

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202201964

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 838,36 van hem vordert in verband met overschrijding van de maximale vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering in 2021.

De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de tandarts van verzoeker een rechtmatige declaratie heeft ingediend voor de behandeling op 24 september 2021 en dat de vordering vanwege overschrijding van bedoelde maximale vergoeding daarom terecht is. Over 2020 had de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 654,70 bij verzoeker in rekening gebracht in verband met overschrijding van de maximale vergoeding in 2020. Ten gevolge van een door de tandarts ingediende creditfactuur heeft verzoeker recht op teruggave van genoemd bedrag en daarom heeft de ziektekostenverzekeraar dit in mindering gebracht op een bedrag van € 1.493,06 dat bij verzoeker in rekening is gebracht voor overschrijding van de maximale vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering in 2021, waardoor een bedrag van € 838,36 resteert dat verzoeker dient te betalen in verband met de overschrijding van de maximale vergoeding voor 2021 uit de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 1.2. De commissie overweegt allereerst dat zij niet kan treden in de rechtsverhouding tussen verzoeker en zijn tandarts. Indien verzoeker meent dat behandelingen onjuist zijn gedeclareerd, dient hij dit met de tandarts op te nemen. Een en ander valt buiten dit geschil. De commissie overweegt verder dat na correctie door verzoeker voor 2020 een bedrag onverschuldigd is betaald. Het geschil blijft beperkt tot 2021. Door de ziektekostenverzekeraar is een overzicht overgelegd waaruit blijkt welke bedragen in 2021 bij hem zijn gedeclareerd en welke bedragen volledig of deels zijn vergoed. Volgens het overzicht is namens verzoeker een totaalbedrag van € 2.743,06 gedeclareerd. De overschrijding van de maximale vergoeding (€ 1.250,-) bedraagt € 1.493,06. Dit bedrag - minus € 654,70 in verband met een gecrediteerde factuur uit 2020 - is door de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker in rekening gebracht. De stelling van verzoeker dat zijn tandarts de nota voor de behandeling op 24 september 2021 had moeten crediteren treft geen doel. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat op 24 september 2021 twee implantaten zijn aangebracht. Dit blijkt volgens hem uit de behandelkaart, telefoongesprekken met de tandarts en röntgenfoto's. Verzoeker heeft deze stelling niet gemotiveerd bestreden, zodat de commissie

als vaststaand aanneemt dat de declaratie van 30 september 2021 voor de behandeling van 24 september 2021 juist is. Dit betekent dat het per saldo verschuldigde bedrag van € 838,36 (€ 1.493,06 - 654,70) vanwege overschrijding van de maximale vergoeding uit de aanvullende ziektekostenverzekering in 2021 door de ziektekostenverzekeraar terecht bij verzoeker in rekening is gebracht. De commissie wijst het verzoek af.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 9 november 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Bij brief van 14 januari 2024 is het telefonisch (intake)gesprek met verzoeker, waarin hij zijn verzoek nader heeft toegelicht, bevestigd. Op 18 november 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 31 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 februari 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 3 maart 2024 opgemerkt dat hij van zowel de ziektekostenverzekeraar als de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar niets heeft vernomen over de stand van zaken in zijn incassoprocedure. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 6 maart 2024 hierop gereageerd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 april 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 en 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Tevens werd ten behoeve van verzoeker in 2020 de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Tandfit module D en in 2021 ONVZ Tandfit module C (hierna de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten. De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit en ONVZ Wereldfit zijn niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijven.
- 3.2. Verzoeker heeft in 2020 een bedrag van € 654,70 aan de ziektekostenverzekeraar betaald in verband met overschrijding van de maximale vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering in dat jaar. Later is de bij de ziektekostenverzekeraar ter zake gedeclareerde factuur door de tandarts gecrediteerd. De tandarts heeft hierop een nieuwe declaratie, voor een behandeling in 2021, bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Omdat opnieuw sprake was van overschrijding van de maximale vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering, maar nu in 2021, heeft de ziektekostenverzekeraar € 838,36 van verzoeker gevorderd. Verzoeker heeft de juistheid van deze vordering bestreden.
- 3.3. Bij brief van 20 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij contact heeft opgenomen met de tandarts met de vraag of de declaratie met behandeldatum 24 september 2021 juist is. Van de tandarts is hierop een bevestiging ontvangen. Daarmee is de vordering volgens de ziektekostenverzekeraar terecht.

