



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Egypte, geneeskundige zorg, buikwandbreuk, toestemming
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv,
voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018
Zaaknummer : 201901069
Zittingsdatum : 4 maart 2020




Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,



tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 1 augustus 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 oktober 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar voorgesteld nader onderzoek uit te laten voeren door de ANWB Alarmcentrale. Een afschrift van deze brief is op 25 oktober 2019 aan verzoekster gezonden, waarbij haar is gevraagd te reageren op het voorstel van de ziektekostenverzekeraar. Op 4 november 2019 heeft verzoekster meegedeeld dat zij instemt met het uitvoeren van het voorgestelde onderzoek.
- 2.3. Bij brief van 14 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar de uitkomsten van het onderzoek gedeeld met de commissie. Een afschrift van deze brief is op 15 januari 2020 aan verzoekster gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 18 januari 2020 en 29 januari 2020 laten weten dat zij niet willen worden gehoord.
- 2.5. Bij brief van 29 januari 2020 heeft Zorginstituut Nederland (zaaknummer: 2020002432) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 30 januari 2020 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren.
- 2.6. Bij brief van 5 februari 2020 heeft verzoekster schriftelijk gereageerd. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 14 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gestuurd.
- 2.7. De reacties van partijen op het voorlopig advies zijn op 18 februari 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 18 februari 2020 heeft het Zorginstituut meegedeeld dat deze reacties geen aanleiding geven het voorlopig advies aan te passen en dat dit advies als definitief kan worden beschouwd.
- 
-
- 

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Univé Zorg Geregeld Polis (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Univé GemeentePakket Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster is van 21 december 2018 tot en met 22 december 2018 opgenomen geweest in het Royal Hospital te Caïro, Egypte. Op 14 januari 2019 heeft hier een vervolgconsult plaatsgevonden.
- 3.3. De behandelend arts heeft in het 'Medical Report' over verzoekster verklaard:
"(...)
Department: ER department, Royal Hospital, Maadi, Cairo, Egypt.
(...)
Diagnosis: Post caesarian strangulated surgical hernia neither obstructed nor gangrenous in lower abdomen (emergency admission).
Procedures done in ER: Examination showed tense swelling in the lower abdomen with CS scar above, labs were all normal except high ESR, X-ray showed no fluid levels.
Procedures done in OR: Exploration was done on the same day of admission, dissection of the hernia sac and release of the strangulation with reduction of the intestinal content, surgical repair of the hernia with mesh hernioplasty technique and drains insertion.
Discharge summary: Discharged on 22-12-2018 as a fast track surgery protocol after complete regain of bowel movement.
(...)
Convalescence: Complete home rest for 1 month post-operative, drain removal after 2 weeks.
Medication: Antibiotic coverage for 1 week, supported by analgesics and muscle relaxant and pressure abdominal garment. (...)"
- 3.4. Verzoekster heeft de kosten van de ziekenhuisopname en het vervolgconsult op 26 december 2018 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 januari 2019 aan verzoekster meegedeeld dat de gedeclareerde kosten niet worden vergoed.
- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 29 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.7. Bij brief van 29 januari 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
"(...) Algemeen geaccepteerd is dat als de inhoud van een breuk bekneld is geraakt, er een indicatie is voor een spoedoperatie, zodat de breukinhoud, bijvoorbeeld ingeklemde darm, niet afsterft. Aanbeveling in de internationale WSES richtlijn 'Emergency repair of complicated abdominal wall hernias' (2017) is "Patients should undergo emergency hernia repair immediately when intestinal strangulation is suspected (grade 1C recommendation)." In de richtlijn 'littekenbreuken' (2018) staan weliswaar geen adviezen over behandeling bij een bekneld littekenbreuk, maar wel kan uit onderstaande advies worden opgemaakt dat beklemmingsverschijnselen een reden kunnen zijn voor direct SEH bezoek: "Geadviseerd wordt om bij patiënten met een asymptomatische reponibele littekenbreuk met een relatief ruime breukpoort ten opzichte van de breukinhoud en een rudimentaire behandelwens te bespreken of een expectatief beleid de optie van keuze voor arts en patiënt kan zijn, met name bij comorbiditeit. Het is verstandig om hierbij te bespreken wat de patiënt kan doen bij eventuele beklemmingsverschijnselen, zoals reponeren of direct SEH-bezoek."



