



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg

Zaak : Plastische chirurgie, tweede uitwendige neuscorrectie, vervolgbehandeling

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201900411

Zittingsdatum : 6 november 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (. G.R.J. de Groot, . H.A.J. Kroon en . L. Ritzema)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,  
tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 20 juni 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 13 augustus 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 10 september 2019 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019041583) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 13 september 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 oktober 2019 gehoord.
- 2.5. Een kopie van de pleitnota van verzoeker is op 4 november 2019 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en een kopie van de pleitnota van verzoeker zijn op 4 november 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Het Zorginstituut heeft de commissie dezelfde dag per brief meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de PZP Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren PZP (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Ten behoeve van verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een tweede neuscorrectie (revisieoperatie). De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 21 januari 2019 aan verzoeker meegedeeld dat hij hem hiervoor geen machtiging toekent.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 31 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

- 3.4. In de procedure bij de commissie is verder komen vast te staan dat verzoeker op 12 december 2017 een (eerste) uitwendige neuscorrectie heeft ondergaan, waarvoor de ziektekostenverzekeraar een machtiging heeft verleend.
- 3.5. De behandelend KNO-arts heeft bij niet nader geduide brief, voor zover hier van belang, over verzoeker verklaard:  
"(...)  
*Hij onderging een externe septorhinoplastiek onder algehele narcose in verband met een zadelneus en neusobstructie na jeugdig trauma.  
We troffen een extreem scheef septum met een status na meerdere fracturen, verantwoordelijk voor de obstructie en afwezige support van het dorsum en tip. Tevens verklaart dit de scher[p]e nasolabiale hoek en retrusie van de premaxilla. Een extracorporeale septumreconstructie vond plaats en er werden osteotomieën verricht beiderzijds. Na afloop een patente neusgang beiderzijds en een minimale restedeviatie van de neus naar links.  
(...)"*
- 3.6. De behandelend KNO-arts heeft bij niet nader geduide brief, voor zover hier van belang, over verzoeker verklaard:  
"(...)  
*Bovengenoemde patiënt zagen wij op 11-12-2018 op de Polikliniek keel-, neus- en oorheelkunde.  
(...)*  
**Anamnese**  
*Patiënt is zeer tevreden met het behaalde functionele resultaat. De neus is de afgelopen 9 maanden echter steeds meer scheef gaan staan naar links en hij wil weten of dit nog te corrigeren valt.*  
**KNO-onderzoek**  
*Ondanks een op het oog mediaan neoseptum devieert de neus naar links. Het os nasale is recht en smal. Goed profiel met adequate projectie en rotatie.*  
**Conclusie**  
*Scheve kraakbenige neus naar links bij status na extracorporeale septumreconstructie. Vermoedelijk is de nieuwe L-strut niet stevig genoeg om de kraakbenige neus in mediane positie te houden.*  
**Beleid**  
*Overwogen kan worden om een revisieoperatie te doen, waarbij exploratie van het neoseptum in relatie tot de upper-lateral kraakbeentjes. Vermoedelijk wordt de scheefstand verholpen door extra stevigheid aan het dorsale deel mee te geven door een (volume) spreadergraft rechts en herpositie van de caudale strut. Aan de zorgverzekeraar de vraag of patiënt voor vergoeding in aanmerking kan komen.  
(...)"*
- 3.7. De behandelend KNO-arts heeft bij niet nader geduide brief, voor zover hier van belang, over verzoeker verklaard:  
"(...)  
*Met enige vorm van teleurstelling vernam ik via de ouders van mijn patiënt dat u de beoogde nacorrectie van de neus niet vergoed[t] vanuit de basisverzekering. Ik ben mij bewust van de vergoedingscriteria die momenteel via VAGZ worden gehanteerd. Er is altijd echter een grijs gebied aan patiënten die niet geheel voldoen aan deze subjectieve criteria, zo ook [naam verzoeker].  
Hij onderging vorig jaar een extracorporeale septumreconstructie via externe rhinoplastiek-benadering in verband met een zeer grove in- en uitwendige scheefstand. Daar waar het functionele resultaat goed is, blijft hij klagen over de persisterende/teruggekeerde uitwendige scheefstand van de neus. Zoals ik heb aangegeven kan dit worden verholpen met een kleine nacorrectie die is gericht op het verstevigen van het reconstruct. Ik beschouw dit als nazorg van de eerder ingestelde behandeling.  
Daarbij moet ik u ook melden dat het niet ongebruikelijk is dat een neusoperatie in twee tempi pas het beoogde resultaat geeft. Omdat behandelaars vanwege wond- en littekenargumenten hier altijd minimaal 1 jaar mee wachten, maakt dat we procedureel hiervoor steeds een nieuwe vergoedingsaanvraag moeten doen.*