3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 24 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Standpunt verzoeker**

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 838,36 van hem vordert in verband met overschrijding van de maximale vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering in 2021.

4.2. In zijn brief van 21 november 2022 heeft verzoeker verklaard dat zijn tandarts een behandeling in 2021 heeft gedeclareerd die niet is uitgevoerd. Bij het corrigeren hiervan - het crediteren van de factuur - heeft de tandarts volgens verzoeker een verkeerde datum gehanteerd. Volgens verzoeker vordert de ziektekostenverzekeraar nu tweemaal een bedrag van hem wegens overschrijding van de maximale vergoeding uit de aanvullende ziektekostenverzekering, namelijk in 2020 en 2021. Verzoeker stelt verder dat de ziektekostenverzekeraar heeft gedreigd de dekking van de aanvullende verzekering in te trekken, maar hij wijst erop dat de aanvullende ziektekostenverzekering niet mag worden beëindigd met ingang van 2022, omdat het geschil de facturen uit 2020 en 2021 betreft. Er was geen sprake is van een premieachterstand.

4.3. Verzoeker licht in zijn e-mailbericht van 1 juni 2023, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, toe dat in september 2021 bij hem één implantaat (ter plaatse van element 36) is aangebracht. Hij verklaart dat de tandarts toen evenwel drie implantaten heeft gedeclareerd met als reden dat de beide andere ook nog moesten worden aangebracht. Verzoeker wilde echter wachten met de andere twee implantaten, omdat hij anders over de maximale vergoeding van de aanvullende ziektekostenverzekering zou gaan en ook omdat hij slechte ervaring had met het eerste implantaat. Eerst na lang aandringen bij zijn tandarts heeft deze uiteindelijk op 21 maart 2022 een creditfactuur van € 1.651,71 opgesteld. Volgens verzoeker is hiermee de foutieve factuur gecorrigeerd en zou hij daarmee ruim onder de maximale vergoeding van 2021 blijven. Verzoeker stelt nu dat de tandarts een verkeerde datum heeft gebruikt voor de creditfactuur en dat de terugbetaling om die reden niet door de ziektekostenverzekeraar wordt geaccepteerd. Het bedrag wordt daarom ook niet teruggestort aan zijn tandarts of aan hem. Verzoeker verklaart dat hij niet begrijpt waarom hij steeds weer wordt aangemaand over het teveel gedeclareerde bedrag in 2021. Hij wil niet twee keer betalen.

4.4. Verzoeker heeft in zijn brief van 9 november 2023, gericht aan de commissie, verklaard dat hij het onbegrijpelijk vindt dat de ziektekostenverzekeraar erkent dat de tandarts de foutieve factuur heeft gecrediteerd en dat verzoeker daardoor in 2020 binnen de maximale vergoeding van zijn aanvullende ziektekostenverzekering blijft, maar desalniettemin volhoudt dat deze maximale vergoeding werd overschreden. Verzoeker wenst excuses van de ziektekostenverzekeraar en hij wil dat zijn naam wordt gezuiverd. Hij is het er niet mee eens dat hij van iets wordt beschuldigd, terwijl de oorzaak ligt in het onjuist crediteren van een factuur door de tandarts.

4.5. Verzoeker heeft met zijn e-mailbericht van 15 januari 2024 twee bijlagen gestuurd. Het incassobureau heeft hem verzocht de vordering vóór 20 januari 2024 te betalen of hiervoor een betalingsregeling te treffen. Verzoeker heeft het incassobureau verzocht de vordering aan te houden tijdens de procedure bij de commissie.

