

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, tegen C te D  
Zaak : Mondzorg, hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 2012.01570  
Zittingsdatum : 23 januari 2013

1. Partijen

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

tegen

De C te D, 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 Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Tand Optimaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten verzekering AV Optimaal 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 volledige vergoeding van een tandheelkundige behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak deels is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 29 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 24 augustus 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen 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 stuk-

ken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 6 december 2012, zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 december 2012 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 december 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 januari 2013 telefonisch medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

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

4.1. Verzoeker heeft op 10 maart 2012 een wortelkanaalbehandeling ondergaan. Hiervoor is de bestaande kroon verwijderd en is op 12 juli 2012 een nieuwe kroon op het element geplaatst. Daarnaast is op 26 juli 2012 een röntgenfoto gemaakt en een éénvlaksvulling aangebracht. De kosten van deze verrichtingen zijn deels vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op het verkeerde been gezet. Verzoeker dacht met de meest uitgebreide aanvullende ziektekostenverzekering verzekerd te zijn van 100 percent vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg. Nu blijkt dat in de 'kleine lettertjes' uitsluitingen staan, waardoor slechts 80 percent van de kosten wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee gehandeld in strijd met de redelijkheid en billijkheid.

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

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van tandartskosten tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. Op zijn website heeft de ziektekostenverzekeraar vermeld dat voor de meeste tandartskosten een vergoeding geldt van 100 percent. Hierbij staat gespecificeerd dat met 'de meeste tandartskosten' wordt bedoeld: consulten, preventie en vullingen inclusief verdooving. Dit zijn de tandheelkundige prestaties die het meest worden uitgevoerd. Tevens is vermeld dat voor de overige kosten, inclusief techniekkosten, aanspraak bestaat op een vergoeding van 80 percent. Bij voornoemde vergoedingen wordt uitgegaan van de bedragen per prestatiecode volgens de 'vergoedingenlijst vergoedingen mondzorg'.

5.2. Ook in de polisvoorwaarden is duidelijk vermeld dat voor bepaalde tandartskosten een vergoeding geldt van 100 percent, en voor andere van 80 percent. In de 'vergoedingenlijst vergoedingen mondzorg' staan alle maximale vergoedingen vermeld.

5.3. Gezien het voorgaande kan de ziektekostenverzekeraar zich moeilijk voorstellen dat verzoeker bij het aangaan van de aanvullende ziektekostenverzekering verwachtte dat hij aanspraak zou hebben op volledige vergoeding van alle tandartskosten. De ziektekostenverzekeraar heeft steeds duidelijk aangegeven voor welke tandartskosten dit geldt en wat onder 100 percent vergoeding wordt verstaan.

5.4. Voor de code E111 worden de kosten volledig vergoed tot maximaal het bedrag dat is vermeld in de vergoedingenlijst. Op de behandeldatum 10 maart 2012 bedroeg deze maximale vergoeding € 40,--. Door de tandarts is hiervoor echter een bedrag van € 55,-- in rekening gebracht. Daarom is voor deze verrichting een bedrag van € 15,-- niet vergoed.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 2.10 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 verzoeker aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van de onderhavige tandheelkundige behandeling ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

8.1. Artikel 3.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering, welke bepaling de aanspraak op vergoeding van zorgkosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, luidt, voor zover hier van belang:

*“De vergoeding bedraagt maximaal € 1000,- per kalenderjaar.*

*U hebt recht op de volgende vergoedingen:*

*- volledige vergoeding tot maximaal de bedragen genoemd op de vergoedingenlijst van [naam ziektekostenverzekeraar] voor:*

*- consultatie en diagnostiek (codes A111 t/m A261, A531 t/m A711, X911 en X951);*

*- preventieve mondzorg (C-codes);*

*- vullingen inclusief verdovingen (codes E111 t/m E211).*

*- 80% voor de overige codes, tot maximaal de bedragen genoemd op de vergoedingenlijst van [naam ziektekostenverzekeraar];*

*- volledige vergoeding van de eigen bijdrage voor de volledige onder- en/of bovenprothese;*

*- 80% van de materiaal- en techniekkosten;*

*(...)*

*De geldende lijst van prestatiecodes met de door [naam ziektekostenverzekeraar] gehanteerde maximumvergoedingen maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. (...)”*

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

9.1. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van tandheelkundige zorg tot maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar. De tandheelkundige prestaties worden vergoed tot maximaal de bedragen die worden vermeld in de ‘vergoedingenlijst vergoedingen mondzorg’. Voor een aantal prestaties, waarvan de codes in artikel 3.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering worden genoemd, geldt dat de kosten volledig worden vergoed tot de voornoemde maximale

tarieven. Voor de overige codes bedraagt de vergoeding – behoudens enkele prestaties die zijn uitgesloten van vergoeding – 80 percent.

- 9.2. De commissie is gebleken dat op de twee door verzoeker ter declaratie ingediende nota's met name codes staan die niet zijn vermeld bij de codes die op grond van artikel 3.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering voor 100 percent vergoeding in aanmerking komen. Deze codes zijn terecht vergoed tot maximaal 80 percent van de in de 'vergoedingenlijst vergoedingen mondzorg' genoemde maximale bedragen. Er is echter ook tweemaal de code E111 gefactureerd. Deze code valt wel onder de prestaties die voor volledige vergoeding tot de in de 'vergoedingenlijst vergoedingen mondzorg' opgenomen maximale bedragen in aanmerking komen. De commissie is gebleken dat de kosten van één van deze codes, ten bedrage van € 55,-, zijn vergoed tot een bedrag van € 40,-. Conform artikel 3.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoeker voor code E111 aanspraak op vergoeding van € 50,-, zodat nog € 10,- dient te worden nabetaald.

### **Gewekt vertrouwen**

- 9.3. Anders dan verzoeker stelt, is de commissie van oordeel dat in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering duidelijk is vermeld dat voor slechts een deel van de tandheeskundige prestaties aanspraak bestaat op volledige vergoeding tot maximaal het bedrag dat is opgenomen in de 'vergoedingenlijst vergoedingen mondzorg'. Voorts is op de website van de ziektekostenverzekeraar opgenomen dat de 100 percent vergoeding van de in de 'vergoedingenlijst vergoedingen mondzorg' vermelde maximale bedragen zich uitstrekt tot de meeste tandartskosten, te weten "consulten, preventie en vullingen inclusief verdovingen". Voor de overige kosten, inclusief techniekkosten, wordt evenwel 80 percent vergoed. Hierdoor is geen sprake van een bij verzoeker rechtens te honoreren gewekt vertrouwen dat aanspraak bestaat op een hogere vergoeding.

### **Conclusie**

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek deels dient te worden toegewezen, in die zin dat de vergoeding ter zake van code E111 dient te worden verhoogd tot € 50,-. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.5. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek deels toe.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 23 januari 2013,

Voorzitter