



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen  
Zaak : EU-EER, Frankrijk, specificatie nota's  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, en 2.4 Bzv, art. 19 Vo. nr. 883/2004, art. 25 Vo. nr. 987/2009, art. 6:248 BW  
Zaaknummer : 202001827  
Zittingsdatum : 14 april 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,  
tegen

1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en  
2) Menzis N.V., beide te Wageningen,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 6 oktober 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 14 januari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 januari 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 april 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 500 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd een uitzondering te maken op de voorwaarde in de zorgverzekering dat nota's die niet zijn gesteld in het Nederlands, Duits of Engels moeten worden vertaald door een officiële vertaler. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 26 augustus 2020 meegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Daarbij heeft verzoekster de betreffende, in het Frans gestelde nota's meegestuurd. Op 7 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij deze nota's, onder verrekening van het verplicht eigen risico, vergoedt ten laste van de zorgverzekering.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt heeft gesteld dat de in het Frans gestelde nota's moeten worden vertaald door een beëdigd vertaler om voor vergoeding in aanmerking te komen.
- 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. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch specialistische zorg alsmede artikel 19 van Vo. nr. 883/2004, artikel 25 van Vo. nr. 987/2009 en artikel 6:248 BW 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.

**Standpunten partijen**

- 6.2. Verzoekster heeft tijdens haar vakantie in Frankrijk, in juli 2020, zorgkosten gemaakt. Het betreft de kosten van een bezoek aan een huisarts, voorgeschreven medicijnen bij de apotheek, en een uitgevoerde bloedanalyse. De kosten van de genoten zorg heeft verzoekster voorgesloten en zij heeft de nota's meegekregen. De desbetreffende nota's zijn gesteld in de Franse taal. Navraag bij de ziektekostenverzekeraar leerde dat de nota's alleen in behandeling kunnen worden genomen als deze zouden worden vertaald door een beëdigde vertaler. Verzoekster vindt deze eis niet redelijk. In haar geval bedragen de kosten van de vertaling bijvoorbeeld veel meer dan de daadwerkelijke kosten. Bovendien gelden er Europese regels en is Frans een officiële Europese taal.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoekster haar EHIC niet heeft overhandigd en dat zij evenmin contact heeft gezocht met de Alarmcentrale. Dit heeft ertoe geleid dat zij van de Franse zorgaanbieders de nota's rechtstreeks heeft ontvangen en dat zij deze eerst zelf heeft moeten betalen. In plaats van de ontvangen nota's bij de ziektekostenverzekeraar te declareren, heeft verzoekster ervoor gekozen een klacht in te dienen.  
De ziektekostenverzekeraar voert verder aan dat om een beëdigde vertaling kan worden gevraagd als de nota niet is gesteld in het Nederlands, Engels of Duits. Dit is vooral het geval indien zonder deugdelijke vertaling niet valt op te maken op welke verzekerde prestatie de declaratie ziet. Hij heeft dit ook aan verzoekster laten weten. Na dit antwoord heeft verzoekster de nota's alsnog ingediend waarna de ziektekostenverzekeraar de kosten, onder verrekening met het verplicht eigen risico, heeft vergoed. Van een weigering om tot vergoeding over te gaan is nooit sprake geweest. Gelet op de inmiddels verleende vergoeding vraagt de ziektekostenverzekeraar zich af wat het belang van verzoekster nog is. Ook al omdat verzoekster met ingang van 1 januari 2021 niet meer bij hem is verzekerd tegen ziektekosten.

