



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg
Zaak : Egypte, declaratie zorgkosten, ongespecificeerde nota, ontbreken (medische) informatie
Zaaknummer : 201600847
Zittingsdatum : 23 november 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 7:941 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van medisch specialistische zorg, genoten in Egypte (verder: de aanspraak). Bij brieven van 19 en 20 januari 2016 heeft de zorgverzekeraar verzoeker verzocht aanvullende informatie over te leggen.

3.2. Bij brief van 2 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoeker heeft zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

3.4. Bij brief van 23 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 18 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 15 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016108738) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen, tenzij verzoeker alsnog documenten overlegt waaruit de indicatie blijkt. Naar alle waarschijnlijkheid is verzoeker geopereerd vanwege gynaecomastie. Om voor vergoeding van chirurgische behandeling van gynaecomastie in aanmerking te komen, moet worden voldaan aan de voorwaarden die gesteld worden voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. Op basis van het dossier is niet te beoordelen of sprake was van een indicatie voor de operatie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 23 november 2016 telefonisch respectievelijk in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 24 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 28 november 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend arts heeft over verzoeker het volgende verklaard: "[Verzoeker] presented with mass in upper lateral quadrant of breast bilaterally. Patient prepared for operation. Operation done under general anesthesia. Compleat aseptie condition incision circum areaol dissection of mass with softly margin 2 cm. Removal of mass then compleat heamstasis then pat drain and closure. Mass send to histopathology. After 2 week remove of suture."
- 4.2. De behandelend arts heeft voorts over verzoeker verklaard: "[Verzoeker] presented with mass in upper lateral quadrant of breast removed bij subcutaneous mastectomy. Cost about 20.000 Egyptian Pound included pre&post medication (...)"
- 4.3. De behandelend arts heeft verder over verzoeker verklaard: "Male patient 50 year with multiple mass in right and left breast and we operate mastectomy in right and left breast and send mass to histopathology cost about 20.000 L.E and this is for information."
- 4.4. Verzoeker heeft tijdens zijn verblijf in Egypte in november 2015 een operatie moeten ondergaan. Om deze operatie te betalen, heeft verzoeker geld geleend. De nota van het Egyptische ziekenhuis is gedeclareerd bij de zorgverzekeraar en deze weigert een vergoeding te verlenen. Volgens de zorgverzekeraar kan niet worden beoordeeld of recht bestaat op vergoeding. Dit terwijl het ingevulde vragenformulier, de facturen en de doktersverklaringen (in het Engels) zijn overgelegd. Daarnaast wordt door de zorgverzekeraar verwezen naar het tarief voor een soortgelijke operatie in Nederland, echter dit bedrag is een veelvoud van wat de operatie in Egypte heeft gekost. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar voorgesteld contact op te nemen met het ziekenhuis en de arts in Egypte om op die manier nadere informatie te verkrijgen. De medewerkers van het ziekenhuis en de arts spreken uitstekend Engels, en daarnaast zou verzoeker, indien dit toch nodig is, kunnen zorgen voor een tolk. Communicatie zou derhalve geen probleem moeten zijn. De



zorgverzekeraar weigert echter over te gaan tot het opvragen van informatie bij het ziekenhuis en de arts in Egypte. Daarbij beroept de zorgverzekeraar zich in algemene zin op de door hem opgedane ervaringen, zonder nadere onderbouwing. Die ervaringen lijken te zien op toeristen die zorg in het buitenland krijgen, echter de situatie van verzoeker is totaal anders. Hij is geboren in Egypte en heeft persoonlijk met de artsen afspraken gemaakt. Het standpunt van de zorgverzekeraar komt er in de kern op neer dat hij het beter weet dan verzoeker, en dat zonder meer ervan wordt uitgegaan dat de gevraagde informatie niet kan worden verkregen. Welke informatie precies nodig is, is verzoeker nog immer onduidelijk.



Verzoeker wil de kosten van de operatie zo snel mogelijk terugbetalen aan degene van wie hij het geld daarvoor heeft geleend. De afwijzende beslissing van de zorgverzekeraar is onbegrijpelijk.

- 
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij tijdens zijn verblijf in Egypte op zijn rechterzij is gevallen. Vanwege de hierdoor ontstane problemen met de borst heeft hij zich tot een arts gewend. Deze heeft de wond geopend en schoongemaakt. Ook aan de linkerkant is een stukje opengemaakt en schoongemaakt. Daarna kreeg hij antibiotica en pijnstillers. Verzoeker heeft alle bewijsstukken aan de zorgverzekeraar gestuurd, maar dit bleek onvoldoende om tot vergoeding over te gaan. De Egyptische artsen kunnen echter niet meer informatie aanleveren.

