



# Basisverzekering

In deze brochure

Modelpolis (voorwaarden)

Reglement Restitutie

Reglement Hulpmiddelen

Reglement Farmaceutische Zorg



# Modelpolis (voorwaarden)

## INHOUDSOPGAVE

<b>I.</b>	<b>Begripsomschrijvingen (artikel 1)</b>	<b>4</b>
<b>II.</b>	<b>Grondslag van de verzekering (artikel 2)</b>	<b>7</b>
	<b>Artikel 3</b> Begin van de verzekering	<b>7</b>
	<b>Artikel 4</b> Duur van de verzekering	<b>7</b>
	<b>Artikel 5</b> Beëindiging van rechtswege	<b>8</b>
<b>III.</b>	<b>Dekking (artikel 6)</b>	<b>8</b>
	<b>Artikel 7</b> Premie	<b>9</b>
	<b>Artikel 8</b> Herziening van de premie	<b>10</b>
	<b>Artikel 9</b> No-claim teruggave	<b>10</b>
	<b>Artikel 10</b> Eigen risico	<b>11</b>
	<b>Artikel 11</b> Hulp door een huisarts	<b>11</b>
	<b>Artikel 12</b> Medisch-specialistische zorg	<b>12</b>
	<b>Artikel 13</b> Verloskundige zorg en kraamzorg	<b>13</b>
	<b>Artikel 14</b> Revalidatie	<b>14</b>
	<b>Artikel 15</b> Orgaantransplantaties	<b>15</b>
	<b>Artikel 16</b> Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse	<b>15</b>
	<b>Artikel 17</b> Mechanische beademing	<b>15</b>
	<b>Artikel 18</b> Oncologische aandoeningen bij kinderen	<b>16</b>
	<b>Artikel 19</b> Trombosedienst	<b>16</b>
	<b>Artikel 20</b> Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	<b>16</b>
	<b>Artikel 21</b> Audiologische zorg	<b>16</b>
	<b>Artikel 22</b> Paramedische zorg	<b>16</b>
	<b>Artikel 23</b> Mondzorg	<b>17</b>
	<b>Artikel 24</b> Farmaceutische zorg	<b>19</b>
	<b>Artikel 25</b> Hulpmiddelenzorg	<b>19</b>
	<b>Artikel 26</b> Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	<b>20</b>
	<b>Artikel 27</b> Verzekeringsaanspraken in het buitenland	<b>21</b>
	<b>Artikel 28</b> Uitsluitingen	<b>21</b>
	<b>Artikel 29</b> Algemeen	<b>22</b>
<b>IV.</b>	<b>Verplichtingen van de verzekerde</b>	<b>22</b>
	<b>Artikel 30</b> Aansprakelijkheid van derden	<b>22</b>
	<b>Artikel 31</b> Verplichtingen	<b>23</b>
<b>V.</b>	<b>Overige voorwaarden</b>	<b>23</b>
	<b>Artikel 32</b> Onwaarachtige weergave van feiten	<b>23</b>
	<b>Artikel 33</b> Onrechtmatige inschrijving	<b>24</b>
	<b>Artikel 34</b> Kennisgeving relevante gebeurtenissen	<b>24</b>
	<b>Artikel 35</b> Geschillen	<b>24</b>
	<b>Premiebijlage</b>	<b>25</b>
	<b>Reglement Restitutie</b>	<b>26</b>
	<b>Reglement Hulpmiddelen</b>	<b>28</b>
	<b>Reglement Farmaceutische zorg</b>	<b>36</b>

De navolgende begripsbeschrijvingen en artikelen zijn uitsluitend van toepassing op de onderhavige verzekeringsovereenkomst, gebaseerd op de Zorgverzekeringswet. Voorzover door u tevens een aanvullende verzekering is gesloten, wordt voor de bepaling van uw aanspraken uit hoofde daarvan verwezen naar de specifieke, op die verzekering toepasselijke verzekeringsvoorwaarden.

