

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, fysiotherapie, revalidatie
Zaaknummer : 2011.00147
Zittingsdatum : 9 november 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P. Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4, 2.6 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Module B afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op langdurige fysiotherapeutische behandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een machtiging te verlenen voor fysiotherapeutische behandeling voor de periode van 1 januari 2009 tot 1 maart 2009.
- 3.2. Bij brief van 14 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij een bedrag van € 700,- is verschuldigd ter zake van de kosten van fysiotherapie in de periode van 3 maart 2009 tot en met 15 juli 2009, welke kosten weliswaar door de ziektekostenverzekeraar aan de zorgverlener zijn vergoed, maar die niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 20 juli 2011 heeft verzoekster 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).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 september 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 oktober 2011 per fax medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 oktober 2011 per email medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 20 september 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 5 oktober 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011097403) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat na een operatieve ingreep aanspraak bestaat op maximaal één jaar fysiotherapie op basis van de zorgverzekering. Verzoekster had daarom aanspraak op fysiotherapie tot 20 maart 2009. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 9 november 2011 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 CVZ.
- 3.11. Bij brief van 16 november 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 18 november 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft op 18 maart 2008 een kruisbandoperatie ondergaan. Aansluitend is zij behandeld door een fysiotherapeut. De kosten van deze behandeling zijn gedurende één jaar vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Het herstel van verzoekster is niet volgens verwachting verlopen. Verzoekster hield onder meer pijn aan de voorzijde van haar knie, onder andere bij het traplopen. Verzoekster ging als leek ervan uit dat zij in een revalidatieprogramma zat en dat de fysiotherapeut zou bepalen wanneer dit programma zou worden beëindigd.

- 4.3. De fysiotherapeut heeft verzoekster in mei 2009 medegedeeld dat hij wel iets te laat was, maar dat het jaar fysiotherapie intussen voorbij was. Verzoekster moest daarom contact opnemen met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster hierop medegedeeld dat de fysiotherapeut een nieuwe machtiging kon aanvragen. Verzoekster heeft dit doorgegeven aan haar fysiotherapeut en deze zou dit verder regelen. De fysiotherapeut heeft op 29 mei 2009 bij de ziektekostenverzekeraar verzocht om voortzetting van de fysiotherapeutische behandeling. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar niet afgewezen. Verzoekster ging daarom ervan uit dat de kosten zouden worden vergoed.
- 4.4. Vervolgens ontving verzoekster een rekeningoverzicht betreffende fysiotherapie. Uit navraag bij de ziektekostenverzekeraar bleek dat er een fout was gemaakt. De fysiotherapeut had namelijk een code voor revalidatie moeten gebruiken bij de declaratie. Verzoekster heeft dit doorgegeven aan de fysiotherapeut, maar de rekeningen bleven komen. Verdere contacten met de ziektekostenverzekeraar (ook door de fysiotherapeut) hadden geen resultaat. Verzoekster is toen gestopt met de fysiotherapie, om verdere kosten te voorkomen.
- 4.5. In maart 2010 kreeg verzoekster een machtiging van de ziektekostenverzekeraar voor fysiotherapie over de periode van 1 januari 2009 tot 1 maart 2009.
- 4.6. In oktober 2010, ruim anderhalf jaar na dato, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster een nota gestuurd van € 700,-- voor de kosten van fysiotherapie uit 2009. Verzoekster is hierover zeer ontstemd. Zij heeft over 2009 al zeer veel zorgkosten zelf moeten betalen.
- 4.7. Verzoekster stelt dat zij veelvuldig heeft gebeld met de ziektekostenverzekeraar en de betrokken zorgverleners. Pas na twee jaar is haar verteld dat een revalidatieprogramma maar gedurende één jaar wordt vergoed en dat de kosten daarna voor eigen rekening zijn.
- 4.8. Ter zitting heeft verzoekster een overzicht overgelegd waarin zij de hele gang van zaken in chronologische volgorde heeft opgesomd. Zij heeft ter aanvulling aangevoerd dat er een groot probleem is met de communicatie met de ziektekostenverzekeraar. De aanvraag voor verlenging van de fysiotherapie is tijdig ingediend, maar hierop is niet tijdig geantwoord. Verzoekster kon niet weten dat de vergoeding van de fysiotherapie slechts één jaar mogelijk was. Doordat de ziektekostenverzekeraar niet tijdig heeft geantwoord, heeft zij hoge kosten moeten maken. Verzoekster heeft geïnformeerd hoe de vergoeding in elkaar zat. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord dat dit kon worden aangevraagd. Verzoekster is dus niet goed geïnformeerd. Verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar veel fouten heeft gemaakt. Door deze fouten blijft nu niet alleen een aanzienlijk bedrag voor fysiotherapie voor haar rekening, maar geldt hetzelfde voor de kosten van de behandeling door een osteopaat. Deze kosten zouden eigenlijk ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed, maar doordat een deel van de kosten van fysiotherapie is vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, is het budget voor beweegzorg, waaronder ook osteopathie valt, verbruikt. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 22 maart 2011 een overzicht gevoegd waarin onder andere is vermeld dat op 25 mei 2009 een fysiotherapeutische behandeling heeft plaatsgevonden. Dit is on-

juist. Deze behandeling heeft op 27 mei 2009 plaatsgevonden. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar de behandeling van 25 mei foutief geboekt ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering en heeft hij de behandeling van 27 mei 2009 aan haar doorberekend als eigen risico.

