



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten, kronen
Zaaknummer : 201601503
Zittingsdatum : 18 januari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basispolis Basic (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 Comfort 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 afgesloten 50+ Actief Polis biedt geen dekking voor het gevraagde en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een kaakchirurgische behandeling waarbij het kaakbot wordt verhoogd alsmede op het plaatsen van twee implantaten en de twee hierop te aan te brengen kronen. Bij brief van 23 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kaakbotopbouw zal worden vergoed. De eveneens aangevraagde implantaten en kronen (hierna: de aanspraak) zijn echter afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 juni 2016 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 26 september 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 december 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 december 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 8 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 19 december 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016136402) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. Het Zorginstituut licht zijn advies als volgt toe: *"Bij de verzekerde zijn in het verleden twee kiezen verwijderd. Hij wenst thans ter plaatse implantaatgedragen kronen. Tandheelkundige hulp voor volwassenen (zoals in casu) maakt geen deel uit van de te verzekeren prestatie krachtens de Zorgverzekeringswet. Dit kan slechts anders zijn bij een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. De adviserend tandarts van verweerder heeft vastgesteld dat daarvan geen sprake is. Daarnaast dient er sprake te zijn van een zeer ernstig geslonken tadeloze kaak. En ook daarvan is geen sprake. Verzoeker voldoet daarom niet aan de indicatievoorwaarde die in artikel 10 en 12 van de polis is opgenomen. Naar het oordeel van de tandheelkundig adviseur heeft de zorgverzekeraar de regelgeving in deze zaak juist toegepast."*
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 18 januari 2017 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 20 januari 2017 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. Daarnaast heeft de commissie het Zorginstituut erop gewezen dat in het voorlopig advies is vermeld dat naast het ontbreken van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde sprake dient te zijn van een zeer ernstig geslonken tadeloze kaak. Naar mening van de commissie volgt uit artikel 2.7 Bzv niet dat voornoemde voorwaarden cumulatief zijn.
In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 30 januari 2017 aan de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. In reactie op bovenstaande opmerking van de commissie heeft het Zorginstituut het volgende medegedeeld: *"De aanvullende vragen met betrekking tot de indicatie voor bijzondere tandheelkunde, hebben wij voorgelegd aan onze tandheelkundig adviseur. Deze merkt op dat tandheelkundige implantaten voor volwassen verzekerden slechts onder de zorgverzekering kunnen vallen indien er een indicatie bestaat tot bijzondere tandheelkundige hulp. Dat er sprake dient te zijn van een ernstig geslonken tadeloze kaak dient niet als cumulatief vereiste te worden gezien ten opzichte van deze indicatie."*
Een afschrift van dit advies is op 1 februari 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De kaakchirurg heeft ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor botopbouw in de betande (onder)kaak. Het betreft zorgactiviteit 235010: "Exc.

torus palatinus of mandibularis, grote alveolotomie en/of corr. linea mylohyoidea of processus alveolaris per kaak - uitgevoerd als verricht. met lagere puntwaarde icm andere zorgactiviteit(en)."

