

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. en DSW Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Schiedam.

Zaak : Farmaceutische zorg, geneesmiddelen, specificatie nota's

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022

Zaaknummer : 202201710

Zittingsdatum : 7 juni 2023

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A.,
- 2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Schiedam,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 11 februari 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 9 maart 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 6 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 april 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. 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 7 juni 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat verzoeker de toedieningslijst van de apotheek mocht overleggen. Verzoeker heeft deze lijst dezelfde dag aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 8 juni 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, die binnen 14 dagen hierop mocht reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 juni 2023 gereageerd. Een kopie van de brief van 20 juni 2023 is op 23 juni 2023 ter informatie aan verzoeker gestuurd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker verbleef tijdelijk in Ghana en heeft daar zorgkosten gemaakt. De desbetreffende nota's zijn op 7 september 2022 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Het betreft de navolgende nota's, waarvan verzoeker kopieën heeft overgelegd:
  - 1 augustus 2022, 'paid for drug purchase', GHS 27.00;
  - Idem, onbekend, GHS 24.00;
  - 17 augustus 2022, 'medication', GHS 33.00;
  - 27 augustus 2022, 'paid for drugs purchase', GHS 91.50;
  - 2 september 2022, 'drug', GHS 12.00;
  - 26 augustus 2022, onleesbaar, dr. Amuzu Herbal Clinic, GHS 300.00;

- 5 september 2022, onleesbaar, dr. Amuzu Herbal Clinic, GHS 750.00.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de nota's afgewezen, waarna verzoeker deze op 9 september 2022 opnieuw heeft gedeclareerd. Op 16 september 2022 bezocht hij het kantoor van de ziektekostenverzekeraar, waarbij hij een toedieningslijst van apotheek Kethel heeft verstrekt. Bij brief van 3 oktober 2022 verklaarde de ziektekostenverzekeraar uit coulance een eenmalige vergoeding te verlenen voor de geneesmiddelen. De nota's van dr. Amuzu Herbal Clinic bleven hierbij afgewezen. Aan verzoeker is vervolgens € 14,89 overgemaakt. Verzoeker heeft dit bedrag nadien teruggestort.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 10 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft, waarbij door hem is verwezen naar de SKGZ. Hierna heeft bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen plaatsgevonden, echter zonder positief resultaat voor verzoeker.