## I. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

### Artikel 1

<b>Ambulancevervoer:</b>	Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.
<b>Apotheekhoudend huisarts:</b>	Een arts, die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, op grond van artikel 6 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening bevoegd is tot uitoefening van de artsenbereidkunst en een erkenning heeft als apothekerhouder.
<b>Apotheker:</b>	Een erkende apotheker die voldoet aan de eisen zoals omschreven in de Wet BIG en als zodanig staat ingeschreven in het register der apothekers.
<b>Bekkentherapeut:</b>	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
<b>Bedrijfsarts:</b>	Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.
<b>Centrum voor bijzondere tandheelkunde:</b>	Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering is in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
<b>Centrum voor erfelijkheidsadvies:</b>	Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.
<b>Dagbehandeling:</b>	Opname korter dan 24 uur.
<b>Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)</b>	Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.
<b>Dienstenstructuur:</b>	Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992 dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.
<b>Diëtist:</b>	Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
<b>Ergotherapeut:</b>	Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
<b>EU- en EER-staat:</b>	Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
<b>Farmaceutische zorg:</b>	De aflevering van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door Azivo vastgestelde nadere reglement en geleverd door een erkende en geregistreerde apotheker of apothekhoudend huisarts.

<b>Fysiotherapeut:</b>	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.
<b>Gecontracteerde zorg:</b>	De zorg die Azivo op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgverlener gesloten overeenkomst te leveren.
<b>Huisarts:</b>	Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
<b>Hulpmiddelenzorg:</b>	De zorg die voorziet in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door Azivo vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
<b>Implantoloog:</b>	Een implantoloog, die lid is van de Nederlandse Vereniging Orale Implantologie.
<b>In-vitrofertilisatie (IVF):</b>	Vruchtbaarheidsbehandeling waarbij de bevruchting buiten het lichaam tot stand komt.
<b>Kaakchirurg:</b>	Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
<b>Kinderfysiotherapeut:</b>	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
<b>Kraamcentrum:</b>	Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door Azivo als zodanig erkende instelling.
<b>Kraamzorg:</b>	De zorg die wordt verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zelfstandig werkt of verbonden is aan een instelling voor kraamzorg, die zowel moeder en kind en – voorzover van toepassing – de huishouding verzorgt.
<b>Logopedist:</b>	Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit ‘diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’.
<b>Manueel therapeut:</b>	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
<b>Medisch adviseur:</b>	De (para)medisch deskundige die Azivo in (para)medische aangelegenheden adviseert.
<b>Medisch specialist:</b>	Een arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
<b>Mondhygiënist:</b>	Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemd Besluit ‘opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist’.
<b>Oedeemtherapeut:</b>	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, of een huidtherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het besluit opleidingseisen en deskundigheid huidtherapie of een (para)medicus die beschikt over een diploma van de Vodder-Schule en die voldoet aan de registratievoorwaarden in het Vodder-register.
<b>Oefentherapeut Cesar/ oefentherapeut Mensendieck:</b>	Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’.
<b>Opname:</b>	Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.

<b>Orthodontist:</b>	Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
<b>Orthopedagoog:</b>	Een diagnostisch geschoolde orthopedagoog, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen en Onderwijskundigen en geregistreerd is als Orthopedagoog.
<b>Revalidatie:</b>	Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of krachtens wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
<b>Tandarts:</b>	Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.
<b>Tandprotheticus:</b>	Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.
<b>Verblijf:</b>	Opname met een duur van 24 uur of langer.
<b>Verdragsland:</b>	Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.
<b>Verloskundige:</b>	Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
<b>Verzekerde:</b>	Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.
<b>Verzekeringnemer:</b>	Degene die de verzekeringsovereenkomst met Azivo is aangegaan.
<b>Volledige vergoeding:</b>	Vergoeding van maximaal het marktconforme tarief of maximaal het WTG-tarief
<b>Wet BIG:</b>	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
<b>WTG-tarief:</b>	Het op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) goedgekeurd of vastgesteld tarief dan wel maximumtarief voor een prestatie of geheel van prestaties door een orgaan (instelling en/of persoon) voor gezondheidszorg geleverd.
<b>Zelfstandig behandelcentrum (ZBC):</b>	Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
<b>Ziekenhuis:</b>	Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
<b>Zorgverzekeraar:</b>	'De Onderlinge Waarborgmaatschappij Azivo Algemeen Ziekenfonds de Volharding u.a', hierna te noemen 'Azivo'.

