



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, tandheelkundige zorg, medische selectie, controle rekening
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010), Prestatie- en tariefbeschikking Tandheelkundige zorg (TB/REG-19611-01)
Zaaknummer : 201900195
Zittingsdatum : 25 september 2019

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

1. Partijen

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

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 9 april 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar (i) de aanvraag voor de aanvullende verzekering Tand Best ten onrechte heeft afgewezen en (ii) de gedeclareerde nota's voor tandheelkundige zorg ten onrechte niet heeft gecontroleerd en heeft vergoed (hierna: het verzoek).

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 juni 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juni 2019 aan verzoeker gezonden.

2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 september 2019 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker is in 2018 en 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Tand Beter. Verzoeker is tevens verzekeringnemer voor zijn partner, die op basis van dezelfde verzekeringen bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd.

3.2. Op 20 december 2018 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de aanvullende ziektekostenverzekering Tand Beter van zichzelf en zijn partner met ingang van 1 januari 2019 te wijzigen naar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Tand Best.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 21 januari 2019 aan verzoeker medegedeeld dat de gevraagde aanvullende ziektekostenverzekering voor beiden niet wordt afgesloten.

3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Daarbij heeft hij de ziektekostenverzekeraar ook gewezen op onvolkomenheden in de door de tandarts ingediende declaraties en hem gevraagd deze te controleren. Bij brief van 27 februari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven ten aanzien van het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering Tand Best. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij geen aanleiding ziet aan de ingediende declaraties te twijfelen en dat hij deze heeft vergoed overeenkomstig de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

4. Bevoegdheid van de commissie

- 4.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en kan hierover een bindend advies uitbrengen. Dit blijkt uit artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. De commissie behandelt uitsluitend geschillen van consumenten gericht tegen ziektekostenverzekeraars. Dit is geregeld in artikel 3 van het Reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Dit betekent dat de commissie niet bevoegd is een oordeel te geven over het handelen van de tandartsen van verzoeker en zijn partner. Verzoeker is hierover geïnformeerd bij brieven van 24 april 2019 en 1 mei 2019.

5. Geschil

- 5.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden (i) met ingang van 1 januari 2019 de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Tand Best af te sluiten voor hem en zijn partner en (ii) de gedeclareerde nota's voor tandheelkundige zorg te controleren en deze bij eventuele onvolkomenheden niet te vergoeden.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de polisvoorwaarden, het Burgerlijk Wetboek (BW) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) zijn als bijlage bij de bindend advies opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Afsluiten aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Tand Best

- 6.2. Voor de totstandkoming van een overeenkomst dient tussen de betrokken partijen wilsovereenstemming te bestaan (artikel 6:217 BW). Voor de aanvullende ziektekostenverzekering is dit niet anders. Uit artikel 6.2.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering volgt dat de aanvullende verzekering VGZ Tand Best niet zonder meer kan worden afgesloten, maar dat hiervoor een tandheelkundige verklaring moet worden ingevuld. Ook op zijn website heeft de ziektekostenverzekeraar vermeld dat aan bepaalde voorwaarden moet worden voldaan. Bijvoorbeeld dat een verzekerde jaarlijks het gebit laat controleren en dat de verzekerde ten tijde van de aanvraag geen grote behandelingen ondergaat of verwacht, of een beugel in de planning heeft. Door dit te vermelden op de website heeft de ziektekostenverzekeraar voldaan aan de informatieplicht die hij heeft op grond van artikel 8 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010).
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat een verzekerde in het kader van het afsluiten van de aanvullende verzekering VGZ Tand Best wordt gevraagd of hij in het aankomende jaar bepaalde behandelingen verwacht of deze reeds zijn gestart, ten aanzien van (i) twee of meer kronen, (ii) één of meer brug(gen), (iii) één of meer implanta(a)t(en), (iv) een gedeeltelijke gebitsprothese (plaatje of frame), (v) een uitgebreide tandvlesbehandeling (parodontale behandeling) of (vi) orthodontie. Verzoeker heeft deze vraag bij het aanvragen van de aanvullende verzekering VGZ Tand Best met 'ja' beantwoord voor zichzelf en voor zijn partner. Dit vormde voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding de voor beiden aangevraagde aanvullende verzekering niet aan te gaan. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat uit de ingediende declaraties van de tandartsen van verzoeker en zijn partner blijkt dat betreffende vragen terecht met 'ja' zijn beantwoord, omdat één of meer van de genoemde behandelingen heeft plaatsgevonden.

