

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B tegen Stad Holland Zorgverzekeraar OWM U.A. te Schiedam
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie, rectusdiastase, darmhernia
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer	: 202101438
Zittingsdatum	: 6 april 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Stad Holland Zorgverzekeraar OWM U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 7 juli 2021 heeft verzoekster een klacht ingediend bij de SKGZ. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster op 15 oktober 2021 telefonisch de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hier gevolg aan gegeven. Op 18 november 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 januari 2022 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 januari 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 22 februari 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022003400) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 24 februari 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 april 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 11 april 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 14 april 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Zorg Ryaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft in 2017 een gastric bypass ondergaan en is daarna 45 kilo afgevallen. Zij heeft buikklachten als gevolg van een rectusdiastase en een (darm)hernia. De behandelend plastisch chirurg heeft namens verzoekster bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een

abdominoplastiek met fleur de lis correctie, inclusief navel reiinsertie en reën fascia abdominalis. (hierna: buikwandcorrectie).

- 3.3. De behandelend plastisch chirurg heeft in de brief van 10 juni 2021 over verzoekster verklaard:

*"Verwezen door de chirurgie in verband met: huidoverschot, navelbreuk en rectusdiastase en in de buik vermoeden IH.
Verwezen via chirurgie in verband met klachten van de buik. Patiënte heeft in het verleden een LGB ondergaan (2017) waarna zij 45 kg is afgevallen en met een BMI 24.1 nu al meer dan een jaar stabiel op gewicht is. Zij heeft afgelopen periode meerdere buik scopiën ondergaan en heeft tevens last van een rectus diastase. Dit geeft veel hinder in ADL. Zij wenst graag een abdominoplastiek met reën van rectus.*

Lichamelijk onderzoek

Mooi deflated.

Dermatochalasie van het abdomen in zowel horizontale als verticale richting, PRS 3.

Evidente rectus diastase boven de navel met hernatie hierboven.

Laxe slappe huid.

Ptosis mons PRS 2"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 juni 2021 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor een buikwandcorrectie is afgewezen.

- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 28 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.6. De behandelend plastisch chirurg heeft bij brief van 9 augustus 2021 over verzoekster verklaard:

"Patiënte meldde zich bij mij met een verzoek voor een correctie van haar buik, zij is in het verleden na een laproscopic gastric bypass in 2017 45 kg afgevallen en heeft inmiddels met een BMI van 24 al meer dan een jaar een stabiel gewicht.

Zij heeft in de afgelopen perioden meerdere buikscopieën ondergaan en heeft last van een rectus diastase. Aangezien er ook sprake is van een hernatie is het voorstel van de algemeen chirurg om de hernatie als ook de diastase te corrigeren bij haar. Aangezien er een behoorlijke dermatochalasis is van het abdomen in zowel de horizontale als in de verticale richting (dit valt onder PRS rating scale nr 3), is het advies om dit simultaan te doen met een abdominoplastiek met Fleur de Lis, waarbij ook direct het huidoverschot gecorrigeerd kan worden. Technisch gezien zou het mogelijk zijn voor de algemeen chirurg om zijn deel van de operatie (te weten de rectus diastase correctie en het herstel van de hernia) separaat te doen van de plastische operatie, maar dit geniet niet de voorkeur. De reden hiervoor is dat ten eerste patiënte dan twee keer een operatie moet ondergaan ten tweede dat het elkaar kan versterken, waarbij het huidsurplus en het intrekken van de huid, welke te verwachten is na de correctie van de chirurg, meteen volledig gecorrigeerd kan worden. Aangezien het een post-bariatrische patiënte is die mooi deflated is met een dermatochalasis waarbij er een dubbele plooi is ontstaan in het abdomen, welke gescoord wordt met een PRS 3 is dit een indicatie mijns inziens voor medisch handelen. De aanvulling dat er tevens sprake is van een rectus diastase met een hernatie versterkt dit nog meer."