## II. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

### Artikel 2

- lid 1** Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in deze zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet en het polisblad welke integraal onderdeel uitmaakt van de zorgpolis. Deze zorgpolis wordt bij het aangaan van de verzekering en na wijziging van de voorwaarden verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.
- lid 2** De Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van de modelovereenkomst. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit wet- en regelgeving bepalend.
- lid 3** Naast de zorgpolis verstrekt Azivo als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een inschrijvingsbewijs op vertoon waarvan de verzekerde de zorg kan invoeren bij een zorgverlener(s) waarop op basis van deze polis aanspraak bestaat.
- lid 4** Azivo vermeldt de grondslag van de premie op de premiebijlage.
- lid 5** Azivo sluit met zorgverleners overeenkomsten ten behoeve van haar verzekerden. De overeenkomst die Azivo met de zorgverlener sluit omvat in ieder geval afspraken over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg kan worden verleend. Het overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is op te vragen bij Azivo en te vinden op de website ([www.azivo.nl](http://www.azivo.nl)).
- lid 6** De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- lid 7** De verzekerde heeft slechts recht op zorg indien en voor zover er een medische noodzaak daartoe bestaat en de verzekerde gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

### Artikel 3 **Begin van de verzekering**

- lid 1** De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop Azivo het volledig ingevulde verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.
- lid 2** Indien degene ten behoeve van wie de verzekering wordt gesloten op de dag waarop Azivo het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een verzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de verzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.
- lid 3** Indien de verzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zolang in afwijking van artikel 925 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
- lid 4** Indien de verzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden is geëindigd door opzegging, werkt deze terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

### Artikel 4 **Duur van de verzekering**

- lid 1** De verzekeringnemer kan de verzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.
- lid 2** De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de verzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere verzekering wordt verzekerd. De verzekeringnemer dient daartoe een bewijs van inschrijving van de nieuwe zorgverzekeraar te overleggen.
- lid 3** Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de verzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in het uiterste geval heeft de verzekeringnemer hiervoor 30 dagen nadat de wijziging hem is medegedeeld.

- lid 4** De opzegging, bedoeld in het derde lid, gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
- lid 5** In afwijking van het vierde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere verzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door Azivo is ontvangen.
- lid 6** Indien de verzekering eindigt, verstrekt Azivo de verzekeringnemer en/of de verzekerde een bewijs van het eind van de verzekering.
- lid 7** De opzegging dient schriftelijk met ondertekening door de verzekeringnemer plaats te vinden.
- lid 8** Indien een opzegging door de verzekeringnemer voor een bepaalde datum dient plaats te vinden, dient Azivo de opzegging door verzekeringnemer voor deze datum ontvangen te hebben.
- lid 9** Indien de verzekeringnemer de verzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar..

## **Artikel 5 Beëindiging van rechtswege**

- lid 1** De verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
- Azivo ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
  - de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van Azivo komt te wonen;
  - de verzekeringnemer dan wel de verzekerde overlijdt. Azivo dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld;
  - de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt doordat de verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt. De verzekerde wordt geacht Azivo hiervan op de hoogte te stellen.
- lid 2** Azivo stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een verzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a of b eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- lid 3** De verzekeringnemer stelt Azivo onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel c of d, dan wel het tweede lid tot het einde van de verzekering hebben geleid of kunnen leiden.
- lid 4** Indien Azivo op grond van het in het derde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.
- lid 5** Aan een opzegging of ontbinding van de verzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.
- lid 6** Azivo heeft niet het recht de verzekering te beëindigen, behoudens na opschorting als bedoeld in artikel 7 lid 5 en na geconstateerde fraude als bedoeld in artikel 32.

