*.
- 4.5. Op de website van de zorgaanbieder staat dat behandelingen voor een kunstgebit, bijzondere tandheelkunde en kaakchirurgie vanuit de zorgverzekering worden vergoed, maar dat het eigen risico en een eigen bijdrage soms van toepassing zijn. Verzoekster en haar tandarts stellen dat zij het een onaangename verrassing vonden dat slechts 60% van het gemiddeld gecontracteerde tarief wordt vergoed. Het is niet duidelijk waarom dit een verrassing is, nu de zorgaanbieder bovenstaande informatie vermeldt op zijn website. De tandarts stelt op 5 maart 2025 dat op de machtigingsgoedkeuring geen voetnoot of andere waarschuwing staat dat het beschreven gemachtigde bedrag alsnog kan afwijken, in verband met mogelijk niet-gecontracteerde zorg. Dit is onjuist wat de brief van de machtigingsgoedkeuring, gericht aan verzoekster, betreft. De zorgaanbieder heeft de machtigingsgoedkeuring ontvangen via Vecozo. Langs deze weg wordt niet dezelfde brief aangeleverd als die de verzekerde krijgt wanneer de machtiging wordt goedgekeurd. De zorgaanbieder weet, of kan nagaan via Vecozo, of er een contract is gesloten met de desbetreffende zorgverzekeraar. Op een zorgaanbieder rust een informatieplicht conform de Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-028) om zijn patiënt te informeren over datgene dat van belang is om een weloverwogen keuze te maken om zorg te vergelijken en te ontvangen (artikel 4, eerste lid), om de patiënt te informeren over de tarieven die voor de consument van belang zijn en over eventuele eigen betalingen (artikel 4, derde en vijfde lid). Dit moet conform de regeling ook tijdig gebeuren (artikel 5, eerste lid) en dat geldt ook voor deze tandarts. Sinds 1 september 2024 is de regeling zelfs aangescherpt zodat zorgaanbieders patiënten vooraf actief en aantoonbaar dienen te informeren over de aan- of afwezigheid van een contract met diens zorgverzekeraar, omdat gebruikmaking van niet-gecontracteerde zorg vaak gevolgen heeft voor de vergoeding. Ook wordt gesteld dat er langere wachttijden bestonden bij het MST, waar verzoekster in beginsel de behandeling zou ondergaan, en waardoor de keuze is gemaakt om de behandeling bij deze tandarts te laten plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar heeft echter geen contactmomenten teruggevonden in het systeemoverzicht waaruit blijkt dat is geïnformeerd naar mogelijke gecontracteerde alternatieven.

- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat volgens verzoekster een toezegging zou zijn gedaan. In een brief van mei 2025 is benoemd dat er is besproken wat werd vergoed voor mondzorg. In de notities van de telefoongesprekken staat alleen dat er is gezegd dat conform de polisvoorwaarden zou worden vergoed. Uit de aantekeningen blijkt dat de juiste informatie is gegeven, en niet aannemelijk is dat dit anders is besproken. Op de verzekerde rust ook een onderzoeksplicht en op de zorgaanbieder een informatieplicht. Er wordt altijd verwezen naar de website en de ziektekostenverzekeraar is telefonisch bereikbaar bij onduidelijkheden omtrent vergoedingen. Er zijn geen contactmomenten geregistreerd na het telefoongesprek in september. De zorgaanbieder was ook ervan op de hoogte dat er geen contract was, en hij hoort ervoor te zorgen dat de patiënt beschikt over alle relevante informatie. Er is nooit contact geweest met de afdeling zorgbemiddeling om te bemiddelen naar gecontracteerde zorg. De ziektekostenverzekeraar is volledig transparant geweest. Hij kan niet op voorhand zien wat de vergoeding zal zijn bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hij aan de op hem rustende informatieverplichting heeft voldaan. Voor de tandheelkundige codes worden maximale tarieven vergoed, die zijn gepubliceerd op de website. Hierbij werden door de tandarts geen bedragen genoemd. Dit was anders bij de techniekkosten, wat de reden is dat de maximale vergoeding hiervoor wel in de brief is benoemd. Er is een bedrag vergoed van € 494,57. De reden van deze lagere vergoeding was dat er nog een volledig openstaand eigen risico van € 385,-- bestond terwijl daarnaast een eigen bijdrage in rekening is gebracht. Deze eigen bijdrage bedraagt 27%. Het gekorte bedrag betreft € 62,27. Aan verzoekster is helaas geen specificatie gestuurd.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over mondzorg en de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de van belang zijnde artikelen uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) en de Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-035), beide van de NZa, en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de zorg die de tandarts namens verzoekster heeft aangevraagd een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering vormt en dat verzoekster hierop redelijkerwijs is aangewezen. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 6.3. De tandarts heeft – zo blijkt uit de verklaringen van zowel verzoekster als de ziektekostenverzekeraar – namens verzoekster een overzicht met tandheelkundige codes ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Dit overzicht is niet aan de stukken toegevoegd, zodat de commissie hiervan geen kennis heeft kunnen nemen. Op dit overzicht is, zo hebben partijen verklaard, een bedrag genoemd van € 1.220,--. In de informatie van de tandarts, die door verzoekster is overgelegd, heeft deze, in reactie op de ziektekostenverzekeraar, op 5 maart 2025 de aantekening gemaakt: “(...) Ik heb een aanvraag tot machtiging gedaan. Hierop is een machtiging

