

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta

Zaaknummer: 202500178

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 31 juli 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 augustus 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 8 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 oktober 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 14 november 2025 respectievelijk 2 december 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Bij brief van 27 oktober 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025024733) aan de commissie een advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 3 december 2025 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 19 december 2025 heeft verzoekster op het advies gereageerd. Een kopie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.5. De reactie van verzoekster van 19 december 2025 is op 24 december 2025 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 27 oktober 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 7 januari 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Zorg Vrij (Combinatie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Compleet en Fit (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 2.2. Bij declaratieformulier van 5 november 2024 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de kosten gedeclareerd van een bij haar uitgevoerde ooglidcorrectie en levatorplastiek. Bij uitkeringsbericht van 8 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten afgewezen.
- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 24 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 27 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 7 januari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de op 5 november 2024 gedeclareerde kosten ter zake van een bij haar uitgevoerde ooglidcorrectie en levatorplastiek te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij in 2011 kampte met vochtophopingen rond haar ogen en slechter kunnen zien. Via de huisarts en een oogarts is verzoekster terechtgekomen bij een plastisch chirurg die een voorhoofdslift adviseerde. Verzoekster durfde een dergelijke grote ingreep niet aan en daarom koos zij voor een minder ingrijpende ooglidcorrectie. Omdat verzoekster regelmatig in Frankrijk verblijft, werd bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een aldaar uit te voeren ooglidcorrectie. Deze aanvraag werd door de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar akkoord bevonden, maar omdat eventuele complicaties niet werden vergoed, moest verzoekster voor behandeling uitwijken naar een medisch specialist in Nederland. Deze adviseerde haar geen ooglidcorrectie te laten uitvoeren, maar een wenkbrauwlift. Nadat de hiertoe bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar ingediende aanvraag eerst was afgewezen, werd deze na een bezoek aan de medisch adviseur alsnog akkoord bevonden. Zowel in de aanvraag als in de akkoordverklaring is vermeld dat de wenkbrauwcorrectie nog zou worden gevolgd door een ooglidcorrectie. De wenkbrauwcorrectie is uitgevoerd in het najaar van 2012.
- 3.3. Nadat de wenkbrauwcorrectie had plaatsgevonden, kreeg verzoekster te maken met complicaties, waarna zij besloot een en ander even te laten rusten. Uiteindelijk heeft verzoekster in 2024 de knoop doorgehakt en in een andere kliniek een ooglidcorrectie en levatorplastiek laten uitvoeren. De nadien van deze kliniek ontvangen nota's heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Tot haar ontsteltenis heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten afgewezen. Verzoekster kan zich met deze beslissing niet verenigen, omdat in 2011 bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar een aanvraag werd gedaan voor een uit te voeren ooglidcorrectie. Hierop werd toen een e-mailbericht ontvangen. In 2012 heeft de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring afgegeven voor een wenkbrauwcorrectie én een nog uit te voeren ooglidcorrectie. Door het "dan weer wel, dan weer niet"-beleid van de ziektekostenverzekeraar weet verzoekster niet meer waar zij aan toe is. Voor zover de ziektekostenverzekeraar stelt dat geen vergoeding mogelijk is omdat zij is behandeld in een privékliniek, geldt dat verzoekster niet ervan op de hoogte was dat dit niet was toegestaan.

Hetzelfde geldt voor de eis dat voorafgaand aan de ingreep een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar moest worden ingediend.