Op basis van een schriftelijk dossier is nooit met zekerheid vast te stellen welke behandeling daadwerkelijk is uitgevoerd. Weliswaar is de door de behandelaar gegeven informatie summier en kon de behandeling niet geverifieerd worden bij nader onderzoek in het ziekenhuis of bij navraag bij de behandelend arts, maar verder is er geen werkelijk concrete aanwijzing dat deze diagnose onterecht is gesteld.



Een operatie van een buikwandbreuk is verzekerde zorg. De vraag is of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de (spoed)operatie. Uit de beschikbare informatie is niet anders vast te stellen dan dat de behandelend chirurg de diagnose 'beknelde darm in een hernia van een litteken na een keizersnede' heeft gesteld. Op basis van deze diagnose kan geconcludeerd worden dat verzoekster een indicatie heeft voor een operatie van de buikwandbreuk. Of zij ook een indicatie heeft voor een spoedoperatie is op basis van het dossier niet vast te stellen. De gestelde diagnose kan een indicatie zijn voor een spoedoperatie als sprake is van acute inklemmingsverschijnselen. Of dat bij verzoekster werkelijk aan de orde was kan op basis van de beschikbare informatie niet worden beoordeeld.



Conclusie



Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat sprake is van verzekerde zorg en dat verzoekster een indicatie had voor een operatie van de buikwandbreuk. Of deze operatie ook met spoed uitgevoerd diende te worden kan niet worden vastgesteld. (...)"



4. Geschil



4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de ziekenhuisopname en het vervolgconsult in Egypte te vergoeden.



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 kan daarover bindend advies uitbrengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.



6. Beoordeling



6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op geneeskundige zorg 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



6.2. Op grond van artikel 9.3 van de zorgverzekering dient een verzekerde toestemming te vragen aan de ziektekostenverzekeraar als hij/zij voor een behandeling in het buitenland één of meer nachten in het ziekenhuis of in een andere stelling wordt opgenomen. Dit toestemmingsvereiste geldt niet als de opname onverwacht is en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld totdat de verzekerde in het woonland terugkeert. In beide gevallen geldt dat de verzekerde contact op moet (laten) nemen met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar om de opname te melden.