4.9. Verzoekster gaat niet akkoord met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar de vordering met € 250,-- te verminderen.

4.10. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij verzoekster na de operatie in 2008 toestemming heeft verleend voor twaalf maanden fysiotherapie. De einddatum van deze machtiging is vastgesteld op 1 maart 2009. Verzoekster heeft na afloop van deze periode contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en deze heeft haar verteld dat zij een nieuwe machtiging kon aanvragen. Het aanvragen van een machtiging betekent echter niet dat deze ook zonder meer wordt toegekend. Een aanvraag dient altijd beoordeeld te worden op grond van de polisvoorwaarden. Verzoekster heeft gesteld dat haar fysiotherapeut in 2009 een aanvraag heeft ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn administratie echter geen - afgewezen - aanvraag voor fysiotherapie vermeld staan.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoekster voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft geoordeeld dat zij na de eerste twaalf maanden geen aanspraak meer heeft op fysiotherapie. Na afloop van deze periode is verzoekster echter doorgegaan met fysiotherapie. Een deel van deze behandelingen is ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar nog een bedrag van € 700,-- aan de zorgverlener vergoed, waarvoor geen dekking bestaat op grond van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit bedrag wordt van verzoekster gevorderd. Het is niet mogelijk het bedrag terug te halen bij de zorgverlener, omdat in het contract is vastgelegd dat dit zonder toestemming van de zorgverlener niet mogelijk is.

5.3. De ziektekostenverzekeraar is met ingang van 1 januari 2009 overgestapt naar een nieuw administratiesysteem. De lopende machtigingen met een einddatum in 2009 zijn overgezet naar dit nieuwe systeem. Dit is voor verzoekster niet automatisch gebeurd. De fysiotherapeut heeft op 5 maart 2010 opnieuw een machtiging aangevraagd. Deze is goedgekeurd en daarbij is de eerder afgegeven machtiging overgezet naar het nieuwe systeem. Hierbij is echter de verkeerde ingangsdatum gebruikt, waardoor tevens een verkeerde einddatum in het systeem is opgenomen. Inmiddels heeft de ziektekostenverzekeraar dit hersteld. De nota's die hierdoor nog binnen de looptijd van de machtiging vallen worden gecorrigeerd. Het gaat om vier behandelingen in maart 2009. De openstaande vordering van € 700,-- wordt hierdoor vier maal € 28,-- lager.

5.4. Verzoekster stelt dat de fysiotherapeut twee aanvragen heeft ingediend voor de verlenging van de machtiging. De ziektekostenverzekeraar heeft de eerste aanvraag voor verlenging echter niet ontvangen.

- 5.5. De zorgverlener heeft de onderhavige declaratie pas op 15 september 2010 bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding op 5 oktober 2010 overgemaakt naar de zorgverlener. Vervolgens is verzoekster op 14 oktober 2010 een vergoedingenoverzicht gestuurd waaruit blijkt welke kosten voor haar rekening zijn.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij het vervelend vindt hoe een en ander is gelopen. Er is echter geen sprake van een fout in de zin van bijvoorbeeld een toezegging. De mededeling dat een machtiging moet worden aangevraagd betekent niet dat de machtiging zal worden verleend en dat de behandeling kan worden voortgezet. Verzoekster heeft de behandeling voortgezet zonder dat zij uitsluitel had over de vergoeding. Het was wellicht handig geweest als zij tevoren even contact had opgenomen.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar wil verzoekster evenwel tegemoetkomen en stelt voor de vordering met een bedrag van 250,-- te verminderen.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 de vraag of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door verzoekster na 20 maart 2009 gemaakte kosten voor fysiotherapie te vergoeden, 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 zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 25 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden:

(...)

2. voor verzekerden van 18 jaar en ouder:

- zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste 9 behandelingen.

(...)

Machtiging:

ja, voor behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen.

(...)"

- 8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op revalidatie bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 12 (Huisartsenzorg) en artikel 14 (Medisch specialistische zorg), omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, (...)

Door:

multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist."

- 8.4. De artikelen 15 en 25 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.5, 2.12 en 2.13 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.5. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en verder uitgewerkt in Bijlage 1 Bzv.

- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.7. In artikel 10.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op een budget voor beweegzorg. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Beweegzorg is zorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dit kan zorg zijn zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck plegen te bieden. Zorg zoals ergotherapeuten plegen te bieden heeft als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Daarnaast kan gekozen worden voor behandeling door alternatieve therapeuten. Onder beweegzorg valt:

1. fysiotherapie

2. oedeemtherapie

3. oefentherapie Cesar/Mensendieck

4. ergotherapie

5. alternatieve bewegingstherapie, zoals chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho)manuele therapie, craniosacraaltherapie, haptotherapie, ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn, antroposofische therapie.

(...)

Maximaal € 400,--"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster heeft, op grond van artikel 25 van de zorgverzekering, aanspraak op behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering – met uitzondering van de eerste negen behandelingen – indien haar aandoening voorkomt op Bijlage 1 Bzv.
- 9.2. Bij verzoekster is sprake van status na opname in een ziekenhuis als bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 5 van de bijlage. Zij is op 18 maart 2008 geopereerd. De fysiotherapeutische behandeling is aangevangen op 20 maart 2008. De maximale termijn gedurende welke de behandelingen fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering komen, is bij deze indicatie ingevolge het vijfde lid van de bijlage twaalf maanden. Uit het vergoedingenoverzicht van 14 oktober 2010 is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van fysiotherapie vanaf 3 maart 2009 niet meer ten laste van de zorgverzekering heeft vergoed. Verzoekster heeft evenwel tot 20 maart 2009 aanspraak op vergoeding van fysiotherapie ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft lopende de geschilprocedure toegezegd dat de kosten van fysiotherapie in maart 2009 alsnog voor vergoeding in aanmerking komen.
- 9.3. De lijst van aandoeningen volgens Bijlage 1 Bzv heeft een limitatief karakter. Aangezien niet is gebleken van een nieuwe indicatie na ommekomst van de periode van twaalf maanden, komen de verdere behandelingen fysiotherapie niet voor vergoeding in aanmerking. Er is geen hardheidsclausule opgenomen, zodat geen uitzondering kan worden gemaakt indien, zoals door verzoekster is gesteld, na opname in een ziekenhuis en aansluitende fysiotherapeutische behandeling sprake is van een niet volgens verwachting verlopend herstel.
- 9.4. Voor zover verzoekster zich beroept op artikel 15 van de zorgverzekering, dat ziet op de vergoeding bij zorg bij revalidatie, overweegt de commissie als volgt. Verzoekster is enkel onder behandeling geweest van een fysiotherapeut. Er was derhalve geen sprake van een multidisciplinaire behandeling. Daarom betreft het hier geen revalidatie als bedoeld in artikel 15 van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Verzoekster heeft voor beweegzorg aanspraak op maximaal € 400,-- voor het jaar 2009, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar aan haar vergoed. Dat verzoekster ervan uitging dat de kosten van fysiotherapie op grond van de zorgverzekering zouden worden vergoed, en zij daarom het budget van € 400,-- kon gebruiken voor behandeling door een osteopaat, is hierbij niet van belang.
- 9.6. Ten aanzien van de stelling van verzoekster over het dubbel in rekening brengen van één behandeling, te weten de behandeling van 27 mei 2009, overweegt de commissie als volgt. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 5 juli 2011 erkend dat ten onrechte de datum 25 mei 2009 is vermeld op het betreffende overzicht in plaats van 27 mei 2009. Op het overzicht met declaraties van 14 oktober 2010, waarmee het bedrag van € 700,-- bij verzoekster in rekening is gebracht, wordt alleen de behandeling op 27 mei 2009 vermeld en niet die op 25 mei 2009. Ook uit overige stukken uit het dossier blijkt evenmin dat de ziektekostenverzekeraar voor zowel 25 als 27 mei 2009 kosten voor een behandeling in rekening heeft gebracht.

Informatieverstrekking

- 9.7. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar de onderhavige kosten dient te vergoeden, omdat hij haar na de termijn van twaalf maanden en na indiening van een aanvraag voor verlenging niet tijdig heeft gewaarschuwd dat de kosten van fysiotherapie niet verder worden vergoed.
- 9.8. De commissie is van oordeel dat verzoekster onvoldoende feiten en omstandigheden heeft aangevoerd op grond waarvan zij gerechtvaardigd mocht vertrouwen dat de kosten van fysiotherapie ook na maart 2009 zouden worden vergoed. Hierbij neemt de commissie in aanmerking dat de behandelend fysiotherapeut bekend was met het aflopen van de machtiging. Hij heeft verzoekster hierover ingelicht. Zij heeft hierop, in mei 2009, met de ziektekostenverzekeraar contact heeft opgenomen over een verlengingsaanvraag. Het moeten indienen van een aanvraag impliceert dat daarop een beslissing moet volgen. Bij het uitblijven van een beslissing lag het voor de hand dat verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar navraag zou doen.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure heeft erkend aanvankelijk een verkeerde einddatum voor de verstrekte machtiging te hebben gebruikt, ziet de commissie grond de ziektekostenverzekeraar te verplichten het betaalde entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 7 december 2011,

Voorzitter