- 3.4. Bij e-mailbericht van 19 december 2025 heeft verzoekster in reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut aangevoerd dat in het advies niet wordt vermeld dat de afdeling buitenland van de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar destijds al een goedkeuring had gegeven voor het uitvoeren van een ooglidcorrectie. Het is voor verzoekster teleurstellend te lezen dat slechts wordt ingegaan op het juridische aspect van de klacht en niet op het menselijke. Het had de ziektekostenverzekeraar gesierd als de gemaakte fouten werden toegegeven en er bijvoorbeeld een bedrag van € 500,- uit coulance was betaald.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat in artikel B.4.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat behandelingen van plastisch chirurgische aard dienen te worden uitgevoerd in een ziekenhuis of Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC). De kliniek waar verzoekster de ooglidcorrectie en de levatorplastiek heeft laten uitvoeren is een privékliniek. Een privékliniek valt niet onder de Wet Toetreding Zorgaanbieders en is ook geen erkende instelling voor medisch-specialistische hulp. Een en ander volgt ook uit de facturen die verzoekster van de betreffende kliniek heeft ontvangen. Hierop is alleen een bedrag genoemd, zonder vermelding van een DBC-code. Dit laatste is op grond van artikel A.19 wel een vereiste. Het ontbreken van een geldige DBC-code vormt voor de ziektekostenverzekeraar een grond om vergoeding van de kosten te weigeren.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat de behandelend arts op zijn website vermeldt dat een ooglidcorrectie door de zorgverzekeraar wordt vergoed als de patiënt niet daar wordt behandeld, maar zal worden doorverwezen naar een ziekenhuis in de omgeving. Gelet op deze informatie kan de ziektekostenverzekeraar de opmerking van de behandelend arts dat bij verzoekster sprake zou zijn van een gezichtsveldbeperking niet plaatsen. Als dit aan de orde was, zou verzoekster immers zijn doorverwezen naar een ziekenhuis. Overigens blijkt uit de overgelegde foto's niet dat bij verzoekster sprake is van een verzekeringsindicatie voor een ooglidcorrectie. De pupillen van verzoekster zijn hierop volledig zichtbaar en evenmin was bij haar een gezichtsveldbeperking aan de orde.
- 4.3. Voor zover verzoekster stelt dat de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar in 2012 heeft toegezegd een ooglidcorrectie te zullen vergoeden, geldt dat dit door haar niet aannemelijk is gemaakt. Gelet op de voor zorgverzekeraars geldende maximale bewaartermijn, heeft de ziektekostenverzekeraar zelf geen gegevens meer uit 2012. Het is daarom aan verzoekster bewijs van deze toezegging over te leggen. In de onderhavige procedure heeft verzoekster alleen een akkoordverklaring voor een wenkbrauwcorrectie overgelegd. Een wenkbrauwcorrectie is echter een meer omvangrijke correctie dan een ooglidcorrectie. Een zorgverzekeraar zal daarom nooit een akkoord geven voor zowel een wenkbrauwcorrectie als een bovenooglidcorrectie. Dit omdat aannemelijk is dat de wenkbrauwcorrectie eigenlijk altijd ervoor zal zorgen dat een verbetering optreedt van de overhang van de oogleden, en dat er na deze ingreep geen pupilbedekking meer is die nog is aan te merken als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. En als onverhoopt na de wenkbrauwcorrectie toch nog sprake zou zijn van een grote mate van pupilbedekking, dan zou die ingreep opnieuw aangevraagd en beoordeeld moeten worden. Een nieuwe aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar nimmer ontvangen.
Voor zover verzoekster stelt dat de bovenooglidcorrectie moet worden gezien als een vervolgbehandeling volgt de ziektekostenverzekeraar dit standpunt niet. In de eerste plaats omdat met de al uitgevoerde wenkbrauwcorrectie de destijds aanwezige overhang is verholpen. Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat de wenkbrauwcorrectie niet goed zou zijn uitgevoerd. Als na een uitgevoerde wenkbrauwcorrectie nog enige overhang aanwezig blijft, die echter geen ernstige functiestoornis meer vormt of als de bovenoogleden gaandeweg toch weer

meer gaan hangen door de ptosis, dan is dat natuurlijk heel vervelend, maar is dat geen grond voor een medische vervolgingreep.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 27 oktober 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Verminking

Om te toetsen of sprake is van verminking is de foto die als bijlage is bijgevoegd bij de brief van 24 maart 2025 van de behandeld arts en zijn de foto's die verzoekster op 17 december 2024 in bezwaar aan verweerder heeft gestuurd, beoordeeld. De tweede foto als bijlage bij de brief van 17 december 2024 is niet bruikbaar. De foto is schuin ingeschoten, onscherp en verzoekster lijkt met samengeknepen ogen tegen het zonlicht in te kijken. Op de andere foto's is te zien dat er van het rechterooglid van verzoekster meer huid te zien is dan van het linkerooglid. Er is dus sprake van asymmetrie. Dit is slechts in beperkte mate aanwezig. De asymmetrie is niet in de orde van grootte zoals die wordt omschreven in de uitleg van het criterium 'verminking' in de VAV-werkwijzer ("misvorming van een lichaamsdeel"). Aan deze voorwaarde wordt dan ook niet voldaan.