- 3.7. Bij brief van 22 februari 2022 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Plastische chirurgie van het abdomen valt bij medische indicaties onder de basisverzekering. Een van de voorwaarden is een afwijking die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen zoals ernstige bewegingsbeperking of onbehandelbaar smetten. Een andere medische voorwaarde is verminking

onder andere als gevolg van ziekte (PRS-graad 3). Na een eerdere gastric bypass operatie geldt nog de aanvullende criteria dat de BMI ten tijde van de buikwandcorrectie maximaal 35 mag zijn, het gewicht de 12 maanden voorafgaand aan de buikwandcorrectie stabiel moet zijn, en de laatste bariatrische ingreep 18 maanden geleden plaats moet hebben gevonden. Verzoekster voldoet aan het criterium van de BMI van uiterlijk 35 bij de buikwandcorrectie (was 24,1) en een stabiel gewicht 12 maanden voor de corrigerende ingreep. Ook heeft de gastric bypass in 2017 plaatsgevonden, waarmee aan het criterium van 18 maanden voor de buikwandcorrectie wordt voldaan. Echter is er geen sprake van onbehandelbaar smetten en ernstige bewegingsbeperking. Tot slot voldoet verzoekster niet aan de definitie van verminking als gevolg van de ziekte: op de foto's die van matige kwaliteit zijn, is er geen overhang van de buikwand conform PRS-graad 3 te zien.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat bij verzoekster sprake is van een verminking of lichamelijke functiestoornis. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van een abdominoplastiek 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 indicatievoorwaarden voor een abdominoplastiek en kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering."

- 3.8. Bij brief van 14 april 2022 heeft het Zorginstituut in het definitief advies het volgende verklaard:

"U heeft de volgende vraag/vragen aan ons gesteld:

"De commissie heeft behoefte aan een nadere uitleg of bij de beoordeling rekening is gehouden met de tekst bij foto 's van de Pittsburgh Rating Scale. In de tekst staat dat bij 'multiple rois [rolls, commissie]' sprake kan zijn van scale 3. De commissie vraagt zich af of dit is meegenomen in de beoordeling en of hiervan naar uw oordeel bij mevrouw A sprake is."

Ons antwoord hierop is als volgt:

Met betrekking tot de beoordeling van de PRS graad merkt het Zorginstituut het volgende op. Het beoordelen van een verminking wordt primair op basis van het visuele aspect van de afwijking [wordt] verricht. Dit wordt meestal gedaan aan de hand van voorbeelden behorende bij de PRS. De PRS is in opzet niet ontwikkeld voor de beoordeling van verminking, maar voor gebruik bij de preoperatieve planning van de juiste chirurgische behandeling en het evalueren van de resultaten. Het betreft dus een andere doelgroep en een ander doel. Bij gebrek aan een meer passende classificatie instrument is er toch voor de PRS gekozen door alle betrokken partijen (i.e. VAV, ZN, ZIN) om een verminking te beoordelen. Gezien het een primair visuele beoordeling betreft is de tabel uit het originele artikel van Song et al. daarom ook geen onderdeel van de VAV-werkwijzer. Mocht er twijfel bestaan tussen twee categorieën dan kunnen de omschrijvingen eventueel helpen om het uiterlijk te rubriceren onder één van de graderingen. Daar is in dit geval echter geen sprake van. De tekst speelt geen rol bij de beoordeling en is dus niet meegenomen in de beoordeling. Verder komen er uit het verslag geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat zij aanspraak heeft op een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende verzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie 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

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft een rectusdiastase en een darmhernia. Zij is eerder geopereerd aan haar buik waarbij een verkleefing is verholpen en een kleine rectusdiastase is gerepareerd. Verzoekster stelt dat haar buik door de darmhernia ernstig verminkt is. Een buikwandcorrectie is noodzakelijk omdat de buikwand dan als ondersteuning kan dienen voor het herstel van de diastase. De kans dat er niet opnieuw een hernia of diastase ontstaat is dan aanzienlijk groter. Zij zal nooit kunnen voldoen aan de voorwaarden. Het betreft namelijk het bovenste gedeelte van de buik en dus zal het huidoverschot nooit een kwart van het bovenbeen bedekken.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden voor een buikwandcorrectie omdat bij haar geen sprake is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft geoordeeld dat bij verzoekster geen Pittsburgh Rating Scale (hierna: PRS) graad 3 aan de orde is. Daarnaast is niet gebleken van onbehandelbaar smetten of een bewegingsbeperking. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de kosten van het herstel van de rectusdiastase en de hernia, maar de kosten van de buikwandcorrectie komen voor rekening van verzoekster.