retour gekomen waarin de prestatiecodes J87 1/1; J80 1/1 gemachtigd zijn en de aangevraagde techniekkosten van € 1.220,-- voor € 1.110,-- gemachtigd zijn”. Uit deze verklaring van de tandarts is af te leiden dat het in het overzicht genoemde bedrag van € 1.220,-- niet zag op de hele behandeling, maar enkel op de techniekkosten.

- 6.4. In het dossier bevindt zich een brief van de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster van 7 november 2023. Hierin staat, voor zover hier van belang:

“Op 3 november 2023 ontvingen wij een machtigingsaanvraag voor (...), geboren op (...). De aanvraag is volledig of gedeeltelijk goedgekeurd. (...)

Betreft	Aantal	Bedrag	Omschrijving
12/J080	1		Gelijktijdig plaatsen volledig kunstgebit en klikgebit
12/J080T	1	€ 1.110	Gelijktijdig plaatsen volledig kunstgebit en klikgebit
12/J087	1		Toeslag vervangend klikgebit op bestaande staven tussen twee implantaten (...)

*De hoogte van uw vergoeding is afhankelijk van uw zorgverlener
Wij hebben met verschillende zorgverleners een contract afgesloten. Wanneer u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat wordt het volledige bedrag vergoed. Gaat u naar een zorgverlener zonder contract? Dan geldt voor u misschien een lagere vergoeding.*

Het kan per jaar verschillen of uw zorgverlener gecontracteerd is of niet. De vergoeding in het geval van een niet-gecontracteerde zorgverlener is afhankelijk van uw polis. Meer informatie vindt u op onze website.

De wettelijke eigen bijdrage en het eigen risico staan hier los van. (...)”

- 6.5. In artikel 9.1 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) van de NZa staat dat wanneer een consument vraagt om informatie over de financiële gevolgen van zijn toekomstige keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, de zorgverzekeraar de consument alle informatie moet verstrekken die hij nodig heeft om de financiële consequenties van zijn keuze te overzien. Uit de toelichting bij dit artikel blijkt dat de zorgverzekeraar inzicht moet kunnen geven in de kosten voordat de consument kiest voor een zorgaanbieder, behandeling of bepaalde polis. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij hieraan heeft voldaan door in de correspondentie te verwijzen naar zijn website en op die website te vermelden dat bij niet-gecontracteerde zorg een vergoeding van toepassing is van 60% van het gemiddeld gecontracteerde tarief, en ook wat de hoogte van deze vergoeding is per verrichting. De commissie merkt op dat in het onderhavige geval door de tandarts een overzicht is gestuurd aan de ziektekostenverzekeraar. Dit had niet alleen tot doel toestemming te verkrijgen voor de hierin vermelde zorg, maar ook inzicht te krijgen in de hoogte van de vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens een brief aan verzoekster gestuurd waarin wel één bedrag wordt genoemd – naar de commissie begrijpt met betrekking tot de techniekkosten, hoewel niet nader verklaard – maar niet de vergoeding ter zake van de verrichtingen met codes “12/J080” en “12/J097”. Verzoekster werd met deze brief ook niet op de hoogte gebracht van de bij haar van toepassing zijnde lagere vergoeding vanwege gebruik van niet gecontracteerde zorg. Zo wordt in de brief het percentage van 60 niet genoemd. Er wordt zelfs niet gesteld dat verzoekster in haar geval geen volledige vergoeding zal ontvangen, maar zij wordt er slechts in algemene zin op gewezen dat, als zij naar een zorgverlener gaat zonder contract, er *misschien* een lagere vergoeding geldt en dat zij via de website en haar polisvoorwaarden kan nagaan welk bedrag wordt vergoed. Tot slot is ter zitting gebleken dat aan verzoekster nimmer een uitkeringsspecificatie is gestuurd.