#### 4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door hem ingediende nota's te vergoeden.
- 4.2. In dit verband heeft verzoeker toegelicht dat hij van 5 augustus 2022 tot 5 september 2022 in Ghana verbleef. Later heeft hij gesteld dat hij al in juli in dat land was aangekomen. Hij had bij zijn vertrek vanuit Nederland door de huisarts voorgeschreven geneesmiddelen bij zich, maar die raakten op zodat hij gedwongen was ter plaatse geneesmiddelen aan te schaffen. Uit de ingediende nota's blijkt weliswaar niet welk geneesmiddel het betreft, maar wel de afleverdatum. Als de ziektekostenverzekeraar hem had gewaarschuwd, zou hij de doosjes van de geneesmiddelen hebben bewaard. Hij heeft hierover gebeld en er werd hem alleen verteld dat hij de bonnetjes moest bewaren. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar een verkeerde wisselkoers aangehouden. Hij wisselde geld op 20 juni 2022. De koers was toen GHS 8.40 per euro. De ziektekostenverzekeraar hanteert als wisselkoers GHS 9.30 per euro.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij in 2022 langer in Ghana is gebleven dan vooraf was gepland. Hierdoor raakten zijn medicijnen op en moest hij nieuwe aanschaffen. Hij heeft deze aan de hand van de toedieningslijst bij de apotheek gekocht. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij zich niet kan herinneren dat hij in 2017 van de ziektekostenverzekeraar een brief heeft ontvangen, waarin hem in een vergelijkbare situatie is uitgelegd dat op de bon de specificaties moeten staan. Het ging in die tijd niet goed met hem. Daarnaast door de commissie gevraagd heeft verzoeker toegelicht dat hij naar de kliniek in Ghana was gegaan, omdat hij last had van opgezette voeten. Terug in Nederland is hij naar de huisarts gegaan en die heeft hem doorgestuurd naar het ziekenhuis. Daar kon hij pas na zes weken terecht. De arts heeft hem verteld dat de opgezette voeten werden veroorzaakt door het verschil in klimaat tussen Nederland en Ghana. Verzoeker heeft verteld dat hij de coulancevergoeding van € 14,89 heeft teruggestort.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 4.5. Verzoeker heeft op 7 juni 2023, na de hoorzitting, de toedieningslijst en het medicatieoverzicht van de apotheek naar de commissie gestuurd.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar artikel 15, vijfde lid, van de verzekeringsvoorwaarden, verklaard dat de ingediende nota's onvoldoende zijn gespecificeerd om hieruit te kunnen opmaken of, en tot welke vergoeding hij is gehouden. Op de nota's zijn alleen de naam van verzoeker, het bedrag en de naam van de apotheek of clinic vermeld. Er kan niet uit worden opgemaakt welk geneesmiddel op welke datum aan verzoeker is afgeleverd. De nota's van dr. Amuzu Herbal Clinic betreffen een 'penisdoctor'. Het gaat hier niet om verzekerde zorg, zodat deze nota's zijn afgewezen. De andere nota's zijn uit coulance en eenmalig vergoed tot een bedrag van € 14,89. Hierbij is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de dagkoers op de datum waarop de zorg is geleverd, en wel volgens [www.oanda.com](http://www.oanda.com). Er heeft tijdens zijn verblijf in Ghana geen telefoongesprek van de ziektekostenverzekeraar met verzoeker plaatsgevonden. Wel is er gebeld na terugkomst, op 22 september 2022. Er is daarnaast contact geweest via de app, maar dat ging niet over geneesmiddelen. Overigens speelde in 2017 een vergelijkbaar probleem. Verzoeker is toen gewaarschuwd dat hij voldoende gespecificeerde nota's moest aanleveren.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de nota's van de apotheek uit coulance zijn vergoed. De betreffende nota's zijn van verschillende data en zijn vergoed tegen de geldende dagkoersen. De ziektekostenverzekeraar heeft de website van de kliniek in Ghana bekeken, maar ziet niet dat dit verzekerde zorg kan zijn. En uit de toelichting, die verzoeker ter zitting heeft gegeven, is ook niet gebleken dat het verzekerde zorg betreft.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 juni 2023 gereageerd op de op 5 juni 2023 door verzoeker nagezonden stukken. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat niet ter discussie staat dat verzoeker is aangewezen op een aantal geneesmiddelen. Dit betekent echter niet dat de nota's van de apotheek en de kliniek in Ghana zien op dezelfde geneesmiddelen. De nota's zouden op dit punt duidelijkheid moeten geven.

## 6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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 14 lid 3 onder b van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13 lid 3 van de algemene voorwaarden aanvullende verzekering 2022.
- 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 Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneesmiddelen 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

- 7.2. De commissie stelt vast dat in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering onderscheid wordt gemaakt tussen gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg. Het staat vast dat de diverse apotheken en dr. Amuza Herbal Clinic in Ghana niet door de ziektekostenverzekeraar zijn gecontracteerd. In artikel 15, vijfde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering is met betrekking tot de nota's van niet-gecontracteerde zorgaanbieders het volgende bepaald:

### "EXTRA VOORWAARDEN BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORG

Gegevens op de nota

*Wij nemen uitsluitend originele nota's in behandeling die tevens voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag. Wij verstrekken geen vergoeding op basis van offertes, voorschotnota's, herinneringen of aanmaningen. Daarnaast dient de nota voorzien te zijn van de prestatiecode(s) die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn opgesteld. De nota moet zodanig duidelijk en gespecificeerd zijn dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding wij zijn gehouden."*

- 7.3. Zoals blijkt uit de onder 3.2 vermelde nota's en de hierin opgenomen omschrijving, kan uit deze nota's niet worden opgemaakt welke geneesmiddelen aan verzoeker ter hand zijn gesteld of welke diensten door de zorgaanbieder aan hem zijn geleverd. Aan de hand hiervan is het voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk vast te stellen of en tot welke vergoeding hij op grond van de zorgverzekering is gehouden. Hieruit volgt dat hij de desbetreffende nota's niet in behandeling hoefde te nemen.
- Verzoeker heeft na de hoorzitting de toedieningslijst van de apotheek overgelegd. Uit deze toedieningslijst blijkt evenwel niet dat de hierop genoemde geneesmiddelen dezelfde zijn als die hij in Ghana heeft aangeschaft. Naar het oordeel van de commissie is ook tijdens of ná de hoorzitting niet komen vast te staan dat de zorg, die verzoeker in Ghana heeft genoten, en de geneesmiddelen die verzoeker aldaar heeft aangeschaft, onder de dekking van de zorgverzekering vallen.

### Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.4. In artikel 6, derde lid, van de algemene voorwaarden aanvullende verzekering 2022 is bepaald:

*"Wij nemen uitsluitend in behandeling: originele nota's die voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de Verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag. De nota moet zodanig gespecificeerd zijn dat wij zonder verdere navraag kunnen zien welke vergoeding wij moeten verlenen en moet (bij indiening per post of aan het loket) bij ons ingediend worden middels een door u ondertekend declaratieformulier. Als u de nota zelf heeft ontvangen van de zorgverlener bent u zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgverlener. Als u de nota van een zorgverlener zelf heeft betaald kunnen wij u vragen om een schriftelijk betaalbewijs. Indien wij u verzoeken om een schriftelijk betaalbewijs en u ons hiervan niet kan voorzien, wijzen wij uw declaratie af en krijgt u hierover schriftelijk bericht."*

- 7.5. Zoals blijkt uit de onder 3.2 vermelde nota's en de hierin opgenomen omschrijving, kan uit deze nota's niet worden opgemaakt welke geneesmiddelen aan verzoeker ter hand zijn gesteld of welke diensten aan hem door de zorgaanbieder zijn geleverd. Aan de hand hiervan is het voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk vast te stellen of en tot welke vergoeding hij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering is gehouden. Hieruit volgt dat hij de desbetreffende nota's niet in behandeling hoefde te nemen.

- 7.6. Verzoeker had het voorgaande zelf kunnen vaststellen aan de hand van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Daarbij komt dat door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende weersproken is gesteld dat zich in 2017 een zelfde situatie voordeed, en dat verzoeker toen is gewaarschuwd dat alleen voldoende gespecificeerde nota's in behandeling worden genomen. Dat verzoeker zich dit, zoals door hem ter zitting is gesteld, niet meer kan herinneren, omdat het toen niet goed met hem ging, maakt het voorgaande niet anders. Dat verzoeker tijdens een telefoongesprek, dat plaatsvond ten tijde van zijn verblijf in Ghana, is verteld dat hij alleen de (niet-gespecificeerde) bonnetjes hoefde te bewaren, is door verzoeker weliswaar gesteld maar, tegenover de gemotiveerde betwisting door de ziektekostenverzekeraar, niet aannemelijk gemaakt.
- 7.7. Het feit dat de ingediende nota's niet in behandeling hoefden te worden genomen betekent tevens dat in het midden kan blijven of sprake is van verzekerde zorg. Volgens de verzekeringsvoorwaarden bestaat dan immers geen verplichting tot vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 3 oktober 2022 toegelicht dat hij uit coulance een vergoeding verleent voor de nota's die betrekking hebben op geneesmiddelen. Deze vergoeding heeft een onverplicht karakter. Hieruit volgt dat de vraag welke wisselkoers door de ziektekostenverzekeraar is gehanteerd geen beantwoording behoeft. De te hanteren wisselkoers is namelijk alleen relevant indien de ziektekostenverzekeraar op grond van de verzekeringsvoorwaarden tot vergoeding is gehouden, en die situatie is hier niet aan de orde.

*Slotsom*

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 juli 2023,

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl).*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.



---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

## Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
  - a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
  - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
    - 1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
    - 2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
    - 3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
    - 4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
    - 5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de

Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;

c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

**2.** Farmaceutische zorg omvat geen:

- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

**3.** De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.

**4.** Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.

**5.** Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

**6.** In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedingslimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:
  - a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreeerde geneesmiddelen;
  - b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.
2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:
  - a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
  - b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.
3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.
4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreeerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreeerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreeerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.
5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:
  - a. een geregistreeerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
  - b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreeerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.

**LID 5 EXTRA VOORWAARDEN BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORG***Gegevens op de nota*

Wij nemen uitsluitend originele nota's in behandeling die tevens voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag. Wij verstrekken geen vergoeding op basis van offertes, voorschotnota's, herinneringen of aanmaningen. Daarnaast dient de nota voorzien te zijn van de prestatiecode(s) die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn opgesteld. De nota moet zodanig duidelijk en gespecificeerd zijn dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding wij zijn gehouden.

*Vertaling nota's*

Als wij dit noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota voor zorg die is geleverd in het buitenland te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten worden niet door ons vergoed.

*Akte van cessie en verrekening*

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat ontvangt u van die zorgaanbieder een nota voor de kosten van de geleverde zorg. De aanspraak op vergoeding van deze kosten is in beginsel persoonlijk, zie ook lid 3 van dit artikel.