4.6. Ter zitting heeft verzoeker meegedeeld dat hij aan de schriftelijke stukken niets heeft toe te voegen. Hij merkt op dat hij het erg vervelend vindt dat de ziektekostenverzekeraar het incassobureau heeft ingeschakeld. Verzoeker verklaart, daarnaar door de commissie gevraagd, dat het bedrag van € 838,36 ten onrechte in rekening wordt gebracht. In 2020 zijn ter voorbereiding op het plaatsen van implantaten, twee kiezen en een oud implantaat verwijderd. Tijdens de vervolgbehandeling in september 2021 zou ter plaatse van het verwijderde implantaat een nieuw implantaat worden geplaatst, dat al in 2020 was betaald. Ook zouden

nog twee andere implantaten worden geplaatst. De vervolgbehandeling zat tegen en daarom is maar één implantaat linksom geplaatst. Volgens verzoeker heeft de tandarts de twee niet geplaatste implantaten wel gedeclareerd. Verzoeker heeft verder verklaard dat uiteindelijk de tandarts de declaratie heeft gecrediteerd, waarbij het bedrag is teruggestort aan de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft verklaard dat hij voor 2021 het maximumbudget van de aanvullende ziektekostenverzekering overschreed, waardoor hij € 838,36 zelf moet betalen. Volgens hem is dit onterecht, want de ziektekostenverzekeraar heeft het immers teruggestort gekregen.

Verzoeker licht toe dat het implantaat rechtsboven (element 16) niet is geplaatst, maar wel in rekening is gebracht. Hij heeft de tandarts daarop aangesproken, maar de tandarts heeft hem verteld dat alle behandelingen ineens gedeclareerd moesten worden. Verzoeker heeft verder verklaard dat hij het bedrag van € 654,70 over 2020 heeft betaald. Hij is het er niet mee eens dat de tandarts een factuur crediteert, maar dat bij hem niets is gecrediteerd. Dat het bedrag van € 654,70 door de ziektekostenverzekeraar in mindering is gebracht op de overschrijding van het maximumbudget vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering in 2021 is volgens hem juist het probleem. Het gaat namelijk niet om 2020, maar om 2021. Hij heeft verklaard dat 2020 is afgerond en dat hij het door de tandarts gecrediteerde bedrag teruggestort wil krijgen over 2021. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij tegen het overleggen van zijn behandelkaart door de ziektekostenverzekeraar aan de commissie geen bezwaar heeft. Verzoeker merkt tot slot op dat hij de tandarts nooit heeft gevraagd een fictieve nota op te stellen. Hij vindt het erg vervelend als fraudeur te worden bestempeld.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij, nadat verzoeker vragen stelde over tandheelkundige declaraties, onderzoek heeft gedaan naar welke behandeling op welke datum is uitgevoerd. Bij e-mailbericht van 22 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hierover contact is opgenomen met de tandarts. De ziektekostenverzekeraar heeft de tandarts specifiek gevraagd naar de bij de ziektekostenverzekeraar door hem gedeclareerde nota's met behandeldatum 9 november 2020 en 23 november 2020, die later zijn gecrediteerd, en waarvoor een nieuwe declaratie met behandeldatum 24 september 2021 is ingediend. De ziektekostenverzekeraar stelt dat volgens de tandarts op 23 november 2020 geen behandeling heeft plaatsgevonden, maar dat in samenspraak met verzoeker wel een declaratie is ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft van de tandarts een aan deze laatste gericht e-mailbericht van verzoeker hierover ontvangen. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de tandarts de declaratie gecrediteerd en hierna een nieuwe declaratie bij hem ingediend met behandeldatum 24 september 2021, waarvan verzoeker bij het contact met de ziektekostenverzekeraar op 24 oktober 2021 heeft gesteld dat op die datum geen behandeling heeft plaatsgevonden.
- 5.2. Bij brief van 24 augustus 2023, tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat na het uitgevoerde (fraude)onderzoek is vastgesteld dat verzoeker eind 2020 aan zijn tandarts heeft gevraagd een factuur op te stellen voor nog niet uitgevoerde behandelingen. Hiermee wilde verzoeker de maximale financiële ruimte uit de aanvullende ziektekostenverzekering gebruiken. Het betrof hierbij een (fictieve) factuur van € 1.699,22 voor een behandeling op 23 november 2020, waarbij één implantaat ter plaatse van element 16 zou zijn aangebracht. Het gedeclareerde bedrag van de (fictieve) factuur is destijds volledig vergoed aan de tandarts, maar in verband met overschrijding van de maximale vergoeding over 2020, is bij verzoeker € 654,70 in rekening gebracht. Op 24 september 2021 zijn door de tandarts ter plaatse van de elementen 26 en 36 implantaten aangebracht. De declaratie door de tandarts van deze behandeling had tot gevolg dat bij verzoeker een bedrag van € 1.493,06 in rekening is gebracht vanwege overschrijding van de maximale vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering in 2021. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker de tandarts toen verzocht de nota voor de behandeling van 24 september 2021 (deels) te crediteren en deze te verrekenen met de nota voor de niet uitgevoerde behandeling van