Lichamelijke functiestoornis

Verzoekster stelt in haar email gedateerd op 21 januari 2025 dat de medisch adviseur in 2012 heeft vastgesteld dat er bij haar sprake is van een vernauwde gezichtsspleet. Dit wordt bevestigd door de brief van betreffende medisch adviseur van de rechtsvoorganger van verweerder, gedateerd op 8 maart 2012. Daarna is er in het najaar van 2012 een wenkbrauwlift uitgevoerd, waarmee de gezichtsspleet hoogstwaarschijnlijk is veranderd. De beoordeling van de medisch adviseur in maart 2012 is om deze reden dan ook niet bruikbaar om te beoordelen of er ná de operatie nog sprake is van een lichamelijke functiestoornis.

Voor meting van de gezichtsspleet wordt op basis van de VAV-werkwijzer aangehouden dat de doorsnede van een volwassen iris 12 mm is. Er is sprake van een vernauwing van de gezichtsspleet als de afstand tussen de onderrand van het bovenste ooglid en het centrum van de pupil 1 mm is, oftewel 1/12e van de doorsnede van de iris.

Ter beoordeling van de lichamelijke functiestoornis zijn de eerdergenoemde foto's bestudeerd. De eerste foto als bijlage bij de brief van 17 december 2024 is niet bruikbaar voor medische beoordeling. Het rechteroog valt in de schaduw waardoor geen goed onderscheid is te maken tussen de pupil en de iris. De tweede foto als bijlage bij de brief van 17 december 2024 is ook bij deze beoordeling niet bruikbaar.

Op de overige foto's is gemeten dat de afstand tussen de onderrand van het bovenste ooglid en het centrum van de pupil bij het rechteroog meer is dan 1 mm. De pupil van het linkeroog is op alle foto's zichtbaar. Daarmee is er geen vernauwing van de gezichtsspleet. Er kan dus niet worden geconcludeerd dat er bij verzoekster sprake is van een lichamelijke functiestoornis.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat bij verzoekster geen sprake is van een verminking of lichamelijke functiestoornis. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van een bovenooglidcorrectie ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster voldoet niet aan de indicatiecriteria voor een bovenooglidcorrectie.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 plastische chirurgie en het toestemmingsvereiste en ook de bepalingen uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) 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 zorgverzekering biedt onder bepaalde voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder een bovenooglidcorrectie en een levatorplastiek. Dit blijkt uit het bepaalde in artikel B.4.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor de aanspraak op grond van de zorgverzekering geldt hierbij dat behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor vergoeding in aanmerking komen als sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Verder is in genoemd artikel opgenomen dat de behandeling dient te worden uitgevoerd in een ziekenhuis of Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC).
De ziektekostenverzekeraar heeft verschillende afwijzingsgronden genoemd, te weten dat de bovenooglid correctie en levatorplastiek zijn uitgevoerd in een privékliniek, dat een verzekeringsindicatie voor deze ingrepen ontbreekt, en dat de zorgaanbieder niet heeft gedeclareerd door middel van een bestaande DBC-code. De commissie overweegt met betrekking tot deze laatste afwijzgrond als volgt.

- 7.3. Uit artikel 35, eerste lid, Wmg en de aanvullende regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) volgt dat het zorgaanbieder niet is toegestaan voor medisch specialistische zorg een ander tarief dan het rechtsgeldige tarief in rekening te brengen. Verder moet medisch specialistische zorg worden gedeclareerd met vermelding van een DBC-code. Het ontbreken hiervan of het vermelden van een onjuiste DBC-code, maakt het voor een zorgverzekeraar onmogelijk na te gaan welke prestatie precies is geleverd en of het vermelde tarief passend is bij die prestatie. Dit gegeven vormt grond voor vergoeding van de nota te weigeren, hetgeen de zorgverzekeraar ook in artikel A.19 van de voorwaarden van de zorgverzekering heeft opgenomen. Door verzoekster zijn kopieën van de bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerde facturen overgelegd. Op de betreffende facturen staat geen DBC-code vermeld. De zorgaanbieder heeft op 24 maart 2025 verklaard niet te declareren met een DBC-code. Aangezien op de facturen een DBC-code ontbreekt, stond het de ziektekostenverzekeraar, gelet op artikel A.19 van de voorwaarden van de zorgverzekering, vrij vergoeding van de kosten al om die reden te weigeren. De stelling van verzoekster dat zij niet op de hoogte was van deze voorwaarde leidt niet tot een ander oordeel. Verder kan in het midden blijven waar de behandeling heeft plaatsgevonden en of bij verzoekster sprake was van een verzekeringsindicatie voor de behandeling.