## **III. DEKKING**

### **Artikel 6**

- lid 1** De verzekering omvat aanspraken op zorg en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.
- lid 2** De verzekerde heeft aanspraak op verlening van zorg door een gecontracteerde zorgverlener (zorg in natura of gecontracteerde zorg). Daar waar in de polis wordt gesproken over aanspraken op zorg kan ook worden gelezen vergoeding van gemaakte kosten van zorg (restitutie) indien hij zich wendt tot een zorgverlener die geen overeenkomst met Azivo heeft, één en ander met inachtneming van de leden 3 tot en met 6.
- lid 3** Indien de verzekerde kiest voor gecontracteerde zorg dient hij zich te wenden tot een door Azivo gecontracteerde zorgverlener. In dat geval vindt betaling rechtstreeks aan de zorgverlener plaats en ontvangt de verzekerde geen nota. Een eventuele eigen bijdrage wordt afzonderlijk in rekening gebracht. Het overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is op te vragen bij Azivo en te vinden op de website ([www.azivo.nl](http://www.azivo.nl)).



- lid 4** Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de verzekeraar gecontracteerde zorgverlener en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling binnen Nederland worden de werkelijk gemaakte kosten daarvan vergoed met een maximum van het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde (maximum-)tarief, tenzij anders is bepaald bij de betreffende zorgaanspraak. Indien en voor zover er geen op basis van de WTG vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding plaats conform het in het Reglement Restitutie bepaalde. In geen geval vindt vergoeding plaats boven het wettelijk vastgestelde maximumtarief of, indien dat niet bestaat, het in Nederland geldende marktconforme tarief. Het Reglement Restitutie maakt deel uit van deze verzekerings-overeenkomst.
- lid 5** In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft wordt de toestemming tot het inroepen van niet-gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft de verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten met in achtneming van hierna genoemde. De verzekerde dient in dat geval Azivo binnen 48 uur zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen. In geen geval vindt vergoeding plaats boven het wettelijk vastgestelde maximumtarief of, indien dat niet bestaat, het in Nederland geldende marktconforme tarief.
- lid 6** Indien de verzekerde kiest voor zorg in natura en de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door Azivo gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden vergoed. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde (maximum-)tarief;
  - indien en voor zover er geen op basis van de WTG vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding plaats tegen het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde (maximum-)tarief.
- Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgverlener, of in de nabijheid van de woonplaats van de verzekerde niet op kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.
- Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanspraak van tijdige zorgverlening hanteert Azivo voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend, medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- lid 7** Het bepaalde in lid 3 tot en met 6 geldt onverminderd de no-claim en het overeengekomen eigen risico.
- lid 8** Indien en voor zover Azivo aan de zorgverlener meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande is gehouden, wordt de verzekerde geacht aan Azivo te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van Azivo van het door Azivo aan de zorgverlener te veel betaalde.
- Lid 9** Voor het inroepen van extramurale zorg, dat wil zeggen zorg die niet gepaard gaat met verblijf of opname, is in principe geen voorafgaande toestemming vereist. Voor het inroepen van intramurale zorg, dat wil zeggen zorg die gepaard gaat met opname of verblijf, is altijd voorafgaande toestemming vereist, tenzij sprake is van acute zorg.

## **Artikel 7 Premie**

- lid 1** Krachtens de verzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- lid 2** Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.
- lid 3** De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een eigen risico en / of een eventuele collectiviteitskorting (zie premiebijlage).
- lid 4** **Premiebetaling**
- a. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is Azivo gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.

Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

- b. In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

**lid 5** **Schorsing**

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Azivo na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking van betreffende verzekering wordt opgeschort en derhalve niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. Van de opschorting van de dekking wordt melding gemaakt aan de zorgverleners. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.