- 6.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat de afwijzing van de aanvraag voor de aanvullende verzekering VGZ Tand Best in verband staat met onrechtmatige en onvolledige declaraties die zijn tandarts en de tandarts van zijn partner hebben ingediend. De desbetreffende declaraties vermelden namelijk kosten van tandheelkundige zorg die (nog) niet heeft plaatsgevonden of behandelingen die nog niet zijn voltooid.
- 6.5. Uit de stukken in het dossier volgt dat verzoeker heeft erkend dat hij de vraag van de ziektekostenverzekeraar met 'ja' heeft beantwoord. Hieruit blijkt dat hij en zijn partner reeds onder behandeling waren voor bepaalde tandheelkundige zorg, dan wel dat zij verwachtten deze zorg binnen één jaar te betrekken. Op grond hiervan mocht de ziektekostenverzekeraar besluiten de aanvraag voor de aanvullende verzekering VGZ Tand Best af te wijzen. Of de desbetreffende tandheelkundige zorg al dan niet is gedeclareerd voordat de betreffende behandeling was afgerond, maakt de beoordeling niet anders. Integendeel, uit de stelling van verzoeker kan worden opgemaakt dat een voornemen een behandeling te starten bestond dan wel de behandeling reeds was gestart. Het ging derhalve niet om behandelingen waarover nog onzekerheid bestond.

Controle en vergoeding van de ingediende declaraties

- 6.6. Uitgangspunt is dat de ziektekostenverzekeraar geen tandheelkundige zorg hoeft te vergoeden als (i) hierop geen recht bestaat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering, (ii) de zorg in strijd met de toepasselijke regelgeving is gedeclareerd of (iii) de zorg niet is geleverd aan de verzekerde. Het is aan de ziektekostenverzekeraar de ingediende declaraties op deze punten te controleren, temeer als een verzekerde hier om vraagt. Gelet op hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, is met name de vraag of de code P34 of P35 mag worden gedeclareerd in combinatie met een aparte post voor materiaal- en techniekkosten op grond van de Prestatie- en tariefbeschikking Tandheelkundige zorg (TB/REG-19611-01) van de NZa en of de ziektekostenverzekeraar hiervoor een (gedeeltelijke) vergoeding mocht toekennen. In de betreffende beschikking staat:







"Ad P34) Frame kunstgebit, 1-4 elementen

Vanaf eerste consultatie tot en met plaatsing inclusief nazorg gedurende twee maanden na plaatsing, inclusief ontwerp, steunen inslijpen, individuele afdruk en relatiebepaling. De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

Ad P35) Frame kunstgebit, 5-13 elementen

Vanaf eerste consultatie tot en met plaatsing inclusief nazorg gedurende twee maanden na plaatsing, inclusief ontwerp, steunen inslijpen, individuele afdruk en relatiebepaling. De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht."







- 6.7. Anders dan verzoeker lijkt te veronderstellen, blijkt uit de voornoemde omschrijving dat de tandarts de codes P34 en P35 en de materiaal- en/of techniekkosten separaat in rekening dient te brengen. Daarmee is de declaratie overeenkomstig de richtlijnen van de NZa opgesteld en bestond er voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding deze niet in behandeling te nemen.
- 6.8. Overigens vormt het gegeven dat een tandarts een factoringmaatschappij inschakelt om declaraties te verwerken voor de ziektekostenverzekeraar geen reden om deze declaraties niet in behandeling te nemen. In de verzekeringsvoorwaarden is namelijk niet opgenomen dat een declaratie in dat geval niet voor vergoeding in aanmerking komt. Ook in de toepasselijke regelgeving zijn hiervoor geen aanknopingspunten te vinden.