U kunt de aanspraak op vergoeding van deze kosten, met inbegrip van alle voor u geldende polisvoorwaarden, overdragen op de desbetreffende niet-gecontracteerde zorgaanbieder door middel van een akte van cessie. De bij ons ingediende nota vergoeden wij vervolgens rechtstreeks aan de zorgaanbieder met inachtneming van artikel 15, lid 3 van deze polisvoorwaarden. Dit kan betekenen dat een deel van de nota niet door ons wordt vergoed en dat u het verschil tussen het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag en het bedrag dat DSW aan de zorgaanbieder heeft uitbetaald, zelf aan de zorgaanbieder moet betalen.

Als u op grond van deze polisvoorwaarden geen recht heeft op vergoeding of u heeft recht op een lagere vergoeding dan het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag dan komt het aldus ontstane verschil voor uw rekening.

Als wij een nota rechtstreeks aan u betalen mogen wij de aan u te betalen bedragen verrekenen met uw eventuele openstaande premie of openstaande terug te vorderen bedragen zoals bedoeld in artikel 12 lid 4 en artikel 12 lid 5 van deze polisvoorwaarden.

**LID 6 WACHTLIJSTADVIES**

U heeft desgevraagd recht op wachtlijstadvies door DSW Zorgverzekeraar. U kunt daartoe contact opnemen via [wachtlijstadvies@dsw.nl](mailto:wachtlijstadvies@dsw.nl) of via MijnDSW. U kunt ons ook bellen op 010 - 2 466 466.

## ARTIKEL 6 RECHTEN EN VERPLICHTINGEN

- LID 1** Met inachtneming van een eventueel van toepassing zijnde Wachtijd, als vermeld in artikel 4, lid 4, heeft de Verzekerde recht op vergoeding van verzekerde kosten of hulp, voor zover gemaakt of verleend gedurende de periode waarin deze Verzekering van kracht is.
- LID 2** Bij deze Verzekering kan volgens het Vergoedingenoverzicht Aanvullende verzekering(en) sprake zijn van aanspraak op een bijdrage in aanvulling op een vergoeding die op grond van de Zorgverzekering is verleend. Deze bijdrage geldt uitsluitend als op grond van de polisvoorwaarden van de Zorgverzekering aanspraak bestaat op de desbetreffende vergoeding.
- LID 3** Wij nemen uitsluitend in behandeling: originele nota's die voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de Verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldatum, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag. De nota moet zodanig gespecificeerd zijn dat wij zonder verdere navraag kunnen zien welke vergoeding wij moeten verlenen en moet (bij indiening per post of aan het loket) bij ons ingediend worden middels een door u ondertekend declaratieformulier. Als u de nota zelf heeft ontvangen van de zorgverlener bent u zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgverlener. Als u de nota van een zorgverlener zelf heeft betaald kunnen wij u vragen om een schriftelijk betaalbewijs. Indien wij u verzoeken om een schriftelijk betaalbewijs en u ons hiervan niet kan voorzien, wijzen wij uw declaratie af en krijgt u hierover schriftelijk bericht.
- LID 4** Verzekerde is verplicht ervoor zorg te dragen dat:
- de originele nota bij voorkeur binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij ons is ingediend. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de declaratiedatum van de zorgverlener.
  - aan ons, onze medisch adviseur of aan degene die voor een controle is aangewezen, alle medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van inlichtingen;
  - voor behandelingen die op grond van deze Algemene Voorwaarden uitsluitend op voorschrift van de behandelend huisarts, specialist of tandarts mogen plaatsvinden, een verwijzing daartoe aan ons wordt toegezonden als wij hierom vragen;
  - bij een ongeval met dodelijke afloop, op grond waarvan uit hoofde van de Verzekering recht op een uitkering bestaat, wij daarvan zo snel mogelijk, maar tenminste 48 uur voor de begrafenis of crematie, telefonisch in kennis worden gesteld;
  - een schade waarvoor op grond van de Verzekering aanspraak op rechtsbijstand bestaat zo snel mogelijk bij ons wordt gemeld. Wij dragen dan zorg voor spoedige melding aan de DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V.
- LID 5** De Verzekerde zal al het mogelijke doen om ons alle inlichtingen te verstrekken en medewerking te verlenen die noodzakelijk is voor het uitoefenen van verhaal op de vergoede kosten die zijn ontstaan door toedoen van een aansprakelijke derde. Indien de Verzekerde hier niet aan voldoet vervalt het recht op vergoeding van de kosten die zijn ontstaan door toedoen van de aansprakelijke derde. In geen geval mag de Verzekerde zonder schriftelijke toestemming van ons met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, een regeling treffen - waaronder het verlenen van kwijting - waardoor wij op enige wijze in onze rechten zouden kunnen worden benadeeld.