- 4.2. Verzoeker heeft een aangeboren asymmetrische kaak. Hierdoor heeft hij altijd last gehad van zijn linker kaakgewricht. Rond zijn vijftigste levensjaar kreeg verzoeker aan de linkerkant meer problemen met kauwen, daarom is hij hierbij steeds meer de rechterkant gaan gebruiken. Behandelingen, zoals fysiotherapie, hebben niet - blijvend - het gewenste resultaat gehad. Verzoeker merkt op dat hij een aantal jaren is behandeld in het ACTA te Amsterdam. Op enig moment moesten twee kiezen aan de rechterzijde worden getrokken vanwege een niet goed uitgevoerde wortelkanaalbehandeling. Verzoeker kan als gevolg hiervan ook rechts niet (goed) meer kauwen. Hierdoor was verzoeker meerdere keren gedurende een aantal weken op vloeibaar voedsel aangewezen. Ook heeft verzoeker in 2015 een aangezichtsverlamming gehad aan de linkerzijde, waardoor eten enige tijd onmogelijk was. Daarnaast heeft verzoeker een chronisch slikprobleem waarvoor hij al jaren onder behandeling is van een KNO-arts. Als gevolg hiervan kan verzoeker niets in zijn mond verdragen. Daarom is een plaatje ter vervanging van de ontbrekende kiezen geen optie.
- 4.3. Verzoeker vindt het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar wél de botopbouw heeft vergoed - al dan niet uit coulance -, maar de kosten van de vervolgbehandelingen niet wil vergoeden. Verzoeker was aanvankelijk van plan om eerst de kosten van de implantaten te laten vergoeden ten laste van zijn aanvullende ziektekostenverzekering, dan in het hierop volgende jaar de kosten van één kroon, en het jaar daarna de kosten van de tweede kroon. Echter, volgens de behandelend tandarts is het noodzakelijk enig restauratiewerk aan de ondertanden te laten verrichten om de beet optimaal te maken. De kosten hiervan bedragen ongeveer € 500,--. Hierdoor lopen de kosten zo op dat verzoeker de behandeling niet meer zelf kan bekostigen. Bovendien kan verzoeker - gezien de onderhavige procedure - eerst in 2017 beginnen met de behandeling, waardoor alles één jaar wordt opgeschoven. Hierdoor zou hij deze pas in 2020 kunnen afronden.
- 4.4. Verzoeker wenst volledige vergoeding van de door hem aangevraagde behandeling, mede gezien het feit dat hij de afgelopen acht jaren geen vergoeding heeft gehad voor kronen of vergelijkbare tandheelkundige verrichtingen. Hij merkt hierbij op dat de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak biedt op een vergoeding van € 1.000,-- per kalenderjaar.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat op zijn kinderfoto's geen scheef gezicht is te zien. Dit zal later zijn ontstaan, bijvoorbeeld door een val. Hij heeft de ziekte van Bell gehad en was toen aangewezen op vloeibaar voedsel. Zijn gebit is door dit alles achteruit gegaan. De botopbouw wordt nu vergoed door de ziektekostenverzekeraar, maar de rest van de behandeling niet. Verzoeker is gebleken dat de zorgverzekering deze kosten niet dekt. Hij heeft echter ook een aanvullende ziektekostenverzekering met een dekking van € 1.000,- per jaar. De totale kosten komen echter op ongeveer € 4.000,--. Gegeven de maximale vergoeding kan de behandeling pas worden afgerond als hij 75 is. De ziektekostenverzekeraar had kunnen meedenken. Verzoeker is bereid de komende vier jaar de aanvullende ziektekostenverzekering voort te zetten, waarbij de dekking van deze jaren in één jaar wordt gebruikt. Dit leidt niet tot extra kosten voor de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft in de tijd dat hij werd behandeld door het ACTA ervaren dat er speciale potjes zijn voor bijvoorbeeld spastici en mensen met het syndroom van Down. Overigens heeft hij zijn kiezen niet laten trekken; deze vielen er bijna vanzelf uit. Thans is het enige alternatief alle elementen te laten trekken en een implantaatbehandeling te ondergaan. Verzoeker merkt op dat uit het feit dat de botopbouw wordt vergoed, valt op te maken dat er iets aan de hand is met zijn gebit, en dat dit ook door de ziektekostenverzekeraar wordt erkend. Door het slinken van de botopbouw heeft hij nog een jaar moeten wachten, anders had hij de eerste € 1.000,- uit de aanvullende ziektekostenverzekeraar vorig jaar al kunnen besteden. Verzoeker merkt voorts op dat hij niet van verzekeraar kan wisselen en zich in zijn lot moet schikken. Zijn kaak is overbelast.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker heeft geen indicatie voor het plaatsen van implantaten en kronen ten laste van de zorgverzekering, omdat geen sprake is van een indicatie die aanspraak geeft op bijzondere tandheelkunde. Aan verzoeker is wél toestemming verleend voor de botopbouw van de onderkaak. Deze toestemming geeft evenwel niet tevens recht op vergoeding van implantaten en kronen ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. De tandheelkundig adviseur heeft op 9 september 2016 het volgende verklaard: *"In de rechter onderkaak bij verzekerde ontbreken de gebitselementen 46 en 47. De 47 werd getrokken na complicaties na een wortelkanaalbehandeling. Er is beslist geen sprake van een dento alveolair defect: dat is er, wanneer er bij een ongeval niet alleen de tanden/kiezen zijn uitgeslagen, maar ook een substantieel deel van het bot van de tandkas verloren is gegaan. En dat is hier niet het geval. Er zijn in het verleden met behandelingen in het kader van CMD (= kaakgewrichts) problematiek uitgevoerd. Deze CMD- behandelingen zijn uitgevoerd en vergoed in het kader van de bijzondere tandheelkunde. Het herstel van de tandboog na CMD behandeling (kronen, bruggen, implantaten of frames) is echter geen aanspraak bijzondere tandheelkunde: dan zou immers rechtsongelijkheid ontstaan met verzekerden, die niet lijden aan kaakgewrichtsklachten: zij moeten dergelijke behandelingen immers ook zelf bekostigen. Omdat deze verzekerde een lange lijst van (meest tandheelkundige) problemen kent, heeft Zilveren Kruis gemeend, verzekerde tegemoet te komen met het WEL vergoeden van de botopbouw in de rechter onderkaak als voorbereiding op het aanbrengen van implantaten. Dit besluit is onder meer tot stand gekomen na het schrijven van verzekerde van 7 juni 2016, waarin verzekerde aangeeft: "De kosten voor een implantaat en de kronen zou ik eventueel met bijbetaling kunnen bekostigen uit mijn extra tandartsverzekering". Nu vallen de kosten uiteindelijk tegen: een financieel probleem. Het is echter niet aan Zilveren Kruis om dat op te lossen. Met het vergoeden van de botopbouw (een kostbare kaakchirurgische ingreep) buiten de formele aanspraak om is Zilveren kruis reeds coulant geweest en heeft meer vergoed dan formeel verplicht."*
- 5.3. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoeker aanspraak op volledige vergoeding van de kosten van tandheelkundige verrichtingen die worden gedeclareerd met C- en M-codes, en 75 percent vergoeding voor verrichtingen met overige codes, tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar (inclusief techniek- en/of materiaalkosten).
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het hier geen zorg betreft die onder de dekking van de zorgverzekering valt. Dit wordt onderschreven door het Zorginstituut. In de aanvullende ziektekostenverzekering zit een beperkte dekking. Aan verzoeker is al tegemoet gekomen door de botopbouw te vergoeden. Eerder stelde verzoeker de andere kosten voor zijn rekening te zullen nemen. Daarna gevraagd antwoordt de ziektekostenverzekeraar dat het niet mogelijk is de jaarlijkse vergoeding, waarop aanspraak bestaat ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, van vier jaren in één keer te claimen. Bovendien kan verzoeker altijd van verzekeraar veranderen. Daarnaast kan de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering van jaar tot jaar wijzigen. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding voor verdergaande coulance.
- 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 18 van de zorgverzekering, welk artikel op grond van de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze verzekering, 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 verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde implantaten en kronen, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 10 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op implantaten bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel dat u zonder het plaatsten van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u aanspraak op de tandheelkundige implantaten die nodig zijn voor een uitneembare volledige prothese (klikgebit) inclusief de drukknoppen of staaf (het kliksysteem dat vast zit aan de implantaten). Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten die u laat plaatsen, dienen ter bevestiging van de uitneembare prothese (klikgebit). Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website.
(...)”*

- 8.4. Artikel 12 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“In de volgende bijzondere gevallen heeft u aanspraak op een tandheelkundige behandeling:
a als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening;
b als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening;
c als u een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen, volgens de gevalideerde angstscales zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde.
(...)”*

- 8.5. De artikelen 10 en 12 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel a 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 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 2.31 Rzv.

- 8.7. 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.

- 8.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt de aanspraak op tandheelkundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

- *Wij vergoeden C-codes, M-codes voor 100%.*
- *Overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.*
- *De totale vergoeding is maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van artikel 10 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op het aanbrengen van implantaten indien sprake is van een ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare volledige prothese (klikgebit). De door verzoeker aangevraagde implantaten dienen niet ter bevestiging van een uitneembare volledige prothese, doch om hierop twee kronen te plaatsen. Daarom heeft hij op grond van voornoemd artikel geen aanspraak op de aangevraagde implantaten.
- 9.2. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 12 van de 'aanspraken', aanspraak op mondzorg voor volwassen verzekerden indien sprake is van een (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde, te weten een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel, 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.
- 9.3. In de Nota van toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan artikel 12 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering, wordt toegelicht dat de bepaling betrekking heeft op bijvoorbeeld oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.
Verzoeker heeft, als gevolg van een aangeboren asymmetrische kaak, last van zijn linkerkaakgewricht. Ook heeft hij in 2015 een aangezichtsverlamming gehad aan de linkerzijde. Voorts heeft hij een chronisch slikprobleem. De commissie begrijpt dat het aanbrengen van de implantaten en het hierop plaatsen van kronen voor verzoeker de optimale oplossing is. Echter, voornoemde omstandigheden zijn niet aan te merken als een (verzekerings)indicatie zoals bedoeld in de zorgverzekering of onderliggende regeling. Verzoeker heeft daarom op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op de aangevraagde behandeling.
- 9.4. Uit het dossier blijkt dat de ziektekostenverzekeraar in het kader van de bijzondere tandheelkunde aan verzoeker toestemming heeft verleend voor de botopbouw. Dit leidt evenwel niet ertoe dat verzoeker ook een (verzekerings)indicatie heeft voor de aangevraagde twee implantaten en de hierop te plaatsen kronen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding tot maximaal € 1.000,-- per persoon per kalenderjaar, waarbij de kosten van de tandheelkundige verrichtingen met C- en M-codes volledig worden vergoed en de kosten van de overige verrichtingen tot 75 percent. Partijen verschillen hierover niet van mening.
- Verzoeker heeft gesteld dat hij volledige vergoeding wenst voor de aangevraagde behandeling, mede omdat hij in de afgelopen acht jaren geen gebruik heeft gemaakt van de aanspraak op vergoeding van de kosten van kronen of vergelijkbare tandheelkundige behandelingen. Het feit dat een verzekerd risico zich in het verleden niet heeft voorgedaan, en dus bij de ziektekostenverzekeraar geen kosten ter zake zijn geclaimd, kan evenwel niet ertoe leiden dat de in eerdere jaren niet-geclaimde vergoedingen kunnen worden verleend voor de onderhavige behandeling.

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, 8 maart 2017,

A.I.M. van Mierlo