De commissie concludeert dat de ziektekostenverzekeraar aldus geen inzicht heeft geboden in de hoogte van de vergoeding en de afwikkeling van de ingediende nota.

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft erop gewezen dat de tandarts, gelet op de Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-035) van de NZa, verzoekster erop had moeten wijzen dat hij niet was gecontracteerd. Wat hiervan ook zij, dit ontslaat de ziektekostenverzekeraar niet van de op hem rustende zelfstandige verplichting om op een gerichte vraag een gericht antwoord te geven. Nu hij dit heeft nagelaten, kan worden geconcludeerd dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft voldaan aan zijn informatieverplichting. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar zowel in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 4 februari 2025 als in zijn brief aan de commissie van 15 mei 2025 erkend c.q. niet ontkend dat tijdens het telefoongesprek met verzoekster op 12 september 2025 is gezegd *“dat het wel goed zou komen met de vergoeding”*. Vervolgens verwijt de ziektekostenverzekeraar verzoekster wel dat zij niet op een later moment nogmaals heeft geïnformeerd naar de vergoeding. Deze stelling is niet te volgen en kan dan ook niet leiden tot het oordeel dat verzoekster wist of had moeten weten dat zij een – veel – lagere vergoeding zou ontvangen.
- Ook de stelling – samengevat – dat verzoekster ermee bekend was dat in geval van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een lagere vergoeding van toepassing is, overtuigt niet. Uit het feit dat een machtiging werd gevraagd, had voor de ziektekostenverzekeraar bovendien duidelijk moeten zijn dat het ging om een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In het andere geval was een machtiging immers niet vereist, zoals verzoekster ter zitting onweersproken heeft gesteld.
- 6.7. Rest de vraag welke vergoeding de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoekster te verlenen. Gelet op de brief van 7 november 2023 is een machtiging verleend voor 3 verrichtingencodes. Bij de verrichtingencode “12/J080T” (techniekkosten) is een maximale vergoeding vermeld van € 1.110,--. Voor deze verrichtingencode heeft verzoekster recht op vergoeding van dit bedrag. Bij de verrichtingencodes “12/J080” en “12/J087” is geen maximale vergoeding vermeld, zodat het bedrag dat op de nota van 6 februari 2024 bij de betreffende codes is vermeld aan verzoekster moet worden vergoed.
- In genoemde brief is wel duidelijk vermeld dat een eigen bijdrage en het eigen risico van toepassing kunnen zijn. Voor zover aan de orde mogen een nog openstaand eigen risico en/of een eventueel toepasselijke eigen bijdrage in mindering worden gebracht op het te vergoeden bedrag.
- 6.8. Aangezien het verzoek hiermee gedeeltelijk wordt toegewezen, acht de commissie gronden aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het in het kader van deze procedure betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) De ziektekostenverzekeraar voor de verrichtingencodes “12/J080” en “12/J087” de op de nota van 6 februari 2024 vermelde bedragen aan verzoekster moet vergoeden;
- (ii) De ziektekostenverzekeraar voor de verrichtingencode “12/J080T” een bedrag van € 1.110,- aan verzoekster moet vergoeden;
- (iii) De ziektekostenverzekeraar op de vergoeding het nog openstaande eigen risico en/of een eventueel toepasselijke eigen bijdrage in mindering mag brengen, en
- (iv) De ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 3 oktober 2025,

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Uitzonderingen:

- Als u met spoed behandeld moet worden
- Als u al met een behandeling bent begonnen
- Als uw pasgeboren kind zorg nodig heeft
- Als u zwanger bent.