**Overwegingen commissie**

- 6.4. Als meest vérstrekkend verweer heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoekster geen belang (meer) heeft bij een bindend advies, aangezien de declaraties uiteindelijk zijn vergoed en zij met ingang van 1 januari 2021 niet meer bij hem is verzekerd tegen ziektekosten.  
De commissie oordeelt anders. Inderdaad is een vergoeding verleend, maar dat dit ook de juiste vergoeding is staat niet vast. Oorzaak hiervan is dat verrekening met het verplicht eigen risico heeft plaatsgevonden. Dit eigen risico is alleen van toepassing als vergoeding ten laste van de zorgverzekering wordt verleend. In een buitenlandsituatie kan hiervoor echter ook een andere grondslag bestaan, met mogelijk een andere vergoeding tot gevolg. Om die reden heeft verzoekster voldoende belang bij een bindend advies en zal de commissie haar verzoek inhoudelijk beoordelen.
- 6.5. Verzoekster is verzekerd op grond van de zorgverzekering en zij heeft tijdens haar verblijf in Frankrijk, een andere EU-lidstaat, zorg genoten. Op deze situatie is artikel 19 van Vo. nr. 883/2004

van toepassing. Op vertoon van de European Health Insurance Card (EHIC) bestaat aanspraak op zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat van verblijf, in dit geval Frankrijk. Verzoekster heeft op het ingevulde formulier 'Declaratieformulier ziektekosten buitenland' aangekruist dat zij de EHIC weliswaar heeft getoond, maar toch nota's heeft ontvangen.

- 6.6. Als de EHIC niet wordt getoond óf als deze door de buitenlandse zorgaanbieder wordt geweigerd, en hierdoor kosten voor rekening van de verzekerde blijven, bepaalt artikel 25 van Vo. nr. 987/2009 welke mogelijkheden tot vergoeding er in dat geval zijn.

De eerste mogelijkheid is dat betrokkene zich met het verzoek om vergoeding richt tot het orgaan van de verblijfplaats, in dit geval het Franse uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering (lid 4). Gesteld noch gebleken is dat verzoekster hiervoor heeft gekozen. De tweede mogelijkheid is dat betrokkene de kosten declareert bij het bevoegde orgaan, in dit geval de ziektekostenverzekeraar. Het bevoegde orgaan kan dan de kosten vergoeden op basis van het tarief zoals dat in land van verblijf wordt toegepast (lid 5) óf volgens 'de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving' (lid 6). In geval van de laatste optie is er de aanvullende voorwaarde dat de verzekerde expliciet hiermee moet instemmen. Deze instemming is evenwel niet vereist indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf niet voorziet in vergoeding (lid 7).

- 6.7. Op grond van het bepaalde in artikel A16 van de voorwaarden van de zorgverzekering geldt dat nota's die worden gedeclareerd moeten zijn gesteld in het Nederlands, Duits of Engels. Verzoekster heeft verklaard dat het voldoen aan de eis tot beëdigde vertaling van de in het Frans gestelde nota's haar meer kost dan het eventueel te vergoeden bedrag.

De commissie overweegt dat, wat er ook zij van het kostenaspect, partijen een dergelijke voorwaarde overeen kunnen komen. Toepassing ervan leidt naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet tot een uitkomst die onaanvaardbaar is. Zoals hiervoor is uiteengezet, zal immers bij zorg in een andere lidstaat, zoals in dit geval, als regel gebruik kunnen worden gemaakt van de EHIC. Zo niet, dan voorziet Vo. nr. 987/2009 in verschillende mogelijkheden de voor eigen rekening gebleven kosten toch vergoed te krijgen.

Dit leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar - uitgaande van de voorwaarden van de zorgverzekering - het recht had om vergoeding te weigeren op de grond dat de nota's in het Frans waren gesteld zonder bijvoeging van een beëdigde vertaling. In de onderhavige kwestie heeft de ziektekostenverzekeraar, nadat hij de nota's had ontvangen en bekeken, overigens geen aanleiding gezien hiervan een beëdigde vertaling te vragen. Dit omdat uit de desbetreffende nota's goed was op te maken op welke, door verzoekster genoten zorg, deze zien.


- 6.8. Hoewel niet kan worden volgehouden dat verweerder aan verzoekster vergoeding van de Franse nota's heeft geweigerd omdat niet zou zijn voldaan aan de eis van een beëdigde vertaling, laat dit onverlet dat niet vast staat, zoals overwogen onder 6.6, of verweerder aan verzoekster ook de juiste vergoeding heeft toegekend, dat wil zeggen in overeenstemming met artikel 25 van Vo. nr. 987/2009.