23 november 2020. De tandarts heeft dit geweigerd, omdat op 24 september 2021 daadwerkelijk twee implantaten zijn aangebracht. In plaats daarvan heeft de tandarts de (fictieve) factuur voor de niet uitgevoerde behandeling van 23 november 2020 gecrediteerd. De ziektekostenverzekeraar heeft een overzicht opgesteld en overgelegd waarop is te zien welke bedragen zijn gecrediteerd, welke bedragen door hem zijn vergoed en welke bedragen bij verzoeker in rekening zijn gebracht.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft een onderzoek verricht door middel van inzage in de patiëntenkaart, telefoongesprekken met de tandarts en speciaal voor dit doel vervaardigde röntgenfoto's en stelt dat vaststaat dat op 24 september 2021 twee implantaten in de kaak van verzoeker zijn aangebracht. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat de tandarts een rechtmatige factuur voor de behandeling op 24 september 2021 heeft gedeclareerd. Door het crediteren van de (fictieve) factuur voor de behandeling op 23 november 2020 is het bij verzoeker in rekening gebrachte en door hem betaalde bedrag van € 654,70 weer vrijgevallen. Dit bedrag is niet op de bankrekening van verzoeker gestort, maar in mindering gebracht op het bedrag van € 1.493,06 dat bij hem in rekening is gebracht in verband met overschrijding van de maximale vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering in 2021 (voor de behandelingen op 24 september en 9 november 2021). De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker hierdoor per saldo nog € 838,36 is verschuldigd. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan een specificatie overgelegd. Hij verklaart verder dat tijdens de procedure bij de commissie de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker niet wordt beëindigd en dat de incasso van de € 838,36 voorlopig is opgeschort.
- 5.4. Met zijn brief van 31 januari 2024, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar een verkort overzicht van het onderzoek gestuurd. De ziektekostenverzekeraar stelt dat sprake is van misleiding door de zorgverlener en verzoeker. Verder verklaart de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker op 9 november 2023 telefonisch nadrukkelijk aan hem heeft verzocht de blokkade op de vordering op te heffen, omdat verzoeker niet naar de commissie wilde. De incasso is daarom toen weer opgestart en de ziektekostenverzekeraar heeft hem verzocht binnen 14 dagen de vordering te voldoen. Dit heeft verzoeker niet gedaan. Om deze reden is de vordering destijds overgedragen aan het incassobureau. Hierdoor is factuur 24009435 van 15 januari 2024 ontstaan. Het incassobureau houdt op dit moment het dossier aan. De ziektekostenverzekeraar verklaart voorts dat verzoeker zijn verzekering in december 2023 heeft beëindigd en met ingang van 2024 niet meer bij hem is verzekerd.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, nog toegelicht dat hij na de Ombudsfase bij de SKGZ verzoeker in oktober 2023 heeft gesproken. Verzoeker heeft destijds uitdrukkelijk gevraagd het incassotraject voort te zetten, omdat hij niet naar de commissie wilde. Verzoeker moest dan binnen 14 dagen de vordering betalen. Dat heeft hij niet gedaan en daarom is door de ziektekostenverzekeraar het incassobureau ingeschakeld. Nu verzoeker de procedure bij de commissie is gestart, heeft de ziektekostenverzekeraar het incassobureau opdracht gegeven de vordering aan te houden totdat de commissie haar bindend advies heeft gegeven. Het incassotraject heeft tot nu toe geen gevolgen voor verzoeker. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de behandelkaart en röntgenfoto's heeft opgevraagd bij de tandarts en een telefoongesprek met hem heeft gevoerd. De adviserend tandarts heeft meegedeeld dat verzoeker toestemming moet geven om dit stuk aan de commissie te overleggen. De adviserend tandarts heeft verder verklaard dat op verzoek van verzoeker in 2020 door de tandarts een fictieve nota is opgesteld voor het aanbrengen van een implantaat rechtsboven in de kaak (element 16). Deze nota was hoger dan de ruimte binnen de aanvullende ziektekostenverzekering. De overschrijding van het budget - een bedrag van € 654,70 - is bij verzoeker in rekening gebracht. In september 2021 zijn implantaten aan de linkerzijde in de boven- en onderkaak aangebracht. Linksboven een 2-fase implantaat en linksonder een 1-fase implantaat (elementen 26 en 36). Deze behandelingen zijn daadwerkelijk uitgevoerd en door de tandarts in rekeningen gebracht. Dat deze behandelingen zijn uitgevoerd heeft de adviserend tandarts vastgesteld aan de hand van de behandelkaart, waarop de lotnummers van de implantaten zijn genoteerd, aan de hand van röntgenfoto's en een

