



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis  
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te  
Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, vergoeding nota's,  
retour zenden nota's

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, Voorwaarden aanvullende  
ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202001379

Zittingsdatum : 3 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

A te B , hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 20 augustus 2020 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 24 november 2020 aan verzoekster gezonden. Zij is bij die gelegenheid gevraagd of het geschil is opgelost. Verzoekster heeft op 10 december 2020 per e-mail meegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 maart 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend \*\*\*\*, Aanvullend Tand \*\*\*, en Extra Aanvullend KBO-PCOB (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar nota's ingediend van een behandeling in het AZ Turnhout ten bedrage van € 133,19. De ziektekostenverzekeraar heeft deze nota's afgewezen. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar gevraagd, geweigerd de originele nota's terug te sturen. Dit alles speelde op verschillende data in 2020.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Op 29 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 november 2020, voor zover hier van belang, verklaard:

*"(...) - De behandeling van 21 september 2019 van de huisartsenwachtpost in Turnhout. Deze kosten zijn blijkens het declaratieoverzicht nr. 3/2020 van 8 juni 2020 afgewezen met als reden dat er een betaalbewijs was ingediend. Met andere woorden informatie omtrent de behandeling ontbreekt.*

*- Het uitgebreid consult en parodontale nazorg van Ordentall d.d. 5 mei 2020 ter hoogte van € 117,78.*

*Deze twee laatste declaraties gaan wij alsnog vergoeden. Van de declaratie van de huisartsenwachtpost is in het dossier ook het voorschrift van de arts (...) aanwezig waaruit blijkt dat de behandeling wondzorg betrof. Gelet hierop kunnen wij de afwijzing niet handhaven.*

*De nota van Ordentall wordt ten last[e] van het Aanvullend Tand\*\*\* gebracht. De maximale vergoeding bedraagt € 1.000,- per persoon per kalenderjaar en aangezien verzekerde haar maximum vergoeding nog niet heeft bereikt krijgt ze het volledige bedrag ad € 117,78 vergoed. (...)"*

3.5. Verzoekster heeft op 9 december 2020, voor zover hier van belang, verklaard:

*"(...) Het probleem van de aanvullende vergoeding is opgelost gezegd zijnde dat dit niet het probleem is want volgens opgaaf Zilveren Kruis hadden zij nimmer deze declaraties ontvangen.*

*Het probleem van het niet vergoeden van de visite aan de Neuroloog (...) van AZ Turnhout is niet opgelost en ik ben ook geenszins van plan na het inzenden van de verwijfsbrief door de huisarts een afschrift te zenden.*

*Het is onbeleefd en ongekend om aan een declaratie medewerker medische informatie te verstrekken. Ik handhaaf onverkort dat het geschil niet is opgelost op dit punt. (...)"*

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de nota van het AZ Turnhout ten bedrage van € 133,19 alsnog moet vergoeden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar desgevraagd de originele nota's moet retourneren.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Ten aanzien van de behandeling in het AZ Turnhout voert verzoekster aan dat hieraan een verwijzing ten grondslag ligt. Door haar is een verwijfsbrief d.d. 24 februari 2020 overgelegd. Volgens verzoekster volstaat dit en zal de behandelend neuroloog een behandelverslag aan de huisarts sturen. Verzoekster weigert extra informatie aan te leveren, aangezien deze wordt ingezien door medewerkers van de declaratieafdeling. Dit is een schending van haar privacy. Dat de informatie aan de medisch adviseur wordt gezonden is door de ziektekostenverzekeraar weliswaar gesteld, maar dit is niet de praktijk.

Waar het gaat om het retourneren van de nota's verwijst verzoekster naar haar brief van 27 mei 2020, waarin zij hierom nadrukkelijk heeft verzocht. De nota's blijven na indiening eigendom van de verzekerde; in de polisvoorwaarden is geen hiervan afwijkende regeling opgenomen. Volgens informatie van de ziektekostenverzekeraar blijven de nota's nog tien dagen bewaard. Binnen die termijn werd haar verzoek gedaan en ten onrechte is hieraan geen gevolg gegeven.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat de nota van het AZ Turnhout onvoldoende duidelijk is, en hij verwijst in dit verband naar artikel 5.2.c. van de verzekeringsvoorwaarden. Daarnaast ontbreekt een verwijzing. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat originele nota's worden gescand en dat deze na tien dagen worden vernietigd. Deze mogen ook in het kader van de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) niet te lang worden bewaard. Voorts wordt hiermee voorkomen dat nota's nogmaals kunnen worden ingediend. Desgevraagd kan een gewaarmerkte kopie worden verstrekt. Dit is niet in de verzekeringsvoorwaarden geregeld en de ziektekostenverzekeraar dankt verzoekster dat zij dit signaal heeft afgegeven.

