

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C, tegen
D te E en F te G
Zaak : Mondzorg, prothese
Zaaknummer : 2012.01069
Zittingsdatum : 7 november 2012

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

Mevrouw A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C,

tegen

1) D te E en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering T Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Ryaal is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de kosten van een frameprothese voor de onderkaak en van een volledige bovenprothese, ten bedrage van € 1.032,63 respectievelijk € 1.281,84 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een machtiging wordt verleend voor een volledige prothese.
- 3.2. De kosten van de bovenprothese zijn, behoudens de eigen bijdrage, vergoed. Bij brief van 5 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak, wat betreft de frameprothese, slechts tot een bedrag van € 342,80 wordt ingewilligd.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij telefonische mededeling van 3 november 2011, en brieven van 31 januari 2012, 26 maart 2012, en 19 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 12 juli 2012 heeft verzoekster 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 zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 september 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 september 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 28 september 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 22 oktober 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012111788) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een frameprothese een partiële gebitsprothese is, en deze niet valt onder de te verzekeren prestaties krachtens de Zorgverzekeringswet.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 23 oktober 2012 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 november 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 8 november 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 21 november 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend tandarts heeft met betrekking tot verzoekster het volgende verklaard: "(...) Bij [verzoekster] is de situatie in de mond zodanig dat een z.g. eenvoudige voorziening de rest van dentitie zal doen verdwijnen. Het is dan ook absoluut onzinnig om goede, be kroonde, elementen op te offeren door het plaatsen van een eenvoudige prothetische voorziening. Daarnaast is het zo dat door het gebruik van een frameprothese in de onderkaak de resorptie in die kaak aanmerkelijk trager zal

verlopen. Mede gezien de klachten van [verzoeksters] oor lijkt mij een partiële prothese juist een bron van verergering”.

- 4.2. Op 18 augustus 2011 zijn bij verzoekster een volledige bovenprothese en een frameprothese onder geplaatst.
- 4.3. Voorafgaand aan de behandeling is door de ziektekostenverzekeraar een machtiging afgegeven voor een volledige prothese, dat wil zeggen een boven- en onderprothese. Deze machtiging gold voor de destijds geoffreerde behandeling. De vergoeding zou voor 75% ten laste van de zorgverzekering plaatsvinden en voor het eventueel resterende gedeelte ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Tijdens de behandeling heeft de tandarts besloten onder een frameprothese te plaatsen. De ziektekostenverzekeraar stelt nu dat de frameprothese wordt vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, waarbij een maximumvergoeding geldt. Verzoekster is hier zowel door de tandarts als de ziektekostenverzekeraar niet over geïnformeerd. Eerst bij ontvangst van de factuur was dit voor haar kenbaar. De ziektekostenverzekeraar heeft haar telefonisch – in reactie op haar klacht – medegedeeld dat een frameprothese een “luxeproduct” is en dat deze om die reden niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 4.4. Volgens verzoekster kan van haar niet worden verwacht dat zij over de deskundigheid beschikt in te zien dat een frameprothese buiten de afgegeven machtiging valt en niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Haar behandelend tandarts heeft de opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat een frameprothese een “luxeproduct” is, ontkracht, en verklaard dat deze voorziening in haar geval medisch noodzakelijk is.
- 4.5. Verzoekster stelt dat haar situatie valt onder artikel 2.7 Bzv. De tandheelkundige behandeling was noodzakelijk om een tandheelkundige functie te behouden gelijkwaardig aan die welke zij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Verzoekster benadrukt dat zij aan MS lijdt, en dat deze ziekte onder meer klachten aan haar gebit veroorzaakt.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de communicatie met de ziektekostenverzekeraar niet goed is verlopen. Er is toestemming gevraagd en verkregen. Aan de tandarts is medegedeeld dat voor een frameprothese geen toestemming nodig is, omdat deze vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering zou worden betaald. Dit is echter niet aan verzoekster medegedeeld. Verzoekster kan zich er niet in vinden dat de tandarts haar dit had moeten mededelen. Dit gaat buiten zijn rol. Verzoekster brengt in dat het bedrag uit de aanvullende ziektekostenverzekering is opgesoupeerd aan andere tandartskosten. Indien zij eerder had geweten dat geen vergoeding zou plaatsvinden, hadden kosten kunnen worden voorkomen. Tot slot stelt verzoekster dat in het CVZ-advies niet wordt gerefereerd aan artikel 41 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering, terwijl dit artikel voor haar relevant is. De behandelend artsen hebben verwijsbrieven geschreven, hetgeen erop duidt dat de behandeling medisch noodzakelijk was.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op 25 maart 2011 is een machtiging voor een volledige gebitsprothese afgegeven. Op 4 april 2011 belde de behandelend tandarts van verzoekster met de afdeling Klantenservice, aangezien hij vergeten was te melden dat het om een frameprothese ging. Hierop is een aanvraagformulier naar de tandarts gezonden. Omdat de kosten van de frameprothese onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering vallen, was een machtigingsaanvraag niet nodig. Daarom is het formulier niet in behandeling genomen en ontving alleen de tandarts een korte schriftelijke reactie. Op 20 maart 2012 heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar contact gehad met de tandartsassistente. De assistente bevestigde dat de tandarts destijds de gevolgen van de keuze voor een “nieuwe” prothese met verzoekster heeft besproken.
- 5.2. De frameprothese wordt niet vergoed ten laste van de zorgverzekering. Er is geen sprake van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. Alleen een uitneembare volledige prothese komt voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking, en daar is in het onderhavige geval geen sprake van. Wel is een vergoeding mogelijk ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor het jaar 2011 heeft verzoekster deze maximale vergoeding van € 450,- per kalenderjaar echter al bereikt, zodat de resterende kosten voor haar rekening blijven. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de wenselijkheid van de frameprothese niet ter discussie staat. De behandelend tandarts bepaalt namelijk de medische indicatie.
- 5.3. Op 3 november 2011 heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact gehad met verzoekster om uit te leggen waarom de frameprothese niet onder de machtiging voor de volledige prothese valt. In dit gesprek is door de medewerker niet gezegd dat een frameprothese niet wordt vergoed omdat dit een “luxe-product” is. Als verzoekster de opmerking wel zo heeft opgevat, berust dit op een misverstand, waarvoor de ziektekostenverzekeraar verzoekster zijn excuses aanbiedt.
- 5.4. Verzoekster is volledig en juist geïnformeerd. Voorafgaand aan de behandeling, is haar op 17 februari 2011 per e-mail medegedeeld dat de kosten van een gedeeltelijke prothese voor 75% worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bovendien lag het op de weg van de tandarts om verzoekster correct te informeren, en indien hij dit heeft verzuimd, had verzoekster zelf navraag kunnen doen. Volgens de ziektekostenverzekeraar komt het voor risico van verzoekster dat zij geen kennis heeft genomen van de polisvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor verzoeksters persoonlijke situatie. Echter, als haar een onverplichte vergoeding zou worden toegekend, zou dit willekeurig ten opzichte van andere verzekerden opleveren. Om dit te voorkomen wordt niet overgegaan tot een coulancevergoeding.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat in de e-mail van 17 februari 2011 de vergoeding voor de volledige en de gedeeltelijke prothese is besproken, zodat verzoekster hieruit de vergoeding kon afleiden. Dit kon verzoekster ook uit de polisvoorwaarden opmaken. Een frameprothese is een gedeeltelijke prothese die niet vanuit de zorgverzekering kan worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar benadrukt voorts dat contact is opgenomen met de tandarts, en daarbij is gevraagd of het feit dat de frameprothese enkel voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking kwam, met verzoekster is besproken. Het