Overwegingen commissie

- 6.4. De aangevraagde buikwandcorrectie is een behandeling van plastisch chirurgische aard. De commissie overweegt dat de zorgverzekering dekking biedt voor een buikwandcorrectie. Voorwaarde hierbij is dat bij de verzekerde een (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 18, derde lid van de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze bepaling in de voorwaarden is gebaseerd op de artikelen 2.4 Bzv en 2.1 Rzv en verder uitgewerkt in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging voor artsen volksgezondheid (VAV) (hierna: de VAV-Werkwijzer). De VAV-Werkwijzer wordt als richtlijn gehanteerd bij de beoordeling van aanvragen van plastisch chirurgische aard. De commissie sluit hierbij aan.
- 6.5. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Een ernstige bewegingsbeperking is aanwezig indien de overhangende buikhuid in staande positie meer dan een kwart van de lengte af van het bovenbeen bedekt. Dit blijkt uit de toelichting op de wijziging van de regelgeving waarbij de buikwandcorrectie onder strikte voorwaarden onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw is gebracht. Uit de overgelegde foto's blijkt dat

dit bij verzoekster niet aan de orde is. Dat verzoekster stelt dat zij nooit aan deze voorwaarde zal kunnen voldoen omdat het huidoverschot zich bij haar boven de navel bevindt maakt het voorgaande niet anders. De commissie merkt hier over op dat de wetgever een beperkte invulling heeft willen geven aan het begrip ernstige bewegingsbeperking. Het staat vast dat verzoekster hier niet aan voldoet.

Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan ook bestaan in geval van onbehandelbaar smetten. Het gaat hierbij om smetten in de huidplooien die daar altijd aanwezig zijn zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Door verzoekster is niet gesteld dat hiervan bij haar sprake is. Evenmin is dit anderszins gebleken.

- 6.6. Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. De situatie van verzoekster voldoet hier niet aan.
- Van verminking kan voorts worden gesproken bij een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale (PRS) graad 3. Uit de verklaring van de plastisch chirurg van 10 juni 2021 valt op te maken dat hij van mening is dat verzoekster hieraan voldoet. Uit de door verzoekster overgelegde foto's blijkt echter dat bij haar geen sprake is van PRS graad 3. Dit wordt door het Zorginstituut bevestigd in zijn voorlopig advies van 22 februari 2022, welk advies blijkens de brief van het Zorginstituut van 14 april 2022 als definitief kan worden beschouwd. Er kan dan ook niet worden gesproken van verminking als bedoeld in artikel 18, derde lid van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.7. Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 18, derde lid van de zorgverzekering. Daarom heeft zij geen aanspraak op een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd, met name dat de behandeling een positief effect zal hebben op haar klachten en dat door een gecombineerde ingreep kan worden voorkomen dat zij tweemaal moet worden geopereerd, kan niet leiden tot een andere uitkomst. De commissie merkt hierover op dat voor de behandeling van een rectus diastase of een herniatio andere indicatie-eisen gelden dan hiervoor uiteengezet voor de onderhavige plastisch-chirurgische behandeling.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een buikwandcorrectie, zodat het verzoek op grond van deze verzekering niet kan worden toegewezen.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. **Bindend advies**
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 mei 2022

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

3. Overige stukken

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.

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 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.

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 veertien 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.

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 verslapte 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 gehemeltespelen, 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.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tenzij het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte tarief naar ons oordeel excessief is.

LID 3 BEHANDELINGEN VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD

LID 3.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor het corrigeren van:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslapte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, dan wel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
- d. de volgende aangeboren misvormingen:
 1. lip-, kaak- of gehemeltespelen;
 2. misvorming van het benig aangezicht;
 3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 4. geboortevlekken, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 5. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;

LID 3.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet van ons vooraf een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

LID 3.3 ZORG VAN ZORGAANBIEDER ZONDER OVEREENKOMST

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tenzij het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte tarief naar ons oordeel excessief is.