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 60% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerd tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 60% van de Wmg-tarieven.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met uw eigen risico of een eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Acute zorg

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

Huisartsenzorg

Gaat u voor huisartsenzorg zoals vermeld in artikel 11, Huisartsenzorg punt 1, 2 en 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 60% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Hardheidsclausule

In de Zorgverzekeringswet staat dat iedereen recht heeft op een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Kiest u voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan krijgt u een vergoeding van maximaal 60% van het gemiddeld voor die zorg gecontracteerde tarief. De hoogte van deze vergoeding mogen wij als zorgverzekeraar zelf bepalen. Maar hierbij mag de bijdrage die u zelf moet betalen niet verhinderen dat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat (hinderpaalcriterium). Vindt u dat de hoogte van deze bijdrage u verhindert om zorg te krijgen? Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule. U kunt hiervoor terecht bij onze afdeling Klachtenmanagement. Geef aan waarom u in uw situatie een beroep doet op de hardheidsclausule. Of uw beroep wordt toegekend is afhankelijk van onder andere de hoogte van de kosten en de soort zorg.

Cessieverbod

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging (artikel 14), GGZ (artikel 25, 26 en 38), Farmaceutische zorg (artikel 35 Geneesmiddelen) en Hulpmiddelenzorg (artikel 37) niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de Zorg app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen van u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. U kunt de originele nota naar ons opsturen. Kijk voor meer informatie op pagina 2. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

- b. Maximaal 7 uur diëtetiek gedurende ten hoogste nog eens 6 maanden in aansluiting op de periode bedoeld onder a. U heeft hiervoor een verwijfsbrief nodig van de huisarts of medisch specialist. U moet binnen een maand nadat de verwijfsbrief is afgegeven, starten met de diëtetiek.

U heeft alleen aanspraak op diëtetiek die gericht is op de directe herstellzorg van patiënten met ernstige COVID-19 als u deelneemt aan onderzoek en voor zover van toepassing een aanvullende analyse van de zorgverlening. Of als het onderzoek en de analyse nog niet zijn gestart, moet u bereid zijn daaraan deel te nemen. Ook moet u toestemming geven voor het verzamelen van aanvullende gegevens aan de hand van vragenlijsten en extra onderzoeken. U moet ook toestemming geven voor het geanonimiseerd delen van uw behandelgegevens. Onder onderzoek wordt verstaan hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg gefinancierd door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) en aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een diëtist.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Diëtetiek als onderdeel van multidisciplinaire zorg (ketenzorg)

Wanneer u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte), een verhoogd vasculair risico of astma heeft en u ontvangt hiervoor multidisciplinaire zorg zoals omschreven in artikel 11, dan wordt de diëtetiek voor deze of gerelateerde aandoeningen via deze multidisciplinaire zorg geleverd.

MONDZORG

Artikel 31. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Tandheelkundige zorg is zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat voor verzekerden jonger dan 18 jaar de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. Controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); 1 keer per jaar. Als dit nodig is, dan heeft u meer keren per jaar recht op dit onderzoek
2. Incidenteel consult
3. Tandsteen verwijderen
4. Fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit: 2 keer per jaar. Als dit nodig is, dan heeft u meer keren per jaar recht op deze behandeling
5. Sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen)
6. Behandeling van het tandvlees (parodontale hulp)
7. Verdoving (anesthesie)
8. Wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp)
9. Vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen)
10. Behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp)
11. Volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen)
12. Chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten
13. Röntgenonderzoek. U heeft geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

Bent u jonger dan 23 jaar? Dan heeft u recht op kronen, bruggen en implantaten 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 deze zorg moet zijn vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

Eigen risico

Bent u 18 jaar of ouder? Dan geldt voor deze zorg het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of mondhygiënist. De tandarts of mondhygiënist kunnen werkzaam zijn in een instelling voor jeugdtandverzorging.

Voor een autotransplantaat bij een multidisciplinair behandelteam waarbij het chirurgische deel uitgevoerd wordt door een tandarts-parodontoloog, tandartsimplantoloog of kaakchirurg en het tandheelkundige deel door een tandarts. De regierol ligt bij de zorgaanbieder die het chirurgische deel uitvoert.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:

- Kronen, bruggen en implantaten
- Kaakoverzichtsfoto's
- Autotransplantaten door een tandarts-parodontoloog, tandartsimplantoloog of een tandarts
- De 11e sealing of meer
- Het trekken van een frontelement, melktand of melkkies in een moeilijke situatie waarbij het tandvlees aan de kant moet worden geschoven
- De toeslag zeer ernstig geslonken kaak bij een gebitsprothese
- De kosten van alle overige tandheelkundige behandelingen die samen meer dan € 1.400 per jaar bedragen.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 32. Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