*Ik hoop op uw coulance en begrip in deze en vraag u om uw eerdere besluit in heroverweging te nemen.  
(...)"*

3.8. Bij brief van 10 september 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

*"(...)*

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat er sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. De tweede operatie kan ook niet aangemerkt worden als een voortgezette behandeling. Van een voortgezette behandeling kan gesproken worden indien de tweede operatie strekt tot het alsnog bewerkstellingen van het beoogde en naar medisch-deskundig haalbare operatieresultaat. Er is dan geen sprake van een op zichzelf staande plastisch chirurgische behandeling.*

*Uit de informatie in het dossier blijkt niet wat als een haalbaar operatieresultaat moet worden gezien, er wordt enkel aangegeven dat de mogelijkheid bestaat dat er een tweede operatie nodig is. Welk doel deze ingreep zou hebben is onduidelijk. Er kan daarom niet zonder meer worden gesproken van een voortgezette behandeling. Daarnaast heeft verweerder een vergoeding toegekend voor de eerste operatie om de doorgankelijkheid van de neus te herstellen. Dit resultaat is met de eerste operatie gehaald waardoor er geen verzekeringsindicatie bestaat voor een op zichzelf staande revisie operatie. Dit is in lijn met de VAV-werkwijzer, waarin aangegeven wordt dat revisies moeten voldoen aan de criteria uit de werkwijzer.*

*Conclusie*

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat er sprake is van een lichamelijke functiestoornis of verminking dan wel van een voortgezette behandeling. De tweede neuscorrectie komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering (...)"*

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat hij aanspraak heeft op een tweede neuscorrectie.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

### **Zorgverzekering**

6.2. Volgens verzoeker is sprake van een vervolgbehandeling, die valt onder de eerder door de ziektekostenverzekeraar afgegeven machtiging voor de verrichte septorhinoplastiek. De ziektekostenverzekeraar heeft dit betwist. De commissie overweegt als volgt.

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker een machtiging verleend voor de eerste neuscorrectie op de grond dat bij hem sprake was van een functionele neusobstructie. Verzoeker heeft ter

zitting verklaard dat de functionele neusobstructie met deze eerste ingreep is verholpen. Dit wordt bevestigd door de diverse verklaringen van de behandelend KNO-arts ("*Na afloop een patente neusgang beiderzijds en een minimale restdeviatie van de neus naar links.*" en "*Daar waar het functionele resultaat goed is, blijft hij klagen over de persisterende/teruggekeerde uitwendige scheefstand van de neus.*"). Aangezien het naar medische maatstaven beoogde resultaat met de eerste uitwendige neuscorrectie is behaald, is geen sprake van een vervolgbehandeling. De stelling van verzoeker dat bij hem in de toekomst mogelijk een nieuwe functionele neusblokkade ontstaat door verdere scheefstand van zijn neus die optreedt omdat het L-strut dat stevig genoeg is, maakt dit niet anders. Enerzijds is deze stelling door hem niet aannemelijk gemaakt, nu onderbouwing hiervan met bijvoorbeeld een verklaring van de KNO-arts ontbreekt. Anderzijds is het optreden van de functionele neusblokkade een onzekere gebeurtenis. Hetgeen verzoeker overigens in dit verband nog heeft aangevoerd, bijvoorbeeld dat de KNO-arts heeft verklaard dat een tweede ingreep niet ongebruikelijk is, is voor de vraag of sprake is van een vervolgbehandeling niet relevant en kan daarom niet leiden tot een ander oordeel. Omdat het hier geen vervolgbehandeling betreft, moet (opnieuw) worden beoordeeld of wordt voldaan aan de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voor een neuscorrectie.