telefoongesprek met de tandarts. Tijdens dit gesprek bleek voorts dat de nota uit 2020 fictief was. Ook uit de behandelkaart blijkt dat het aanbrengen van het implantaat rechtsboven (element 16) niet heeft plaatsgevonden. De adviserend tandarts heeft gesteld dat hij geen reden ziet de behandelkaart, de röntgenfoto's en het telefoongesprek met de tandarts in twijfel te trekken. Daarnaast expliciet door de commissie gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de tandarts via Infomedics een bedrag van € 1.651,72 over 2020 heeft gecrediteerd.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 78 van de Algemene regels 2020 en artikel 79 van de Algemene regels 2021 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikel 6:203 BW zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies.
- 7.2. Verzoeker heeft gesteld dat zijn tandarts een behandeling in 2021 heeft gedeclareerd die niet heeft plaatsgevonden en dat de tandarts na een verzoek daartoe, een factuur met een andere, onjuiste datum, heeft gecrediteerd. De commissie stelt vast dat zij niet kan treden in de rechtsverhouding tussen verzoeker en zijn tandarts. Indien verzoeker meent dat behandelingen onjuist zijn gedeclareerd, dient hij dit met de tandarts op te nemen. Een en ander valt buiten dit geschil.
- 7.3. De commissie stelt vervolgens vast dat in 2020 door de tandarts bij de ziektekostenverzekeraar kosten zijn gedeclareerd voor behandelingen die bij verzoeker zijn uitgevoerd. Deze kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Tussen partijen staat niet ter discussie dat de verleende vergoeding meer bedroeg dan het in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering opgenomen maximum. In verband hiermee werd bij verzoeker € 654,70 in rekening gebracht en dit bedrag is door hem kennelijk voldaan. Gelet op de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde verklaringen van de tandarts werd de nota met behandeldatum 23 november 2020 ten onrechte ingediend, en heeft om die reden de tandarts op een later moment een creditnota aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Het logische gevolg hiervan is dat verzoeker het bedrag van € 654,70 onverschuldigd heeft betaald.
- 7.4. Het geschil blijft daarmee beperkt tot de bij de ziektekostenverzekeraar ingediende nota's uit 2021, en dan met name de nota voor de behandeling op 24 september 2021, die volgens verzoeker niet heeft plaatsgevonden. Met betrekking hiertoe geldt het volgende. In de Algemene regels en Vergoedingen 2021 die horen bij de aanvullende ziektekostenverzekering is vanaf pagina 131 de tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar geregeld. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering wordt tot maximaal € 1.250,- vergoed, waarvan maximaal € 250,- voor preventieve mondzorg is. De ziektekostenverzekeraar heeft een overzicht aan de commissie overgelegd waaruit blijkt welke bedragen in 2021 zijn gedeclareerd en welke bedragen volledig of deels zijn vergoed. Hieruit valt op te maken dat namens verzoeker een totaalbedrag van € 2.743,06 is gedeclareerd ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De overschrijding van de maximale vergoeding voor 2021 bedraagt daarmee € 1.493,06. Zoals onder 7.3 is overwogen werd door verzoeker - na correctie - in 2020 een bedrag van € 654,70 onverschuldigd betaald en heeft verzoeker recht op teruggave hiervan. Omdat hij evenwel tot verrekening bevoegd was, mocht de ziektekostenverzekeraar genoemd bedrag in mindering brengen op hetgeen door hem teveel werd uitgekeerd voor 2021, te weten € 1.493,06, waardoor een bedrag van € 838,36 resteert dat verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar dient te betalen.