32.1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Tandheelkunde zorg in bijzondere gevallen is zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. Als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft;
2. Als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft;
3. Als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

De zorg vermeld onder 1. omvat orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit heeft, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:

Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

2. Orthodontische zorg in bijzondere gevallen:

Bij een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg, orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg of een tandarts die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister van de Vereniging Tandartsen voor Orthodontie (OK register) in samenwerking met een kaakchirurg. Patiënten met een lip-, kaak- of gehemeltepleet mogen uitsluitend behandeld worden door een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie (narcose) nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
 - Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten
 - Het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
 - Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

32.2. Tandheelkundige implantaten

De zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde als u:

1. Een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft;
2. Een verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel heeft in de vorm van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt, kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Voor de prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zie artikel 34.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg. Als er sprake is van implantologie in de zeer ernstig geslonken tandeloze kaak dan mag de zorg ook worden verleend door een tandarts-implantoloog.

De zorg mag worden verleend in een:

1. Tandartspraktijk
2. Ziekenhuis
3. Centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Heeft u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
 - Het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten
 - Het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
 - Bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 33. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Kaakchirurgie is chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden als u 18 jaar en ouder bent.

Dit is niet verzekerd:

- Chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie)
- Het aanbrengen van een implantaat
- Ongecompliceerde extracties. Bij deze extracties gaat het om tanden of kiezen die uw tandarts ook kan trekken.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een kaakchirurg.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, orthodontist, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig. U vindt deze behandelingen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie op onze website. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 34. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

De zorg omvat een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten als u 18 jaar of ouder bent. De zorg omvat ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (de meso-structuur) voor een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese maakt ook deel uit van deze zorg.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- 10% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de onderkaak
- 8% van de kosten voor een implantaatgedragen gebitsprothese voor de bovenkaak
- 25% van de kosten voor een normale gebitsprothese
- 10% van de kosten voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

Uw eigen bijdrage is 17% van de kosten voor het tegelijk maken van een normale gebitsprothese op de ene kaak en een implantaatgedragen prothese op de andere kaak (code J50).

Eigen bijdrage gebitsprothese

U heeft recht op een gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt hiervoor een eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor de kosten van het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (mesostructuur). Een mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem). De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts) verzekering heeft. Naast een eigen bijdrage is ook een eigen risico van toepassing. Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft, zie artikel 32.2.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, tandarts-implantoloog of tandprotheticus.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

1. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:

- a. Als de totale kosten (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:
 - € 600 voor een boven- of onderkaak
 - € 1.200 voor een boven- en onderkaak samen
- b. Als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen
- c. Voor de toeslag zeer ernstig geslonken kaak

2. U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:

- a. Een gebitsprothese op implantaten
- b. Het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten
- c. Een steg of drukknoop (mesostructuur)

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

FARMACEUTISCHE ZORG

Artikel 35. Geneesmiddelen

Farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Deze zorg omvat ook:

- Terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel
- Terhandstelling en begeleidingsgesprek van een voor u nieuw receptplichtig geneesmiddel
- Instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel
- Medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

Geregistreerde geneesmiddelen

De zorg omvat bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Deze vindt u in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering.

Voorkeursgeneesmiddelen

In bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering zijn groepen van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof opgenomen. Wij kiezen voor bepaalde werkzame stoffen een voorkeursgeneesmiddel. U heeft alleen recht op deze voorkeursgeneesmiddelen. U vindt de lijst met voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof vergoeden wij niet. Als een behandeling met een

Regeling transparantie zorgaanbieders - TH/NR-035

Regeling TH/NR-035

Vastgesteld op 11 juni 2024

Ingevolge artikel 38 en 39 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) regels vast met betrekking tot de informatieverplichting van zorgaanbieders.

Artikel 1 Begripsbepaling

In deze regeling wordt verstaan onder:

- a. zorg: zorg als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder b en artikel 2 van de Wmg;
- b. zorgaanbieder: de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg;
- c. consument: verzekeringsplichtige, verzekerde of patiënt als bedoeld in artikel 1 sub i Wmg;
- d. prestaties en diensten: voor zover in deze regeling gesproken wordt van prestaties en diensten worden hiermee de prestaties en diensten bedoeld die onder de reikwijdte van de Wmg vallen;
- e. informeren: het mondeling, digitaal, schriftelijk of op enige andere wijze verstrekken van informatie.