antwoord van de tandarts luidde bevestigend.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering en artikel 13 van de “Algemene voorwaarden” van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

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

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 42 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering.

De artikelen 36 tot en met 42 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg bestaat. Artikel 38 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering regelt de aanspraak op uitneembare volledige prothesen bij verzekerden vanaf 18 jaar, en luidt:

“Wij vergoeden de kosten van vervaardiging en plaatsing van:

- een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak;*
- een uitneembare volledige immediaatprothese;*
- een uitneembare volledige vervangingsprothese;*
- een uitneembare volledige overkappingsprothese.*

Wij vergoeden 75% van de kosten als u de prothese laat leveren en declareren door een tandarts of tandprotheticus. Wij vergoeden 100% van de kosten als u het repareren en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese laat leveren en declareren door een tandarts of tandprotheticus.

Voorwaarden

- Wanneer de prothese binnen 5 jaar wordt vervangen moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

- Wanneer de totale kosten van de prothetische voorziening inclusief techniekkosten bij vervaardiging en plaatsing door een tandarts hoger zijn dan € 600,- per onder- c.q. bovenkaak dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.”

Artikel 41 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, en luidt:

Wij vergoeden de kosten van een tandheelkundige behandeling in gevallen waarin:

- *u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;*
- *een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;*
- *u volgens de gevalideerde angstschalen zoals omschreven in de richtlijnen van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen. Voor extreem angstige verzekerde en de verzekerde met een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, geldt bij preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare (niet zijnde volledige) prothetische voorzieningen een wettelijke eigen bijdrage ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht voor zodanige behandeling als er geen sprake is van toepassing van dit artikel.*

Voorwaarden

- *De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.*
- *Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.*
- *U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.*

- 8.3. De artikelen 38 en 41 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.
- 8.5. 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.

8.6. In hoofdstuk 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is het volgende bepaald:

“Wij vergoeden aan verzekerden de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of een tandprotheticus. Voor verzekerden is de vergoeding van de aanvullende verzekering tandheelkunde een aanvulling op de vergoeding uit het (Keuze) Zorg Plan. Wij vergoeden bij een tandarts de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes) voor 100%.

(...)

Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor 75% wanneer u een T Start, T Extra of T Royaal heeft en voor 100% wanneer u een T Excellent heeft.

(...)

Vergoedingen:

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

Uitsluitingen:

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende codes:

- C70 en C75 (keuringsrapporten) en C90 (niet nagekomen afspraak);

- E97, E98 en E00 (uitwendig bleken van tanden en kiezen);

- G71, G72 en G73 (Mandibulair Repositie Apparaat (MRA));

- D-codes (orthodontie);

- Z-codes (abonnementen).

(...)

T EXTRA

- C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%;

- overige codes: 75%;

- totale vergoeding is maximaal € 450,- per verzekerde per kalenderjaar.

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Anders dan door verzoekster is gesteld, is bij haar geen sprake van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Ingevolge artikel 41 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering is namelijk vereist dat van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel sprake is, dat zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kan worden behouden of gekregen, gelijkwaardig aan die verzoekster gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Niet aannemelijk is geworden dat die situatie zich in het onderhavige geval voordoet. Vergoeding van de frameprothese op grond van deze bepaling is derhalve niet aan de orde.

9.2. De zorgverzekering biedt – in het kader van de reguliere tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar – aanspraak op vergoeding van de kosten van een volledige uitneembare prothese. Een en ander is geregeld in artikel 38 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering. Bij verzoekster zijn een bovenprothese en een frameprothese onder geplaatst. Een frameprothese is een partiële prothese, en derhalve niet aan te merken als een volledige uitneembare prothese in de zin van de zorgverzekering. Derhalve heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de frameprothese ten laste van de zorgverzekering.

De bovenprothese is behoudens de eigen bijdrage, bedoeld in artikel 38 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering, door de ziektekostenverzekeraar vergoed.

Verzoekster heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt onder meer aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts. De vergoeding bedraagt maximaal € 450,- per kalenderjaar. Niet in geschil is dat verzoekster voor het jaar 2011 reeds deze maximale vergoeding heeft bereikt. Derhalve heeft verzoekster geen aanspraak op een hogere vergoeding van de kosten van de frameprothese ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering dan het bedrag dat zij reeds heeft ontvangen.

Werking privaatrecht

- 9.4. Door verzoekster is gesteld dat de ziektekostenverzekeraar een machtiging heeft afgegeven voor vergoeding van de kosten van een volledige prothese ten laste van de zorgverzekering. Volgens verzoekster dient hieronder te worden verstaan de bovenprothese, alsmede de frameprothese onder. Voorts beroept zij zich erop dat haar is toegezegd dat de kosten, voor zover niet reeds gedekt onder de zorgverzekering, voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar betwist dit. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 maart 2011 een machtiging afgegeven voor een nieuwe, volledige prothese, waarbij is vermeld dat de vergoeding 75 percent bedraagt ten laste van de zorgverzekering. In voornoemde machtiging wordt opgemerkt dat eventuele resterende kosten mogelijk worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Tevens is vermeld dat verzoekster van de maximale vergoeding van de aanvullende ziektekostenverzekering tot nu toe € 0,- heeft gebruikt.
- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat op 4 april 2011 telefonisch contact heeft plaatsgevonden met de behandelend tandarts van verzoekster. Deze deelde mede dat onder een frameprothese bij verzoekster zou worden geplaatst, en dat hij dit in eerste instantie niet had vermeld. Hierop is een aanvraagformulier naar de tandarts gezonden, en na ontvangst van het ingevulde formulier heeft de ziektekostenverzekeraar de tandarts bericht dat de kosten van de frameprothese voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Een machtigingsaanvraag was niet nodig.
- 9.7. In augustus 2011 heeft de behandeling plaatsgevonden, en in september 2011 ontving verzoekster een factuur. Toen bleek dat de frameprothese niet werd vergoed. De commissie constateert dat bij de aanvankelijke machtigingsaanvraag sprake was van een volledige onder- en bovenprothese en dat de aanvraag ook zo door de ziektekostenverzekeraar is geïnterpreteerd. Dat de tandarts vervolgens heeft besloten onder een frameprothese te plaatsen, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Het lag op de weg van de tandarts verzoekster hierover te informeren en haar ook in te lichten over de financiële consequenties van deze beslissing. Kennelijk is dat niet gebeurd. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering had verzoekster aanspraak op gedeeltelijke vergoeding van de kosten van de frameprothese onder. Vanwege de toepasselijke maximumvergoeding van € 450,- zou echter alleen uitkering kunnen

plaatsvinden indien er voor zover nog geen – andere – kosten van tandheelkundige zorg waren vergoed. Verzoekster was bekend met deze beperking in de dekking, althans mocht hiermee bekend worden verondersteld. Dit geldt te meer nu zij wist dat voor de bovenprothese een eigen bijdrage van toepassing was en deze mogelijk ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering zou worden vergoed, en dus in mindering zou komen op de maximumvergoeding.

Conclusie

9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 december 2012,

Voorzitter