#### **Afwijzing nota AZ Turnhout**


- 6.4. De commissie neemt aan dat, nu door verzoekster een kopie van de verwijzing door de huisarts van 24 februari 2020 is overgelegd, de weigering van de ziektekostenverzekeraar alleen nog ziet op de duidelijkheid van de ingediende nota.

Door verzoekster is een kopie van het stuk overgelegd. De commissie stelt vast dat, naast algemene gegevens betreffende de instelling en de persoonsgegevens van verzoekster, in de verschillende kolommen zijn vermeld: de datum, het 'nummer van de verstrekking', het 'RIZIV nummer' en de 'naam van de verstrekker', en het bedrag. Daarmee voldoet de nota niet aan het bepaalde in artikel 5.4 van de verzekeringsvoorwaarden, waarin is bepaald dat de in te dienen nota duidelijk gespecificeerd moet zijn. Voorts is in artikel 5.2.c. van de verzekeringsvoorwaarden bepaald: "U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie." Het door verzoekster geuite privacybezwaar staat hieraan niet in de weg, aangezien zij het gevraagde kan insturen ter attentie van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar.

De commissie concludeert dat op basis van de ingediende nota door de ziektekostenverzekeraar niet kon worden vastgesteld of hij tot vergoeding was gehouden, en zo ja toe welk bedrag. De afwijzing was daarom terecht.

#### **Retourzending originele nota's**

- 6.5. De commissie stelt vast dat dit onderwerp niet is geregeld in de verzekeringsvoorwaarden. De vraag is vervolgens of dit ook nodig is. Indien immers een nota wordt ingediend en deze volledig door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed, heeft de verzekerde geen redelijk belang bij terugzending van het origineel en zal dit wel tot extra kosten leiden. Dit kan anders liggen bij gedeeltelijke vergoeding of afwijzing van de nota. Mogelijk kan de verzekerde de kosten elders (gedeeltelijk) vergoed krijgen. Het argument van de ziektekostenverzekeraar dat originele nota's niet worden geretourneerd om te voorkomen dat deze nogmaals worden gedeclareerd overtuigt niet. Het is namelijk ook mogelijk een nota te scannen en deze elektronisch in te dienen. Daarbij kan de ziektekostenverzekeraar het opnieuw declareren voorkomen door een reeds ingediende nota 'af te stempelen' alvorens deze terug te sturen. Daarmee is echter nog niet gezegd dat hij ook verplicht is een afgehandelde nota te retourneren. Hier geldt dat een afweging moet worden gemaakt tussen de belangen van de verzekerde en die van de ziektekostenverzekeraar. Laatstgenoemde heeft een relatief groot belang in verband met zijn bedrijfsvoering. Als gezegd leidt het – gevraagd en ongevraagd – terug sturen van originele nota's tot extra kosten. Hier komt bij dat het proces zo is ingericht dat de originelen maar tien dagen bewaard blijven, zodat in geval van uitsluitend retourneren op verzoek, de verzekerde snel zal moeten handelen. De commissie constateert anderzijds dat het belang van de verzekerde gering is, zeker nu de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat op verzoek een gewaarmerkte kopie van de ingediende nota kan worden verstrekt. Niet valt in te zien voor welk doel het origineel wel en de gewaarmerkte kopie niet kan volstaan. In dit geval heeft verzoeker toegelicht dat hij de originele nota retour wilde ontvangen om deze met de verwijzing opnieuw in te dienen. Dit lijkt onnodig; er werd slechts om de verwijzing gevraagd. Gelet op het voorgaande passeert de commissie de stelling van verzoeker dat aan zijn verzoek tegemoet had moeten worden gekomen omdat hij met brief van 27 mei 2020 expliciet en tevens binnen de termijn van tien dagen heeft gevraagd de originele nota te retourneren.

 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 april 2021,



J.W. Heringa



# BIJLAGEN

## 1. Polisvoorwaarden

#### 4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

#### 4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, of
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

### A.5 Wat zijn uw verplichtingen?

**5.1** Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

#### 5.2 Algemene verplichtingen

U heeft recht op zorg als u aan de volgende verplichtingen voldoet:

a Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:

- rijbewijs;
- paspoort;
- Nederlandse identiteitskaart;
- vreemdelingendocument.

b Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.

c U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.

d U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.

e U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.

f U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.

g U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

#### 5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

a Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.

b Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

#### 5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren via de Declaratie-app of Mijn Zilveren Kruis. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's te bewaren tot 1 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's bij u opvragen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen.

#### 5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

**Let op!** Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op.

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de voorwaarden recht op had. Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