- 7.5. De stelling van verzoeker dat zijn tandarts de nota voor de behandeling op 24 september 2021 had moeten crediteren treft geen doel. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat op die datum bij verzoeker twee implantaten zijn aangebracht, ter plaatse van element 26 en 36. Dit blijkt volgens hem uit de patiëntenkaart, telefoongesprekken met de tandarts en röntgenfoto's. Verzoeker heeft bevestigd dat een implantaat ter plaatse van element 36 is aangebracht. Voor het overige heeft hij de stelling van de ziektekostenverzekeraar niet gemotiveerd bestreden, zodat de commissie als vaststaand aanneemt dat de declaratie van 30 september 2021 voor de behandeling van 24 september 2021 juist is. Dit betekent dat het per saldo verschuldigde bedrag van € 838,36 vanwege overschrijding van de maximale vergoeding uit de aanvullende ziektekostenverzekering in 2021 door de ziektekostenverzekeraar terecht bij verzoeker in rekening is gebracht.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 mei 2024,

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 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 aanvullende ziektekostenverzekering

Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar

Voor een goed gebit in een gezonde mond.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Beperkt, volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese, Fronttandvervangning en Bijzondere tandheelkunde
Startfit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 1.600 algemene tandheelkundige zorg Max. per kalenderjaar
Tandfit A	€ 200, waarvan max. € 75 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandfit B	€ 500, waarvan max. € 150 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandfit C	€ 1.250, waarvan max. € 250 preventieve mondzorg (M-codes) Max. per kalenderjaar
Tandfit Preventief	<ul style="list-style-type: none">• controle en preventie volledig• andere tandheelkundige zorg: € 2.000, waarvan max. € 300 voor vullingen• elektrische tandenborstel + opzetborsteltjes <p>Vergoedingen: max. per kalenderjaar Tandenborstel: 1 per 3 jaar Opzetborsteltje: 1 per kwartaal</p> <p>Geen vergoeding voor: kronen, bruggen, wortelkanaalbehandelingen, implantaten en protheses</p>

Wat u vergoed krijgt

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoedt de basisverzekering alleen de kaakchirurg, het kunstgebit, fronttandvervangning en bijzondere tandheelkunde. Waar u recht op heeft staat in die vergoedingen. De meeste 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist en orthodontie vergoedt de basisverzekering niet.