- 
- 6.9. Verzoeker en zijn partner hebben op grond van artikel 57.1 van de aanvullende verzekering VGZ Tand Beter (2018-2019) recht op vergoeding van tandheelkundige zorg met een P-code. Verder bestaat recht op de vergoeding van materiaal- en techniekkosten. De vergoeding is gemaximeerd tot € 500,- per kalenderjaar. Op grond van artikel 1.5 van de aanvullende verzekering heeft de ziektekostenverzekeraar het recht de vergoeding direct te voldoen aan de zorgaanbieder en komt het recht op vergoeding aan de verzekerde daarmee te vervallen.
- 
- 6.10. In het dossier heeft de commissie een nota gericht aan verzoeker aangetroffen, waaruit blijkt dat aan hem op 7 januari 2019 tandheelkundige zorg is verleend. Hiervoor is totaal € 927,60 in rekening gebracht. Uit de betreffende nota volgt dat de ziektekostenverzekeraar reeds een deel van de nota, namelijk een bedrag van € 500,-, heeft voldaan aan de zorgaanbieder. Daarmee is de gedeclareerde zorg vergoed conform artikel 57.1 van de aanvullende verzekering VGZ Tand Beter (2019). Het verschil in kosten komt voor rekening van verzoeker.
- 
- In het dossier heeft de commissie verder een nota gericht aan de partner van verzoeker aangetroffen, waaruit blijkt dat aan haar op 10 december 2018 tandheelkundige zorg is verleend. Hiervoor is een bedrag van totaal € 788,65 in rekening gebracht. Uit de betreffende nota volgt dat de ziektekostenverzekeraar een deel van de nota, namelijk een bedrag van € 309,26, heeft voldaan aan de zorgaanbieder. Gesteld noch gebleken is dat de partner van verzoeker recht had op een hogere vergoeding. Dit leidt tot de conclusie dat de kosten zijn vergoed in overeenstemming met artikel 57.1 van de aanvullende verzekering VGZ Tand Beter (2018).
- 
- 
- 

7. Bindend advies

- 
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 oktober 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester

- 7.2 Indien de opzegdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering afwijkt van 31 december vermeldt de ziektekostenverzekeraar deze datum op de website.

Kenmerk
TH/NR-010
Pagina
4 van 28

8. Toegangsvoorwaarden voor de aanvullende verzekering

De ziektekostenverzekeraar vermeldt op de website alle beperkende toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

9. Wijzigingen in de polisvoorwaarden

- 9.1 De ziektekostenverzekeraar informeert de verzekerde tijdig over wijzigingen ten nadele van de verzekerde in de polisvoorwaarden.
- 9.2 De ziektekostenverzekeraar vermeldt alle onder artikel 9.1 bedoelde wijzigingen op de website, en in het prolongatiepakket wanneer het gaat om wijzigingen per 1 januari.

10. Vergoedingenoverzicht

- 10.1 Wanneer de zorgverzekeraar een vergoedingenoverzicht op de website vermeldt, neemt de zorgverzekeraar een disclaimer op waarin staat dat de verzekerde voor informatie over alle uitsluitingen en beperkingen de polisvoorwaarden dient te raadplegen of contact dient op te nemen met de verzekeraar.
- 10.2 Wanneer de zorgverzekeraar een vergoedingenoverzicht op de website vermeldt, neemt de zorgverzekeraar ook daar waar mogelijk per zorgsoort de hoogte van de wettelijke eigen bijdrage in het vergoedingenoverzicht op.

11. Doorlooptijd declaraties en afhandeling machtigingsaanvragen

De zorgverzekeraar vermeldt op de website de gangbare doorlooptijd voor de vergoeding van declaraties en voor de afhandeling van machtigingsaanvragen.