- 6.4. Verzoeker heeft ter zitting verklaard dat de behandeling een *inwendige* neuscorrectie betreft, die niet valt onder de aanspraak plastische chirurgie. De ziektekostenverzekeraar heeft dit betwist en gesteld dat het gaat om een *uitwendige* neuscorrectie. Hij heeft toegelicht dat voor een inwendige neuscorrectie geen machtigingsprocedure geldt. De commissie acht het, gelet op het feit dat de KNO-arts voor de tweede ingreep een nieuwe machtiging heeft aangevraagd en gezien de zorgactiviteit waarvoor een machtiging is aangevraagd, aannemelijk dat sprake is van een uitwendige neuscorrectie. De zorgactiviteit, te weten activiteit 032061, heeft namelijk als omschrijving: '*Correctief chirurgische behandeling van deformiteiten aan het benig neusskelet met laterale osteotomie, gecombineerd met ingrepen ter correctie van het septum en/of het vestibulum nasi.*' Getoetst moet daarom worden aan de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor plastische chirurgie.
- 6.5. De zorgverzekering biedt dekking voor een uitwendige neuscorrectie als sprake is van:  
 (i) een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, of  
 (ii) verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, of  
 (iii) een aangeboren misvorming van het benig aangezicht.  
 Dit blijkt uit artikel B.4.5. van de zorgverzekering.
- 6.6. Naast dat verzoeker niet heeft gesteld dat hij aan een van deze voorwaarden voldoet, acht de commissie dit niet aannemelijk. Zoals hiervoor is overwogen, heeft de KNO-arts vastgesteld dat (i) geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis (meer) bestaat, terwijl voorts uit zijn beschrijving van de situatie ("*een minimale restdeviatie van de neus naar links*" en "*Ondanks een op het oog mediaan neoseptum devieert de neus naar links.*") valt af te leiden dat (ii) verminking niet aan de orde is. Evenmin is sprake van (iii) een aangeboren afwijking. De KNO-arts heeft daarnaast verklaard: "*Ik ben mij bewust van de vergoedingscriteria die momenteel via VAGZ worden gehanteerd. Er is altijd echter een grijs gebied aan patiënten die niet geheel voldoen aan deze subjectieve criteria, zo ook [naam verzoeker]. (...) Ik hoop op uw coulance en begrip in deze en vraag u om uw eerdere besluit in heroverweging te nemen.*" In het advies van het Zorginstituut van 10 september 2019, dat blijkens de brief van het Zorginstituut van 4 november 2019 als definitief kan worden beschouwd, adviseert het Zorginstituut tot afwijzing van het verzoek. Gelet op een en ander heeft verzoeker geen verzekeringsindicatie voor de tweede uitwendige neuscorrectie. Hij heeft daarom geen aanspraak op deze ingreep ten laste van de zorgverzekering.
- 6.7. De commissie tekent hierbij aan dat de KNO-arts beoordeelt of verzoeker vanuit medisch oogpunt is aangewezen op de ingreep (medische indicatie). Dit is een andere beoordeling dan die de ziektekostenverzekeraar verricht. Laatstgenoemde beoordeelt namelijk of wordt voldaan aan de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en daarmee of verzoeker aanspraak heeft op de tweede uitwendige neuscorrectie ten laste van de zorgverzekering (verzekeringsindicatie).



### **Aanvullende ziektekostenverzekering**



6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor behandelingen van plastisch chirurgische aard.



6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 20 november 2019,



H.A.J. Kroon



---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

(...)

- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
  - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
  - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
  - 3°. verlamde of verslaptte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
  - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

(...)

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  - b. liposuctie van de buik;
  - c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
  - d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
  - e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
  - f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
  - g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- (...)

- laboratoriumonderzoek.  
Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/ zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

### Voorwaarden

#### Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

#### Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemeltespleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

#### Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

### B.4.4. Vervallen

### B.4.5. Plastische chirurgie

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgie. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare li-

chamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.

- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslakte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders door middel van het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de volgende aangeboren misvormingen:
  - lip-, kaak- of gehemeltespelten;
  - misvorming van het benig aangezicht;
  - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
  - geboortevlekken;
  - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:  
u bent verzekerd voor een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.
- Laserbehandeling:



deze behandeling van bloedvaatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen kan onder uw zorgverzekering vallen. Er moet dan sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.