De aanvullende verzekeringen Superfit en Tandfit A, B, C en Preventief vergoeden algemene tandheelkundige zorg wel als u 18 jaar of ouder bent. De vergoedingen staan hieronder, per verzekering. De codes tussen haakjes staan op de nota van de tandarts. Voor orthodontie geldt een andere vergoeding.

Superfit

Superfit vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.600 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet.

Tandfit A

Tandfit A vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 200 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 75 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit B

Tandfit B vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 500 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 150 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit C

Tandfit C vergoedt algemene tandheelkundige zorg (inclusief materiaal- en techniekkosten), tot maximaal € 1.250 per kalenderjaar. Een eigen bijdrage die u betaalt voor een kunstgebit of bijzondere tandheelkunde valt hier ook onder, maar orthodontie niet. Van de totale vergoeding kunt u maximaal € 250 besteden aan preventieve mondzorg (M-codes¹), zoals gebitsreiniging.

Tandfit Preventief

Tandfit Preventief vergoedt deze preventieve behandelingen:

- controle (C11²)
- consult (C13)
- aanvullende anamnese (C22)
- toeslag voor behandeling thuis (C80)
- preventieve voorlichting (M01)
- evaluatie van preventie (M02)
- gebitsreiniging (M03)
- fluoridebehandeling (M40)
- onderzoek bacteriën en enzymen (M32)
- röntgenfoto (X10) of beoordelen daarvan (X11), maar niet voor orthodontie
- sealing (aanbrengen van een beschermlaag) (V30, V35)

Tandfit Preventief vergoedt ook de meeste andere codes voor tandheelkundige zorg³, tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar. Van dat bedrag kunt u maximaal € 300 besteden aan vullingen (V-codes) en tandvleesbehandelingen (parodontologie, T-codes) samen. Had u in 2019 ook Tandfit Preventief? Dan geldt de beperking voor vullingen en tandvleesbehandelingen niet voor u. Ze worden dan samen met de andere codes tot € 2.000 vergoed.

En: bij Tandfit Preventief krijgt u 1 keer per 3 jaar een elektrische tandenborstel, en elk kwartaal een nieuw opzetborsteltje.

Tandfit Preventief vergoedt niet (zorg die te maken heeft met):

- kronen, bruggen en inlays⁴
- kunstgebit
- implantaten
- wortelkanaalbehandeling
- orthodontie

Voor Superfit, Tandfit A, B, C en Preventief geldt:

Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose (A20)
- uitwendig bleken (E97)
- facings (V15, R78, R79)
- behandeling van witte vlekken (M80, M81)
- MRA⁵ (mandibulair repositie apparaat) (G71, G72, G73)
- gebits- en mondbeschermer (M61)

Ongeval?

Heeft u een ongeval gehad en is uw gebit beschadigd? Er is een aparte vergoeding voor tandheelkundige zorg na een ongeval.

¹ M01 preventieve voorlichting
M02 evaluatie van preventie
M03 gebitsreiniging
M30 behandelen gevoelige tandhalzen
M32 onderzoek bacteriën/enzymen
M40 fluoridebehandeling

² De codes tussen haakjes staan op de nota van de tandarts

³ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

⁴ Op maat gemaakte vullingen

⁵ Dit valt onder de vergoeding MRA

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Voor deze tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als een behandeling alleen cosmetisch is, of als u een zorgafpraak niet nakomt ('no show').

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Tandheelkundige zorg na een ongeval

Een bal tegen uw gezicht bij het sporten. Een ongeluk met de fiets.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Sommige gevallen Uit vergoeding Tandheelkundige zorg tot 18 jaar, of vanaf 18 jaar volgens vergoedingen Kaakchirurgie, Gebitsprothese en Bijzondere tandheeskunde
Startfit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	Geen vergoeding
Superfit	€ 5.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
OntzorgPlus	€ 10.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit A	€ 2.500 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit B	€ 5.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit C	€ 5.000 Max., 1 ongeval per kalenderjaar
Tandfit Preventief	€ 10.000

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 203

1. Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
2. Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.
3. Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan.