



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : Mondzorg, overkappingsprothese  
Zaaknummer : 201303254  
Zittingsdatum : 9 juli 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---

## 1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

- 1) C te E, en
- 2) D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (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 Tand Compleet 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 eveneens door verzoeker afgesloten aanvullende verzekering AV Comfort 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 de kosten van tandheelkundige behandelingen, waaronder het vervaardigen en plaatsen van een overkappingsprothese ten behoeve van de bovenkaak (hierna: de aanspraak). De kosten hiervan zijn door de tandarts begroot op € 1.683,84. Bij brief van 24 juli 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de tandheelkundige behandelingen niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, en dat de H-codes en de codes P31 en P32 alsmede de techniekkosten van de overkappingsprothese gedeeltelijk worden vergoed.
- 3.2. Bij brief van 22 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat geen vergoeding wordt verleend voor de ingediende nota's ten bedrage van totaal € 981,80.
- 3.3. Bij brief van 23 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat ter zake van de ingediende nota ten bedrage van € 1.022,30, een bedrag van € 648,16 wordt vergoed en een bedrag van € 374,14 niet wordt vergoed. Bovendien geldt een bedrag van € 162,04 als eigen bijdrage die ten laste komt van de aanvullende ziektekostenverzekering. Een eerder ingediende nota van € 981,80 is volledig afgewezen.
- 3.4. Bij brief van 22 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker machtigingen afgegeven voor tandheelkundige behandelingen ten laste van de zorgverzekering, te weten "volledig kunstgebit bovenkaak", "techniekkosten volledig kunstgebit bovenkaak" en "behandeling immmediaat kunstgebit".
- 3.5. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij e-mailbericht van 9 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.

- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.7. Bij ongedateerde brief, ontvangen op 13 maart 2014, heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, met inachtneming van de eigen bijdrage, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.8. 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 april 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 mei 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 juni 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.11. Bij brief van 25 april 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 mei 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014057000) 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 geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. De kaak van verzoeker is niet tandeloos en of de kaak ernstig geslonken is vermeldt het dossier niet. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 17 juni 2014 aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoeker is op 9 juli 2014 in persoon gehoord, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.13. Bij brief van 11 juli 2014 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 18 juli 2014 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. Verzoeker gebruikt antipsychotica en een bijwerking hiervan is dat hij op zijn tanden bijt. Kronen zijn geen adequate oplossing. Daarom heeft de tandarts verzoeker geadviseerd een overkappingsprothese ten behoeve van de bovenkaak te laten plaatsen. De echtgenote van verzoeker heeft op 18 juli 2013 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om te informeren naar de vergoeding van een overkappingsprothese. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar deelde haar mede dat de behandeling volledig werd vergoed, met inachtneming van een eigen bijdrage van € 125,-- per kaak. Desgevraagd werd dit herhaald. Verzoeker heeft naar aanleiding hiervan de tandarts zijn akkoord gegeven voor de behandeling. De tandarts heeft een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar en hij deelde enige tijd later aan verzoeker mede dat een machtiging was afgegeven. Hierop is de behandeling gestart. Na het indienen van de nota's kwam verzoeker er tot zijn schrik achter dat slechts een gedeeltelijke vergoeding werd toegekend. De maximale vergoeding die geldt voor mondzorg in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering bleek te zijn bereikt.
- 4.2. Verzoeker stelt dat de medewerker van de ziektekostenverzekeraar zijn echtgenote niet correct en onvolledig heeft geïnformeerd over de vergoeding voor een overkappingsprothese. Er is enkel gesproken over de dekking van de

zorgverzekering en de in dat kader van toepassing zijnde eigen bijdrage. Een bedrag van circa € 1.350,-- blijft nu onverwacht voor rekening van verzoeker. Verzoeker verklaart weinig financiële mogelijkheden te hebben.

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij de codes die de ziektekostenverzekeraar noemt in de brief niet kent. De tandarts wist het ook niet. Verzoeker verklaart dat hij niet meer aan de vergoeding van de kroon ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft gedacht. Tijdens een gesprek hierover met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar werd erkend dat verzekerden beter zouden moeten worden geïnformeerd over het verloop van de vergoede kosten. Hiermee is volgens verzoeker toegegeven dat de ziektekostenverzekeraar nalatig was. Tot slot stelt verzoeker dat de tandarts ook een aanvraag in het kader van de AWBZ heeft gedaan. Deze zou zijn goedgekeurd. Verzoeker heeft geen keuze kunnen maken. Hij had de behandeling kunnen uitstellen tot na 1 januari of kunnen kiezen voor een goedkopere oplossing.
- 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 aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van 75% van tandheelkundige kosten tot maximaal € 500,-- per verzekerde per kalenderjaar.
- 5.2. De behandelend tandarts heeft op 22 juli 2013 een machtiging aangevraagd voor bijzondere tandheelkunde. Op 24 juli 2013 is aan de tandarts medegedeeld dat geen machtiging hoeft te worden aangevraagd, omdat de behandeling niet als bijzondere tandheelkunde wordt aangemerkt. Voorts is medegedeeld dat de H-codes alsmede de codes P31 en P32 gedeeltelijk worden betaald indien verzoeker een aanvullende tandartsverzekering heeft. Bij brief van gelijke datum is aan verzoeker medegedeeld dat de H-codes, P31 en P32 gedeeltelijk worden vergoed en dat de tandarts de nota's direct kan declareren bij de ziektekostenverzekeraar. Voorts is in deze brief vermeld dat de behandeling niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering, omdat geen sprake is van bijzondere tandheelkunde. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker naar de tandarts verwezen voor vragen over de begroting. Er zijn aparte brieven gestuurd over de vergoeding van de tandheelkundige kosten en de vergoeding van de prothese.
- 5.3. De echtgenote van verzoeker heeft op 18 juli 2013 telefonisch geïnformeerd naar de vergoeding van een prothese op implantaten. Aan haar is medegedeeld dat hiervoor een volledige vergoeding ten laste van de zorgverzekering geldt, met inachtneming van een eigen bijdrage van € 125,-- per kaak. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt een vergoeding van maximaal € 200,-- voor deze eigen bijdrage. De ziektekostenverzekeraar stelt vast dat de gegeven informatie correct is.  
Op 18 oktober 2013 heeft verzoeker telefonisch geïnformeerd naar de vergoeding van een volledige uitneembare gebitsprothese. Aan hem is medegedeeld dat de vergoeding 75% van het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde bedrag wordt vergoed. Er geldt een eigen bijdrage van 25% van de kosten, welk bedrag tot maximaal € 200,-- wordt vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar stelt vast dat ook deze gegeven informatie correct is.
- 5.4. De tandarts heeft voor de overkappingsprothese een bedrag van € 648,16 in rekening gebracht. Hiervan is een bedrag € 486,12 (= 75%) vergoed ten laste van de zorgverzekering, en € 162,04 (eigen bijdrage van 25%) ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Er is voor totaal € 500,-- vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, waarmee het maximum is bereikt. Om die reden is de nota van 29 augustus 2013 van € 981,80 niet vergoed.
- 5.5. Het is begrijpelijk dat het een teleurstelling voor verzoeker is dat niet alle tandheelkundige kosten zijn vergoed. Er wordt echter niet overgegaan tot een aanvullende vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft de juiste informatie gegeven. Al op 25 juli 2013 was verzoeker ervan op de hoogte dat geen vergoeding ten laste van de zorgverzekering mogelijk was. Een volledige vergoeding van de tandheelkundige kosten is niet toegezegd, alleen een volledige vergoeding van de prothese. Deze heeft verzoeker gekregen.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. In artikel 18 van de "Algemene Voorwaarden" van de zorgverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoeker zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoeker hierop bij brief van 4 april 2014 gewezen. Verzoeker heeft de commissie op 7 april 2014 telefonisch bevestigd dat hij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen, met inachtneming van de toepasselijke eigen bijdrage, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 15 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 13 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

*d Tandheeskundige zorg in bijzondere gevallen (niet vallend onder a, b of c)*

*Omschrijving: tandheeskundige zorg die noodzakelijk is, indien:*

*1 de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheeskundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;*

*2 de verzekerde een niet-tandheeskundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheeskundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;*

*3. een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheeskundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.*

*Zorgverlening: centrum voor bijzondere tandheeskunde, tandarts, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist.*

*Prestatie: vergoeding van kosten conform artikel 7 van de Algemene Voorwaarden.*

*Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling door de behandelend zorgverlener tenzij tussen de behandelend zorgverlener en [naam ziektekostenverzekeraar] anders is overeengekomen. De aanvraag voor toestemming moet voorzien zijn van een behandelplan en begroting.*

*Bijzonderheden:*

*(...)*

• voor een volledige prothetische voorziening in het kader van de bijzondere tandheelkundige zorg geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per kaak;  
(...)

*f Uitneembare volledige prothesen (kunstgebit)*

*Omschrijving: voor verzekerden van 18 jaar en ouder uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak, in andere gevallen dan in onderdeel b en d van artikel 12. Het gaat om een volledige immediaatprothese, een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen en het repareren en rebasen daarvan.*

*Zorgverlening: tandprotheticus, tandarts, of centrum voor bijzondere tandheelkunde.*

*Prestatie: vergoeding van kosten, met inachtneming van de wettelijke eigen bijdrage van 25%, conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden. Deze wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor reparatie en rebasen van een volledige immediaatprothese, van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Voor techniek en materiaal gelden marktconforme bedragen. (...)*