Eerder gegeven toestemming

- 7.4. Verzoekster heeft gesteld dat zij in 2011 en 2012 van de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht respectievelijk een machtiging heeft ontvangen waaruit

de toestemming blijkt voor het uitvoeren van een bovenooglidcorrectie. Ter onderbouwing van haar stelling zijn door verzoekster een e-mailbericht van 28 juni 2011 en een machtiging van 8 maart 2012 van de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar overgelegd.

De commissie overweegt dat in het e-mailbericht van 28 juni 2011 alleen wordt gemeld dat als van het Bronovo ziekenhuis een aanvraag voor een bovenooglidcorrectie wordt ontvangen de kosten zullen worden vergoed. In de machtiging van 8 maart 2012 staat – in afwijking van hetgeen verzoekster heeft verklaard – uitsluitend dat de kosten van een aangevraagde wenkbrauwlift worden vergoed. Naar de commissie begrijpt heeft deze laatste ingreep ook plaatsgevonden en is vergoeding verleend voor de hiermee gemoeide kosten.

Los van het feit dat de gestelde toestemming voor een bovenooglidcorrectie hiermee niet door verzoekster is aangetoond, blijft de eerdere conclusie in stand dat de zorgaanbieder de door deze uitgevoerde ooglidcorrectie en levatorplastiek niet met een DBC-code heeft gedeclareerd, en dat om die reden de kosten hiervan niet door de ziektekostenverzekeraar hoeven te worden vergoed.

Slotsom

7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 februari 2026,

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Plastische chirurgie (artikel B.4.5.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Plastische chirurgie.
Het gaat om behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Daarnaast de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen en laboratoriumonderzoek. Als er een opname nodig is, omvat de zorg ook opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg, opname, verpleging en verzorging.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor plastische chirurgie.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
 - U heeft een afwijking in uw uiterlijk met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door objectief onderzoek is vastgesteld dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Bijvoorbeeld onbehandelbare, continu aanwezige smetplekken in de huidplooï bij een forse overhang van de buik.
 - U heeft een verminking die is ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting.
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.
 - U heeft verlamde of verslapte bovenoogleden.
De verlamming of verslapping heeft een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
 - U heeft agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders.
De ingreep bestaat uit het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen of transvrouwen. Bij transvrouwen moet de genderincongruentie (transseksualiteit) zijn vastgesteld. Dit doet een zorgaanbieder die meewerkt aan een transgenderennetwerk.
 - U heeft correctie nodig van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde genderincongruentie (transseksualiteit).
 - U heeft een aangeboren misvorming.
Zoals een lip-, kaak- of gehemeltespleet, misvorming van het benig aangezicht. Of er is sprake van goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken, misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
 - U heeft een borstverkleining nodig.
Hiervan is sprake bij cup DD/E of groter (of cup D als u kleiner bent dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Deze klachten komen door de zwaarte van uw borsten en beperken u aanzienlijk. Andere behandelingen of therapieën hebben uw klachten niet verholpen. Uw gewicht is stabiel en niet te hoog.
 - U heeft een laserbehandeling van de huid nodig.
Hiervan is sprake bij (in het oog springende) verminking of bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden afwijkingen niet als zodanig gezien.
 - U heeft een neuscorrectie nodig.
Hiervan is sprake bij een fors beperkte doorgankelijkheid van de neus die niet op een andere manier te behandelen is. Een correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Wat zijn de voorwaarden?

- Als een opname nodig is, komt deze voor maximaal 1095 dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - Wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
 - Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en heeft u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen.
 - Wordt uw opname onderbroken voor weekend- of vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.
- Bij opname moet er medische noodzaak zijn in verband met geneeskundige zorg.
- De Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV) Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
De Werkwijzer is te vinden op vavolksgezondheid.nl onder 'Werkwijzers VAGZ/VAV'.

Van wie heeft u een verwijzing nodig?