Artikel 2 Doel

Het doel van deze regeling is duidelijk te maken welke informatie een zorgaanbieder moet verstrekken, en op welk moment, om de consument in staat te stellen een weloverwogen keuze te maken om zorg of diensten van een zorgaanbieder te vergelijken en te ontvangen.

Artikel 3 Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders in de zin van artikel 1 van deze regeling.

Artikel 4 Informatieverstrekking

1. De zorgaanbieder informeert de consument objectief en zakelijk over datgene dat voor de consument van belang is om een weloverwogen keuze te maken om zorg te vergelijken en te ontvangen, zonder daarmee die keuze te sturen.
2. De zorgaanbieder informeert de consument over prestaties die geleverd worden.
3. De zorgaanbieder informeert de consument over tarieven die voor de consument van belang zijn.
4. De zorgaanbieder geeft aan of de te leveren prestaties of diensten onder de verzekerde aanspraak van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg vallen.
5. De zorgaanbieder informeert de consument voor de start van de zorgverlening actief en aantoonbaar over de aan- of afwezigheid van een contract met de zorgverzekeraar van de consument en over mogelijke gevolgen daarvan voor de vergoeding van zorg of diensten door de zorgverzekeraar. Voor informatie over de hoogte van de vergoeding van zorg of diensten verwijst de zorgaanbieder de consument naar diens zorgverzekeraar.
6. De zorgaanbieder informeert de consument over eventuele eigen betalingen.
7. In geval van doorverwijzing voor vervolgzorg adviseert de zorgaanbieder de consument zo objectief mogelijk. Daarbij wijst de zorgaanbieder de consument op zijn keuzevrijheid.
8. De zorgaanbieder maakt wachttijden inzichtelijk.
9. Bij het openbaren van kwaliteitsinformatie die betrekking heeft op zorg, maakt de zorgaanbieder voor de consument inzichtelijk op welke wijze deze informatie tot stand is gekomen.

Artikel 5 Tijdigheid en vergelijkbaarheid

- 8.3 De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat de informatie, als bedoeld in het eerste lid, ook aan consumenten wordt gegeven als niet de collectiviteiten zelf, maar eventuele derden op basis van afspraken daarover met de zorgverzekeraar een modelovereenkomst aanbieden met een collectiviteitsovereenkomst.

Kenmerk

Pagina
5 van 8*Kosten van zorg***Artikel 9 Inzicht in kosten voor behandeling of dienst**

- 9.1 Wanneer een consument vraagt om informatie over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, verstrekt de zorgverzekeraar de consument alle informatie die de consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn keuze te kunnen overzien.
- 9.2. Wanneer een consument niet beschikt over alle gegevens op basis waarvan de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde informatie kan geven, dan moet de zorgverzekeraar aangeven welke gegevens ontbreken. De zorgverzekeraar vermeldt hierbij, indien van toepassing, waar of bij wie de consument de ontbrekende gegevens kan verkrijgen zodat de informatie bedoeld in het eerste lid alsnog kan worden gegeven.

Artikel 10 Informatie over (niet) gecontracteerde zorg

10. 1 Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde dan:
- a. meldt de zorgverzekeraar dit via zijn relevante openbare communicatiekanalen en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze, en
 - b. neemt de zorgverzekeraar in zijn relevante openbare communicatiekanalen een actueel overzicht op met welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd en vermeldt de zorgverzekeraar hierbij de informatie die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze. De zorgverzekeraar geeft in de polisvoorwaarden aan waar dit overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders te vinden is.
- 10.2 Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds hanteert bij de contractering en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde dan:
- a. meldt de zorgverzekeraar hoe hij daarmee omgaat in de polisvoorwaarden en via zijn relevante openbare communicatiekanalen, waarbij hij ook de mogelijke consequenties voor de verzekerde vermeldt, en
 - b. vermeldt de zorgverzekeraar in of bij het in eerste lid, onder b, bedoelde overzicht voor de betreffende zorgaanbieder wat de mogelijke consequenties hiervan zijn voor de verzekerde.