- 
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 
- 5.1. Verzoeker heeft een nota van zorg in Egypte gedeclareerd. Deze nota is niet voldoende gespecificeerd. Om die reden is verzoeker op 20 januari 2016 verzocht aanvullende informatie over te leggen, waaronder een gespecificeerde nota en medische verslagen, en is hij verzocht een vragenformulier in te vullen. Verzoeker stuurde, naast het ingevulde vragenformulier, een bezwaarbrieven naar de zorgverzekeraar. Dit was onvoldoende informatie om tot een beoordeling te komen. Daarom zijn bij verzoeker een pathologisch verslag, een originele rekening met specificatie van de zorgkosten en de uitgevoerde medische verrichtingen, de diagnosestelling door de arts en het opnameverslag opgevraagd. Tevens is aan hem medegedeeld dat zonder die informatie, de rekeningen niet kunnen worden verwerkt. De zorgverzekeraar kan op basis van de beschikbare informatie niet beoordelen of verzoeker recht heeft op een vergoeding, en indien dit het geval is, welk tarief in Nederland gebruikelijk is voor dezelfde zorg.



De ervaring leert dat de zorgverzekeraar, indien hij daar om vraagt, geen medische gegevens krijgt van een buitenlandse arts of een buitenlands ziekenhuis. Dit heeft met name te maken met de privacy van de verzekerde/patiënt en het taalprobleem.



De zorgverzekeraar benadrukt dat als verzoeker de gevraagde gegevens alsnog aanlevert, zijn declaratie in behandeling wordt genomen.

- 
- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het niet om de medicijnen gaat. Onduidelijk is welke operatie is uitgevoerd. Ook het Zorginstituut meent dat mogelijk is geopereerd in verband met gynaecomastie.

- 
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 
- 6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 
- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 3 x 365 dagen;
- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek .

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- 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

Algemeen

(…)

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Verwijzing

- Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.

(…)

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 ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

(…)

B.4.5. Plastische chirurgie met of zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

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

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke 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;
(...)

Voorwaarden

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

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.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben, als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze internetsite en kunt u ook bij ons opvragen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

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.

(...)"

- 8.4. Artikel A.19.2. van de zorgverzekering betreft het indienen van nota's, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Wij handelen nota's af volgens de verzekeringsvoorwaarden van de door u gesloten verzekering(en), als ze aan bepaalde eisen voldoen:

- Nota's moeten:

o origineel zijn (geen kopie); of

o op voor computers leesbare gegevensdragers staan (bijvoorbeeld CD-ROM's, DVD's of BluRay's); of

o via elektronische gegevensuitwisseling bij ons aankomen. Bij sommige verzekeringen moet u op deze manier declareren. Dat is u bij het afsluiten van die verzekering(en) medegedeeld;

- Als u zorg in het buitenland hebt gehad, hebt u mogelijk recht op vergoeding van (een deel van) nota's die u eerder hebt ingediend in uw woonland.

In dat geval nemen wij kopieën van de originele, buitenlandse nota's in behandeling. Deze kopieën stuurt u op met daarbij een verklaring van het uitvoeringsorgaan van de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland, waaruit blijkt:

o dat (een deel van) de kosten niet voor vergoeding in aanmerking is gekomen; en

o hoe hoog het bedrag is dat voor uw rekening blijft.

- Nota's hebben betrekking op daadwerkelijk plaatsgevonden behandelingen en geleverde zorg of hulpmiddelen.

(...)

- Nota's zijn van u, de zorgverlener of zorginstelling afkomstig;

- Nota's moeten zo gespecificeerd en vertaald zijn, dat wij deze zonder vertaling, navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden kunnen afhandelen. Voor specificatie van nota's gaan wij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst. Zo moeten op een nota bij voorbeeld de naam en het adres van de zorgverlener, uw naam, de inhoud, aantal/periode en het bedrag van de

geleverde zorg staan. Op nota's van geneesmiddelen die u in het buitenland hebt gehaald, moet bijvoorbeeld vermeld staan wat de naam van het geneesmiddel is, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm. Als voor een bepaalde zorgvorm door de NZa specifieke eisen gesteld worden, gelden deze eisen boven die van de belastingdienst.

- Bij vergoeding gaan we uit van de datum van de behandeling of levering, niet van de besteldatum of de notadatum.

Let op!

(...)