- Huisarts.
- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Medisch specialist.
- Verpleegkundig specialist.
- Physician assistant.
- Jeugdarts.
- Bedrijfsarts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voor een behandeling die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen (Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN). Deze lijst staat op onze website.
- Voor een bovenooglidcorrectie beoordeelt een gecontracteerde zorgverlener of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener heeft u wel een akkoordverklaring van ons nodig.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Medisch specialist.
Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Liposuctie van de buik.
- Verwijderen borstprothese zonder medische noodzaak.
- Plaatsen of vervangen borstprothese.
Als geen sprake is van:
 - een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of
 - agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen.
- De kosten van foto's die wij opvragen voor de aanvraag voor een akkoordverklaring.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Mededelingen en toezeggingen

De akkoordverklaring is alleen geldig als u schriftelijk toestemming van ons heeft gehad. Wij sturen dan een brief naar het door u doorgegeven post- of e-mailadres. Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die ontstaat als u te laat of geen berichten krijgt. Bijvoorbeeld omdat wij het verkeerde adres hebben ontvangen.

Geldigheidsduur

Een door ons afgegeven akkoordverklaring is geldig:

- op basis van algemeen geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden;
- voor maximaal 365 dagen, behalve als we anders aangeven. Als wij binnen deze periode de specifieke voorwaarden voor uw zorg veranderen, mag u de behandeling volgens de akkoordverklaring afmaken.

Een door ons afgegeven akkoordverklaring is niet meer geldig als:

- de betreffende wet- of regelgeving wijzigt; of
- als uw verzekering is veranderd of stopt. Behalve als de ingangsdatum van een behandeling met een DBC-zorgproductcode binnen de looptijd van uw verzekering ligt.

Zie ook:

[DBC Zorgproduct](#) (begrippen)

A.19. Rekeningen

Vergoeding algemeen

U krijgt nooit meer vergoed dan de werkelijke kosten van de zorg die op de rekening staan.

Rekeningen algemeen

Heeft u recht op vergoeding? Dan ontvangt u de vergoeding op uw banknummer (IBAN) dat bij ons bekend is.

Declareren en vergoeden van rekeningen kan op verschillende manieren:

- Een gecontracteerde zorgverlener declareert meestal rechtstreeks bij ons. Wij vergoeden dan rechtstreeks aan de zorgverlener.
- Een niet-gecontracteerde zorgverlener geeft of stuurt u de rekening. Deze kunt u bij ons declareren. Wij vergoeden dan aan u als u daar recht op heeft.
- De volgende acties of handelingen zijn uitgesloten:
- uw vordering of een ander recht op ons mag u niet overdragen aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of aan iedere andere derde;
- een zekerheidsrecht (zoals een pandrecht) mag u niet geven aan een niet-gecontracteerde zorgverlener of anderen die wij niet gecontracteerd hebben;
- een niet-gecontracteerde zorgverlener of iedere andere derde mag u geen toestemming, een last, instructie of andere opdracht geven om namens u te declareren. Zij mogen ook geen betaling in ontvangst te nemen, of een betaling aannemen waarmee een verplichting van u aan die ander wordt voldaan. Ook niet als u daar toestemming of opdracht voor geeft.

Waar rekeningen aan moeten voldoen

Aan welke eisen moet een rekening voldoen?

- het moet gaan om zorg die werkelijk geleverd is;
- de rekening moet binnen 36 maanden na de zorg bij ons binnen zijn. U heeft geen recht meer op vergoeding als wij de rekening na 36 maanden binnen hebben.
- de rekening is in een van de volgende talen: Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. Dit geldt ook voor behandelverslagen. Is dit niet een van die talen? Dan vragen wij u om een vertaling van de rekening. U kunt de vertaling ook door ons te laten regelen. U moet dan wel de kosten van het vertaalbureau aan ons terug te betalen;
- u moet de rekening hebben ingestuurd of een gecontracteerde zorgverlener heeft dat namens u gedaan;
- wij moeten de rekening zonder navraag, bewerking of onderzoek kunnen afhandelen. Wij gaan daarbij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst. In ieder geval moet op de rekening staan:
- naam en adres van de zorgverlener;

- uw naam en geboortedatum;
- de inhoud van de gegeven zorg;
- de datum of de periode waarin de zorg is gegeven;
- de kosten van de gegeven zorg;
- de juiste DBC-zorgproductcode als het gaat om medisch specialistische zorg;
- het nummer van de zorgverlener in het BIG-register als het om een zorgverlener gaat die BIG-geregistreerd moet zijn;
- de AGB-code als dat van toepassing is.
- de vereisten aan een rekening zoals de belastingdienst die stelt voor de BTW.