*Machtiging: ja, indien de prothese die vervangen wordt jonger is dan 5 jaar of bij een immediaatprothese jonger is dan een halfjaar. Daarnaast is ook een machtiging nodig bij een gecombineerde boven- en onderprothese als de totale kosten die betrekking hebben op een gecombineerde boven- en onderprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 1.200,- (inclusief de maximale techniekkosten) en bij een volledige boven- of een volledige onderprothese als de totale kosten die betrekking hebben op een volledige boven- of een volledige onderprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 600,- (inclusief de maximale techniekkosten).*

*Bijzonderheden: de tandarts en de tandprotheticus moeten bij de aanvraag de prestatiecodes en de hoogte van de techniekkosten aangeven."*

- 8.4. Artikel 13 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de "Algemene Voorwaarden" van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.  
Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv.  
In artikel 2.31 Rzv is bepaald dat indien de zorg, bedoeld in artikel 2.7 lid 1 Bzv, een uitneembare volledige prothese, al dan niet op implantaten, betreft, een eigen bijdrage geldt van € 125,- (lid 2). De eigen bijdrage voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in artikel 2.7 lid 5 onderdeel b Bzv bedraagt 25 percent (lid 3).
- 8.6. 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.
- 8.7. Artikel 1 van de "Lijst van verstrekkingen" van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op mondzorg voor verzekerden vanaf 18 jaar, en luidt, voor zover hier van belang:

*"Zorgverlening: tandarts, kaakchirurg, centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandprotheticus of een mondhygiënist.*

*Vergoeding:*

(...)

*[Naam aanvullende ziektekostenverzekering]*

*100% vergoeding voor consulten en preventieve mondzorg; 75% vergoeding voor de overige behandelingen  
Gezamenlijk tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of  
materiaalkosten).*

*Bijzonderheden:*

- de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de betreffende mondzorg niet wordt gedekt door de hoofdverzekering/AWBZ;*
- de verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding, indien de behandeling niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;*
- vergoeding vindt plaats op basis van het door [naam ziektekostenverzekeraar] met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen, verleent [naam ziektekostenverzekeraar] de genoemde vergoeding op basis van het marktconforme tarief of het Wmg tarief;  
(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. In geschil zijn twee nota's. Eén ter zake van het trekken van elementen en het vervaardigen en plaatsen van een bovenprothese en bedrage van € 1.022,30, en één ter zake van diverse tandheelkundige behandelingen ten bedrage van € 981,80. Van de eerste nota zijn de kosten ter zake van het trekken van tanden en kiezen (€ 374,14) niet vergoed, de overige kosten zijn volledig vergoed (€ 648,16), waarvan € 486,12 op basis van de zorgverzekering en € 162,04 (eigen bijdrage) op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. De tweede nota is afgewezen.
- 9.2. Artikel 13 sub d van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering biedt, in het kader van de tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, dekking voor mondzorg bij 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 zou hebben voorgedaan. Onder deze zorg is onder andere begrepen het vervaardigen van een volledige prothetische voorziening. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoeker een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde bestaat.
- 9.3. Voorts biedt de zorgverzekering, in het kader van de reguliere tandheelkundige zorg, aanspraak op vergoeding van de kosten van een uitneembare volledige prothese. Dit is geregeld in artikel 13 sub f van de "Lijst van verstrekkingen".  
De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van de kosten van de overkappingsprothese voor de bovenkaak, op voornoemde grond, met inachtneming van de wettelijke eigen bijdrage van 25%. Dit heeft geleid tot een vergoeding van een bedrag van € 486,12 (€ 648,16 - € 162,04). De overige kosten die zijn gedeclareerd ter zake van de tandheelkundige behandelingen vallen niet onder de dekking van de zorgverzekering en zijn derhalve terecht afgewezen.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot vergoeding van eerdergenoemde eigen bijdrage van € 162,04 aan verzoeker. Daarnaast is door de ziektekostenverzekeraar gesteld en door verzoeker niet gemotiveerd bestreden dat kosten van tandheelkundige zorg zijn vergoed tot een bedrag van € 337,96, waarmee de maximale vergoeding is bereikt. Er bestaat geen aanspraak op een hogere vergoeding, zodat de nota ten bedrage van € 981,80 terecht is afgewezen.

## Werking privaatrecht

- 9.5. Verzoeker heeft gesteld dat hij, onderscheidenlijk zijn echtgenote, onjuist en onvolledig is geïnformeerd door de ziektekostenverzekeraar. De commissie is hiervan echter niet gebleken. Gevraagd is naar de vergoeding van een prothese op implantaten. In het kader van de regeling voor bijzondere tandheelkunde geldt hiervoor een eigen bijdrage van € 125,--. Later is gevraagd naar de vergoeding voor een uitneembare volledige prothese, waarop is geantwoord dat de eigen bijdrage 25 percent bedraagt. Gelet op artikel 2.31 Rzv is dit antwoord correct. De door verzoeker ingediende nota's zien evenwel niet alleen op een prothese voor de bovenkaak, maar tevens op andere tandheelkundige behandelingen. Met betrekking hiertoe is niet van een toezegging gebleken.

## 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, 23 juli 2014,

Voorzitter