In het kader van haar verzoek heeft verzoekster, ter onderbouwing van de door haar gevorderde hogere vergoeding, nadrukkelijk verwezen naar de 'Europese regels', waaronder de commissie mede deze rechtstreeks werkende verordening verstaat.


Waar het gaat om de toepassing hiervan moet in de eerste plaats worden vastgesteld dat niet is gebleken dat verzoekster expliciet ermee heeft ingestemd dat vergoeding plaatsvindt volgens 'de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving' (artikel 25, zesde lid, van Vo. Nr. 987/2009). Dit betekent dat nog slechts de mogelijkheid van het vijfde lid resteert. Concreet betekent dit dat de ziektekostenverzekeraar na indiening van de nota's had moeten overgaan tot tarifiering, en tot vergoeding van kosten volgens de sociale ziektekostenverzekering van de lidstaat van verblijf (Frankrijk).

Zoals onder 6.4. is toegelicht, kan een ander vergoedingsregime gevolgen hebben voor de hoogte van het te vergoeden bedrag. Zo blijft bij toepassing van artikel 25, vijfde lid, van Vo. nr. 987/2009 het (Nederlandse) verplicht eigen risico buiten toepassing.


Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar, teneinde te kunnen bepalen of verzoekster de haar, op grond van artikel 25, vijfde lid, van Vo. nr. 987/2009, toekomende vergoeding heeft ontvangen, een verzoek tot tarifiering moet doen bij het Franse uitvoeringsorgaan.



Voor zover hier een bedrag uit komt dat hoger is dan hetgeen aan verzoekster werd vergoed, zal het verschil door de ziektekostenverzekeraar moeten worden nabetaald. In het andere geval wordt hetgeen te veel is vergoed beschouwd als een onverplichte vergoeding, nu deze werd verleend in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering. Een dergelijke coulancevergoeding kan niet nadien worden teruggevorderd wegens het ontbreken van een rechtsgrond.



6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar:

(i) dient over te gaan tot tarifiering en eventueel nabetaling van het verschil, indien de vergoeding volgens opgave van het Franse uitvoeringsorgaan hoger blijkt dan het bedrag dat aan verzoekster werd vergoed;

(ii) aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.



Zeist, 22 april 2021,



L. Ritzema

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Europese wet- en regelgeving  
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

van € 385.

3. U wordt op 20 december 2020 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2021 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu eenmaal toegepast in het jaar 2020.

## Volgorde van de eigen betalingen

Op de vergoeding van een nota kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast, is als volgt:

1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele niet-verzekerde deel afgetrokken, daarna
2. de eventuele eigen bijdrage, daarna
3. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna
4. het nog openstaande deel van het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico.

## Overig

Forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg en geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, 1e lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd in uw Basisverzekering. Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben we afspraken met gemeenten gemaakt (artikel 14a van de Zorgverzekeringswet). Voor zover deze van belang zijn voor de verzekeringsvoorwaarden, zijn ze conform artikel 14a lid 1 in deze verzekeringsvoorwaarden verwerkt.

## Buitenland

**Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.**

### Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER- land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn verleend.

### Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. U kunt voor meer informatie bellen met Menzis op 088 222 40 40.

Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

### **i Alarmcentrale**

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale op +31 317 455 555. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale direct in bij spoedeisende zorg.

### **Extra informatie**

U kunt extra informatie over zorg in het buitenland vinden op [menzis.nl/buitenland](https://menzis.nl/buitenland).

## **Audiologische hulp**

**Audiologische hulp is een vorm van medisch specialistische zorg. Audiologische hulp is het voorkomen, opsporen, onderzoeken en behandelen van allerlei stoornissen aan het gehoor.**

### **Welke zorg**

U heeft recht op vergoeding van kosten van :

- onderzoek naar de gehoorfunctie,
- advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur,
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
- psychosociale zorg als u problemen heeft met de gestoorde gehoorfunctie,
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij een kind.

### **Welke zorgaanbieder**

U kunt voor audiologische hulp naar een audiologisch centrum.