- 6.3. Verzoekster stelt dat zij tijdens haar verblijf in Egypte met spoed is opgenomen in het ziekenhuis en is geopereerd aan een gescheurde buikwand. Dit staat ook met zoveel woorden op de ingediende declaraties vermeld en dit is af te leiden uit het medisch rapport van de behandelend arts. Omdat sprake was van een spoedopname was voorafgaande toestemming niet vereist. Verder heeft verzoekster van de ziektekostenverzekeraar vernomen dat het feit dat een en ander niet is gemeld bij de alarmcentrale niet aan vergoeding van de zorgkosten in de weg staat. Om deze redenen is verzoekster van mening dat de door haar ingediende declaraties ten onrechte zijn afgewezen.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende declaraties niet vergoed, omdat onduidelijkheid bestaat over de zorg die daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. In dit verband wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat op het intakeformulier de diagnose 'tightening a lax abdominal wall' is opgenomen. Verder is op de nota de diagnose 'repair of the abdominal wall' vermeld. Hieruit blijkt niet dat een operatie heeft plaatsgevonden ten gevolge van een buikwandbreuk. Bovendien wordt deze laatste ingreep doorgaans niet uitgevoerd door een plastisch chirurg. Om duidelijkheid te verkrijgen over welke zorg er precies heeft plaatsgevonden, heeft de ziektekostenverzekeraar onderzoek laten verrichten. Dit heeft niet tot de gewenste duidelijkheid geleid, omdat de behandelend arts hieraan niet heeft meegewerkt. Verder is er geen aanvullende medische informatie aanwezig. Gelet op het voorgaande betwijfelt de ziektekostenverzekeraar of verzoekster een indicatie had voor een spoedoperatie. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat in geval van niet-spoedeisende zorg hieraan voorafgaand toestemming moet worden gevraagd en/of contact moet worden opgenomen met de alarmcentrale. Dit heeft verzoekster niet gedaan, zodat niet is voldaan aan de bepalingen in artikel 9 van de zorgverzekering. Daarnaast voert de ziektekostenverzekeraar aan dat de ingediende declaraties onvoldoende duidelijk zijn. Hieruit is niet op te maken welke zorg of welke behandeling precies heeft plaatsgevonden. Dit is echter wel een vereist op grond van artikel 1.4 van de zorgverzekering. Op basis van de ingediende declaraties kan niet worden beoordeeld of recht bestaat op vergoeding en zo ja, wat de hoogte van die vergoeding zou moeten zijn.
- 6.5. De commissie overweegt dat vaststaat dat verzoekster van 21 december 2018 tot en met 22 december 2018 opgenomen is geweest in het 'Royal Hospital' in Egypte. Verzoekster heeft hier een operatieve ingreep ondergaan. Partijen verschillen van mening over het antwoord op de vraag welke ingreep heeft plaatsgevonden en of de ingreep onverwacht was en redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland. De commissie leidt uit het 'medical report' dat door de behandelend arts is opgesteld af dat de diagnose 'beknelde darm in een hernia van een litteken na een keizersnede' is vermeld. Gelet op de stellingen van de ziektekostenverzekeraar is het aan hem aannemelijk te maken dat deze diagnose onjuist is. Hierin is hij niet geslaagd. Weliswaar heeft de ziektekostenverzekeraar navraag gedaan bij het ziekenhuis en de behandelend arts, maar heeft dit slechts beperkte nieuwe informatie opgeleverd. Dit levert geen werkelijk concrete aanwijzingen op om aan te nemen dat de diagnose onjuist was. Evenmin bestaat aanleiding eraan te twifelen dat de ingreep die verzoekster heeft ondergaan erop was gericht de gediagnosticeerde 'beknelling' te verhelpen. Dit is overigens ook beschreven in het 'medical report'. Een en ander leidt tot de conclusie dat verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op een operatie van een buikwandbreuk. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in het advies van 29 januari 2020.
- 6.6. Rest de vraag of verzoekster voor de ingreep toestemming moest vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Dit toestemmingsvereiste geldt niet als een verzekerde onverwacht is opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.

De commissie leidt uit het advies van het Zorginstituut af dat in beginsel slechts een indicatie bestaat voor een spoedoperatie bij acute inklemmingsverschijnselen. In dat geval is de operatie er bijvoorbeeld op gericht te voorkomen dat een ingeklemde darm afsterft. Het is aan verzoekster aannemelijk te maken dat aan deze voorwaarde is voldaan. Hierin is zij niet geslaagd. In dit verband overweegt de commissie dat uit de gestelde diagnose volgt dat *'[the] hernia [is] neither obstructed nor gangrenous in lower abdomen'*. Dit betekent dat de buikwandbreuk ('hernia') niet was verstopt ('obstructed') en geen sprake was van afsterving van weefsel of lichaamsdelen ('gangrenous'). Van acute inklemmingsverschijnselen lijkt dus geen sprake te zijn geweest. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat de ingreep met spoed moest worden uitgevoerd en dat deze ingreep redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland. Zij had dan ook voor de ingreep toestemming hiervoor moeten vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Omdat vaststaat dat zij dit niet heeft gedaan, heeft zij geen recht op vergoeding van de gemaakte kosten.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de ingreep die verzoekster heeft ondergaan.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 maart 2020,

J.A.M. Strens-Meulemeester

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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°. 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;
 - 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.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risico-bedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan hebt u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan hebt u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).