- Neuscorrectie:  
u bent alleen verzekerd voor een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte door-gankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Wij vergoeden niet de kosten van foto's die wij eventueel kunnen opvragen naar aanleiding van een aanvraag voor een akkoordverklaring.

#### Voorwaarden

##### Algemeen

- De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
- Indien een opname medisch noodzakelijk is, zijn de voorwaarden voor opname van toepassing. Zie hiervoor artikel B.4.2.

##### Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg en is verantwoordelijk voor zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners.

##### Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, jeugdarts of bedrijfsarts.

##### Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze internetsite en kunt u ook bij ons opvragen. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.
- U hoeft vooraf geen akkoordverklaring aan te vragen als het gaat om een correctie van de bovenoogleden die wordt uitgevoerd door een

zorgverlener waar wij een zorgovereenkomst mee hebben voor het uitvoeren van bovenoogledencorrecties. U kunt die zorgverleners vinden op onze internetsite. De medisch specialist beoordeelt in dat geval namens ons of uw indicatie voldoet aan de eisen van de zorgverzekeringwet.

- Als de correctie van de bovenoogleden wordt uitgevoerd door een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling, is wel een akkoordverklaring nodig.

##### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

##### Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

## B.4.6. Revalidatiezorg

### B.4.6.1. Revalidatie

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg omvat:

- opname: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;
- deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder opname.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

#### Voorwaarden

##### Algemeen

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

Door de revalidatie kunt u een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot uw beperkingen mogelijk is.

##### Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team, dat in

“Clausuleblad Terrorisme” (clausuleblad NHT) uitgegeven. U kunt hierover meer terugvinden op de internetsite [www.terrorismeverzekerd.nl](http://www.terrorismeverzekerd.nl).

### A.21.3. Atoomkernreacties

U bent niet verzekerd voor (kosten van) behandelingen die het gevolg zijn van atoomkernreacties. Zijn de kosten veroorzaakt door radioactief materiaal dat zich buiten een kerninstallatie bevindt, dan bent u daar wel voor verzekerd als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- De Rijksoverheid heeft een vergunning gegeven voor de plaatsing van de nucliden;
- De plaats van dit materiaal is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
- Volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde aansprakelijk voor de geleden schade.

### A.21.4. Hechtenis of gevangenschap

Tijdens de periode dat u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, hebt u geen recht op zorg of vergoeding van kosten daarvan. Ook als de zorg die u ontvangt wel onder de verzekering valt. Dit geldt zowel voor gevangenschap/hechtenis in Nederland als in het buitenland. U bent tijdens deze periode aangewezen op geneeskundige zorg die door of namens de instelling waar u verblijft wordt verstrekt. In Nederland zorgt het Ministerie van Justitie daarvoor.

## A.22. Geschillen

### A.22.1. Verzoek om heroverweging

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de verzekering hebben genomen, kunt u schriftelijk aan onze afdeling Juridische Zaken vragen de beslissing te heroverwegen.

### A.22.2. Rechter of geschillencommissie

Gaat u niet akkoord met de uitkomst van de heroverweging? U kunt dan kiezen voor één van de volgende mogelijkheden:

- U kunt naar de bevoegde rechter als wij niet binnen 4 weken op dit verzoek om heroverweging reageren. U kunt dit ook doen als wij aangeven dat (en waarom) wij bij onze beslissing blijven.
- U kunt het geschil ook voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist ([www.skgz.nl](http://www.skgz.nl)). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bin-

dend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik maken van de andere mogelijkheid.

### A.22.3. E-Court

Als u uw kosten (premie daaronder begrepen) niet op tijd aan ons betaalt, kunnen wij om deze schulden te innen in een arbitraal geding gebruik maken van het scheidsgerecht Stichting e-Court. U hebt gedurende een maand vanaf de oproeping het recht om te kiezen voor behandeling door de kantonrechter. De wettelijke regels daarvoor en het Arbitrage Reglement dat op de internetsite [www.e-court.nl](http://www.e-court.nl) staat zijn van toepassing.