- Nota's van geneesmiddelen die in het buitenland zijn verkregen moeten leesbaar (indien handgeschreven) en volledig zijn. Staat de naam van het geneesmiddel, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de nota? Stuur dan de bijsluiter, het doosje en/of etiketten mee op."

- 8.5. Artikel B.2. van de zorgverzekering betreft zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben we wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

(...)"

- 8.6. De artikelen A.19.2., B.2. en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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.

Medisch specialistische zorg, waaronder behandeling van plastisch chirurgische aard, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.9. Artikel 7:941 BW luidt, voor zover hier van belang:

"1 Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.

2 De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

3 Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.

4 De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.

5 Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt."

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Tussen Nederland en Egypte is geen verdrag op het terrein van de sociale ziektekostenverzekering gesloten, zodat uitsluitend de voorwaarden van de zorgverzekering van toepassing zijn.

9.2. De zorgverzekering biedt aanspraak op medisch specialistische zorg met opname (artikel B.4.). Indien deze zorg wordt genoten in het buitenland bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, bestaat aanspraak op vergoeding tot maximaal het Nederlandse tarief (artikel B.2.). Bij geplande zorg in het buitenland kan een verzekerde vooraf zorgadvies vragen aan de zorgverzekeraar.

9.3. Verzoeker stelt dat hij in november 2015 een operatie heeft ondergaan in Egypte. De kosten van deze operatie zijn gedeclareerd bij de zorgverzekeraar, en deze heeft vergoeding afgewezen omdat de nota niet is gespecificeerd, en daarnaast onvoldoende (medische) informatie omtrent de zorg is aangeleverd door verzoeker.

Naar de commissie begrijpt baseert de zorgverzekeraar zijn afwijzende beslissing op artikel A.19. van de zorgverzekering, waarin is geregeld dat (een kopie van) de originele, buitenlandse nota dient te worden overgelegd, en dat de nota gespecificeerd en vertaald dient te zijn. Deze specificatie houdt in dat de naam en het adres van de zorgverlener en de naam van de verzekerde dienen te worden vermeld, alsook de inhoud, het aantal/de periode en het bedrag van de geleverde zorg. In het dossier zijn verschillende verklaringen van de Egyptische arts aanwezig, waaruit blijkt dat een mastectomie beiderzijds bij verzoeker is uitgevoerd en dat de kosten van deze operatie ongeveer 20.000 Egyptische Pond bedragen. Een originele ziekenhuisnota is door verzoeker echter niet overgelegd. Voorts is in het dossier een nota van een laboratorium in Egypte aanwezig. Deze nota betreft bloedonderzoek, en het (betaalde) bedrag is 572,00 - naar de commissie begrijpt - Egyptische Pond.

De commissie is van oordeel dat op basis van de door verzoeker overgelegde stukken onvoldoende duidelijk is welke zorg in november 2015 aan verzoeker is geleverd, wat de aanleiding hiervoor was c.q. wat de diagnose was, en wat de kosten van deze zorg zijn. Een originele, gespecificeerde ziekenhuisnota ontbreekt, en uit de verklaringen van de arts kan de indicatie niet worden afgeleid. Daarnaast blijkt uit de nota van het laboratoriumonderzoek niet dat deze op verzoeker ziet. De naam van de patiënt is in het Arabisch vermeld, en de naam van degene die heeft betaald is niet de naam van verzoeker. Enkel op basis van het feit dat bij leeftijd '50 Years' staat vermeld, kan niet worden aangenomen dat de nota verzoeker betreft. Voorts is door verzoeker niet duidelijk gemaakt welk bedrag of welke bedragen exact aan de zorgverleners in Egypte is/zijn voldaan. De verklaringen van de arts maken melding van circa 20.000 Egyptische Pond voor de operatie, en de nota van het laboratoriumonderzoek betreft 572,00, zonder vermelding van de valuta. Dat genoemde bedragen door verzoeker of iemand namens hem zijn voldaan, is niet aannemelijk gemaakt, terwijl daarnaast niet is vast te stellen waarvoor en aan wie de betaling zou hebben plaatsgevonden.

Derhalve heeft verzoeker niet voldaan aan zijn verplichtingen uit artikel A.19. van de zorgverzekering en artikel 7:941 BW. De zorgverzekeraar heeft terecht geconcludeerd dat onvoldoende informatie beschikbaar is om de nota(s) en de eventuele aanspraak op vergoeding hiervan te kunnen beoordelen.



Conclusie

9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 7 december 2016,



P.J.J. Vonk