### **Verwijzing**

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van audiologische hulp als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist (kinderarts of keel-, neus- en oorarts).

### **Extra informatie**

Zoekt u informatie over gehoorhulpmiddelen (hoortoestel)? Gehoorhulpmiddelen vallen onder Hulpmiddelen. Meer informatie vindt u in het Verzekeringsreglement en de Regeling zorgverzekering. Deze vindt u op [menzis.nl](https://menzis.nl).

## **Diëtetiek**

**Diëtetiek is voorlichting over voeding en eetgewoonten met een geneeskundig doel. Een diëtist is de aangewezen deskundige die voedingspatronen ontdekt, bestudeert en zo nodig aanpast. De diëtist kan door middel van het adviseren van een bepaald eetpatroon (dieet) de lichamelijke gezondheid bevorderen.**

### **Welke zorg**

U heeft per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten van maximaal 3 behandeluren diëtetiek met een geneeskundig doel over voeding en eetgewoonten. Een behandeluur bestaat uit de geplande tijd die de diëtist



- u kunt dat doen op Mijn Menzis, of met de declaratie-app,
- Menzis kan u vragen de originele nota alsnog in te sturen,
- de originele nota moet u 3 jaren bewaren.

U kunt een nota per post indienen:

- het moet het origineel van de nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning,
- een nota wordt niet aan u teruggestuurd.

### **i** Let op

Spaar uw nota's liever niet op. U kunt een nota het beste direct indienen.

Waarom moet een nota voldoen:

- U moet de nota binnen 3 jaar na ontvangst ervan hebben ingediend. Als datum van ontvangst geldt de factuurdatum.
- Op uw nota moet voldoende informatie staan om vast te stellen of u recht heeft op vergoeding.
- Als een nota niet is opgesteld in het Nederlands, Engels of Duits, kan Menzis u vragen een vertaling van de nota te sturen. De vertaling moet plaatsvinden door een beëdigd vertaler. U moet de vertaling zelf betalen.

Betaling van een nota:

- Voor alle verzekeringen (Basisverzekeringen, aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen) op de zorgpolis geldt het volgende: Menzis mag elke vergoeding aan iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis uit elke verzekering verrekenen met elke vordering van Menzis uit elke verzekering op iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis.
- Als u een nota indient, zonder aan te geven op welk rekeningnummer de vergoeding moet worden uitbetaald, zal Menzis die vergoeding uitbetalen op het bij Menzis bekende rekeningnummer van de verzekeringnemer.
- Een nota in buitenlandse valuta rekent Menzis om in euro's. Dat gebeurt tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de nota is uitgeschreven.
- Als Menzis een vergoeding rechtstreeks betaalt aan de zorgaanbieder, vervalt daarmee de plicht aan u te vergoeden.
- Een vergoeding van zorg van een niet-gecontracteerde aanbieder wordt uitsluitend betaald op een bankrekening die op naam staat van de verzekerde of, bij het ontbreken daarvan, een bankrekening die op naam staat van de verzekeringnemer. De verzekeringnemer of de verzekerde kan geen andere bankrekening aanwijzen waarop de betaling moet plaatsvinden.
- De overdraagbaarheid van vorderingsrechten, die voor verzekerde en/of verzekeringnemer voortvloeien uit een met Menzis gesloten verzekeringsovereenkomst, is uitgesloten. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

## **A17 Klachten en geschillen**

Als u niet tevreden bent over onze dienstverlening, wil Menzis dit graag van u weten. Hoe pakt u dat dan aan en bij wie moet u zijn?

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

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

---

## Besluit zorgverzekering

---

### 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 combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
      - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
      - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
    - 3°. 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;
- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
  - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde 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;
  - 6°. 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.

---

## 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.

---

## Zorgverzekeringswet

---

### 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.

---

## Burgerlijk Wetboek Boek 6

---

### Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

## Artikel 25

### Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.
2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.
3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.
4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.
5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.  
  
Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.
6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.
8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.
9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.
10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

## **Artikel 19**

### Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.