12. Mogelijkheid tot het indienen van een klacht

De zorgverzekeraar vermeldt op de website:

- a. waar de verzekerde een klacht kan indienen;
- b. op welke wijze de klacht ingediend moet worden;
- c. binnen welke termijn de zorgverzekeraar zal reageren;
- d. dat de verzekerde een klacht kan indienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, als het verzoek om heroverweging wordt afgewezen of de zorgverzekeraar niet binnen de gestelde termijn reageert.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Geldig van 21-07-2019 t/m heden

Artikel 217

- 1 Een overeenkomst komt tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan.
- 2 De artikelen 219-225 zijn van toepassing, tenzij iets anders voortvloeit uit het aanbod, uit een andere rechtshandeling of uit een gewoonte.

- 3.5.2.** Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening als u niet tijdig betaalt:
- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
 - incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.5.3.** Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4.** Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.5.5.** Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. Denk aan kosten die wij zouden kunnen verhalen op de aansprakelijkheidsverzekering van de veroorzaker van een ongeval. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering(en);
- de zorgverlener te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt) scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij mogen de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer **i** hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen of als uw premie wijzigt doordat u een nieuwe leeftijdsgroep bereikt (zie artikel 3.1.).

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij aangeven dat de zorgverzekering aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1. Toelating tot de aanvullende verzekering(en)

U kunt de aanvullende verzekering(en) als aanvulling op een zorgverzekering van de zorgverzekeraar **i** sluiten. Voor het VGZ Tand Best Pakket moet u voor personen vanaf 8 jaar een tandheelkundige verklaring invullen.

6.2.2. Gezinsdekking

Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering(en) als de hoogst verzekerde ouder/verzorger op de polis. Hiervan kan worden afgeweken als wij u of uw kind niet accepteren voor een VGZ Tand Best.

6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1. en 6.2.2. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2019 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2019. Onder een wijziging verstaan we het overstappen naar een andere aanvullende verzekering die wij aanbieden. Als u wilt overstappen naar een aanvullende verzekering van een andere verzekeraar, dan moet u uw huidige aanvullende verzekering opzeggen. Uw opzegging moet u uiterlijk 31 december aan ons doorgeven (zie artikel 6.4).

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen VGZ. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3. Einde van rechtswege

De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van tevoren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering leiden.

Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, dan sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.



Let op

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering(en) opzeggen. Voorwaarde is wel dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt. Voorwaarde is dat wij de opzegging hebben ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

6.4.3. Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering(en) op te zeggen.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als u de verschuldigde bedragen niet op tijd betaald heeft, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken.

In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

III. VGZ Tand Goed, Tand Beter, Tand Best

Artikel 57. Tandheelkundige zorg

U krijgt een budget dat u kunt inzetten voor tandheelkundige zorg zoals hierna beschreven in artikel 57.1. en 57.2.

Dit is uw totale budget voor tandheelkundige zorg

VGZ Tand Goed	VGZ Tand Beter	VGZ Tand Best
80% (voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) geldt 100%) tot maximaal € 250 per kalenderjaar.	80% (voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) geldt 100%) tot maximaal € 500 per kalenderjaar.	80% (voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) geldt 100%) tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar.

57.1. Algemene tandheelkundige zorg

Dit krijgt u vergoed

Bijvoorbeeld een (half-)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje of het trekken van een kies.

Onder de vergoeding voor tandheelkundige zorg vallen de volgende (be)handelingen:

- consulten en diagnostiek (C-codes, behalve C84 (voorbereiding narcose));
- preventieve mondzorg (M-codes), de kosten van gebitsreiniging (M03) vergoeden wij tot maximaal 60 minuten per kalenderjaar;
- verdoving (A- en B-codes, behalve A20 (algehele narcose of sedatie));
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes, behalve E97 en E98 (uitwendig bleken));
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes);
- tandvleesbehandelingen (T-codes);
- kronen, bruggen en opbouw (R-codes);
- implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes);
- gedeeltelijke prothesen (P-codes).

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

Voor eenvoudige extracties (het trekken van tanden en kiezen) en implantaten in de niet-tandeloze kaak kunt u ook naar de kaakchirurg.

57.2. Eigen bijdrage voor gebitsprothesen (kunstgebit)

Dit krijgt u vergoed

Vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:

- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknoppen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.