## A.23. Klachten

### A.23.1. Klacht

Als u een klacht hebt die niet gaat over de uitvoering van uw zorgverzekering, dan kunt u dit ook aan ons laten weten. U kunt dit schriftelijk of telefonisch doen. Wij beslissen over uw klacht en wij stellen u hiervan op de hoogte.

### A.23.2. Niet akkoord met de beslissing

Gaat u niet akkoord met onze beslissing en zijn uw klachten niet naar redelijkheid weggenomen? U hebt dan de volgende mogelijkheden:

- U kunt uw klacht voorleggen aan de bevoegde rechter;
- U kunt uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik meer maken van de andere mogelijkheid.

### A.23.3. Klacht over standaardformulieren

Als u, zorgverleners of andere zorgverzekeraars onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vinden, kan een klacht daarover ingediend worden bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een uitspraak. Die uitspraak is bindend.

## A.24. Nederlands Recht

Op uw verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

## Hoe werkt uw verzekering?

Wij geven u in deze inleiding algemene informatie over wat u moet doen om uw zorg (vergoed) te krijgen. Deze informatie is beknopt en bevat geen rechten of plichten. De volledige artikelen vindt u vanaf artikel A.1. in dit boekje verzekeringsvoorwaarden.

### 1. Verzekeringsvoorwaarden

Dit boekje verzekeringsvoorwaarden is verdeeld in 4 hoofdstukken:

- in hoofdstuk A staan algemene voorwaarden die gelden voor de zorgverzekering en aanvullende verzekering;
- in hoofdstuk B staat de zorg beschreven die verzekerd is vanuit uw zorgverzekering;
- in hoofdstuk C staan de afwijkende of aanvullende algemene voorwaarden die alleen gelden voor de aanvullende verzekeringen en de ziektekostenverzekeringen;
- in hoofdstuk D staat de zorg beschreven vanuit uw aanvullende verzekeringen. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of u hiervoor verzekerd bent en wat de eventuele vergoeding is.

Hoofdstukken A en B gelden dus voor alle zorgverzekeringen (basisverzekeringen). Hoofdstukken A, C en D gelden voor de aanvullende verzekeringen.

Uw en onze rechten en plichten staan:

- op het polisblad: hier staat op vermeld welke verzekering(en) u hebt afgesloten; én
- op uw Vergoedingen Overzicht: hier staan de vergoedingen op vermeld waar u aanspraak op kunt maken; én
- in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen, bijlagen en diverse reglementen: deze documenten vindt u op onze internetsite of kunt u bij ons opvragen

Daar waar wij in deze verzekeringsvoorwaarden in de mannelijke vorm schrijven, kan evengoed de vrouwelijke vorm worden bedoeld en andersom.

Aan de hand van het voorbeeld "ergotherapie" onder punt 2. laten wij zien hoe u dit boekje kunt gebruiken, zodat u weet waarvoor u verzekerd bent. Dit boekje geldt namelijk voor al onze verzekerden maar niet alle artikelen zijn op u van toepassing.

### 2. Vergoedingen

**Let op! Lees eerst op uw Vergoedingen Overzicht voor welke vergoedingen u verzekerd bent, kijk daarna in de Verzekeringsvoorwaarden**

Waar u voor verzekerd bent ziet u op uw Vergoedingen Overzicht. Daar ziet u ook of de vergoeding een maximum heeft. Op het vergoedingen Overzicht staat in welk artikel van de Verzekeringsvoorwaarden de beschrijving en voorwaarden van iedere vergoeding is te vinden.

U kijkt op uw Vergoedingen Overzicht of ergotherapie is opgenomen in uw aanvullende verzekering en wat de hoogte van de vergoeding is.

Komt ergotherapie, artikel D.17.1. niet voor op uw Vergoedingen Overzicht? Dan bent u niet verzekerd voor een aanvullende vergoeding maar alleen op de vergoeding uit de zorgverzekering.

U bent alleen verzekerd volgens de artikelen die op uw Vergoedingen Overzicht staan. Ook als u maar voor een deel van het artikel verzekerd bent, zijn de uitsluitingen (zie: "Let op!") en de voorwaarden van het hele artikel op u van toepassing.

Op het Vergoedingen Overzicht vindt u de concrete informatie voor welke zorg u verzekerd bent en hoe