Bij vergoeding van de zorg gaat het om de datum van de behandeling of de levering. De datum van de rekening of de datum van een bestelling van een (hulp)middel is niet van belang.

Wat doen wij niet?

- wij vergoeden geen offertes, voorschotrekeningen, herinneringen of aanmaningen;
- wij sturen geen rekeningen of documenten die bij de rekening horen terug. Ook niet als er maar een deel of helemaal niets is vergoed. U kunt wel een gewaarmerkte kopie (kopie van de rekening met een originele waarmerkstempel) bij ons opvragen.

Zie ook:

- [AGB-code](#) (begrippen)
- [DBC Zorgproduct](#) (begrippen)

Buitenlandse rekeningen die niet helemaal vergoed zijn

Woont u niet in Nederland en heeft u in uw woonland zorg gehad? U heeft de originele rekening ingediend en die is niet helemaal vergoed? Dan heeft u misschien recht op (een deel van) vergoeding uit uw basisverzekering.

Wat moet u doen?

U stuurt (een kopie van) de rekening naar ons met daarbij een verklaring van de sociale of wettelijke verzekering van het land waarin u woont. In die verklaring moet staan:

- dat (een deel van) de kosten niet is vergoed en
- welk bedrag er niet is vergoed.

Zorgkosten declareren

Hoe kunt u uw zorgkosten declareren?

- met uw smartphone via onze app stuurt u ons de rekeningen digitaal;
 - online via de Mijn omgeving stuurt u ons de rekeningen digitaal;
 - via de post stuurt u ons de originele rekeningen;
- Soms mag het ook een kopie zijn als u dat met ons heeft afgesproken. Dat is een uitzondering. Uw gecontracteerde zorgverlener stuurt de rekeningen rechtevreeks naar ons in.

Als wij rechtstreeks betalen aan de zorgverlener

Als wij met een zorgverlener hebben afgesproken dat hij de rekeningen rechtstreeks bij ons declareert dan betalen wij ook rechtstreeks aan de zorgverlener. U bent verplicht hieraan mee te werken. Op dat moment vervalt onze plicht om die kosten aan u te vergoeden. Een rekening van een zorgverlener kunnen we ook verrekenen met een voorschot dat de zorgverlener al heeft gehad.

Als wij meer betalen aan de zorgverlener dan waar u recht op heeft

Wij betalen aan een gecontracteerde zorgverlener altijd de hele rekening. Het kan zijn dat we dan meer betalen dan de vergoeding waar u recht op heeft. Bijvoorbeeld omdat u nog eigen risico moet betalen of omdat er een wettelijke eigen bijdrage is. U moet dat deel dan aan ons terugbetalen.

Toen u bij ons verzekerd werd heeft u ons een volmacht tot incasso gegeven. Dat betekent dat u toestemming heeft gegeven om de premie bij u te innen en ook de het bedrag dat wij te veel betalen aan de zorgverlener.

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, 2.6, 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.

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:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - 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 verslakte 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 gehemeltespelten, 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;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

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. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging 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;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

Wet marktordening gezondheidszorg

Artikel 35

1. Het is een zorgaanbieder verboden een tarief in rekening te brengen:

- a. dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel b, is vastgesteld;
 - b. dat niet ligt binnen de tariefruimte die op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel c, voor de betrokken prestatie is vastgesteld;
- (...)

(...)

3. Het is een ziektekostenverzekeraar verboden een tarief als bedoeld in het eerste lid, te betalen of aan derden te vergoeden.

Artikel 50

1. De zorgautoriteit legt, met inachtneming van de artikelen 51 tot en met 56 en 59, in een beschikking ten behoeve van het rechtsgeldig in rekening kunnen brengen van een tarief vast:

- a. of er sprake is van een vrij tarief, zijnde een tarief waarop artikel 35, eerste lid, onderdelen a en b, niet van toepassing is;
- b. of er sprake is van een vast tarief;
- c. of er sprake is van een bedrag dat ten minste of ten hoogste als tarief in rekening kan worden gebracht;
- d. de beschrijving van de prestatie, deel van de prestatie of geheel van prestaties behorend bij het tarief bedoeld in de onderdelen a, b en c.

Bij de toepassing van de aanhef en onderdelen b en c in de eerste volzin stelt de zorgautoriteit de hoogte van het tarief dan wel het bedrag dat als tarief in rekening kan worden gebracht vast in die beschikking.

(...)