Indien Azivo maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Azivo zijn ontvangen. Zodra de opschorting wordt opgeheven komen de kosten die de verzekerde gemaakt heeft in de opgeschorte periode niet met terugwerkende kracht voor vergoeding in aanmerking. Indien de verzekeringnemer niet binnen de gestelde termijn betaalt zal de betreffende verzekering worden beëindigd.

**lid 6** **Detentie**

De verzekering wordt van rechtswege opgeschort gedurende de periode dat een verzekerde gedetineerd is. Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten derhalve weer.

**Artikel 8** **Herziening van de premie**

**lid 1** Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

**lid 2** Bij de in lid 1 bedoelde wijziging van de grondslag van de premie is de verzekeringnemer gerechtigd de verzekering op te zeggen met inachtneming van het bepaalde in artikel 4 lid 4 van deze polis.

**Artikel 9** **No-claim teruggave**

**lid 1** Indien gedurende het kalenderjaar de waarde van de op basis van deze zorgpolis verzekerde zorg minder bedraagt dan € 255,- heeft de verzekerde jegens Azivo recht op betaling van een bedrag, de zogenaamde no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen € 255,- en de waarde van de hierboven genoemde ontvangen zorg.

Op de no-claimteruggave zijn niet van toepassing:

- de kosten van het gebruik van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door het CTG vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- de kosten voor het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.

**lid 2** Verzekerden die op 31 december van het in het eerste lid bedoelde kalenderjaar jonger dan achttien jaar zijn, komen niet in aanmerking voor een no-claimteruggave.

**lid 3** Voor de toepassing van deze regeling als bedoeld in het eerste lid is de situatie op 31 december van het betreffende kalenderjaar doorslaggevend. Op basis hiervan vindt vaststelling van de no-claimteruggave plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als ná 1 april blijkt dat voor het voorafgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van Azivo worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw door Azivo vastgesteld en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden verrekend met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering aan de verzekeringnemer.

**lid 4** Voor de bepaling van de hoogte van het bedrag op de no-claimteruggave is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, of indien de verzekerde in de loop van het kalenderjaar achttien jaar is geworden, wordt de no-claimteruggave naar rato berekend. Hiervoor dient het bedrag van € 255,- in het betreffende kalenderjaar vermenigvuldigd te worden met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de verzekering liep dan wel, indien de verzekerde achttien jaar werd, premie verschuldigd was, en de noemer van het aantal dagen in dat kalenderjaar.

**lid 5** Indien het voorgaande van toepassing is, wordt de no-claimteruggave berekend door van het bedrag dat op basis van het voorgaande lid berekend is, af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de verzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop premie verschuldigd werd.

**lid 6** Voor de vaststelling van de no-claim wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

## **Artikel 10 Eigen risico**

**lid 1** Het eigen risico is € 0 tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.

**lid 2** Een verzekeringsnemer kan voor de verzekerde van achttien jaar of ouder en/of voor zichzelf voor de verzekering een eigen risico van € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 eigen risico per kalenderjaar overeenkomen. Een eenmaal gekozen eigen risico kan gedurende het kalenderjaar niet worden gewijzigd met uitzondering van een minderjarige verzekerde die de achttienjarige leeftijd bereikt.

**lid 3** Indien een eigen risico wordt overeengekomen geldt de korting op de premiegrondslag zoals vermeld in de premiebijlage.

**lid 4** De zorggebonden eigen bijdrage en de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten de kosten van het eigen risico. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:

- een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
- vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen Azivo van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

**lid 5** Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claimteruggave, bedoeld in artikel 9 van deze polis, en worden daarna in de eventuele berekening van het eigen risico betrokken.

**lid 6** Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de verzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

**lid 7** Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende eigen risico wijzigt en de verzekeringsnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een verzekering had gesloten, wordt het eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:

- ieder bedrag aan eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat eigen risico gold of zal gelden;
- de op grond van onder a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld, en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
- de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.

**lid 8** Voor de vaststelling van het eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

**lid 9** Indien Azivo rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. De verzekeringsnemer wordt geacht daartoe aan Azivo een machtiging tot automatisch incasso af te geven ter hoogte van het bedrag van het gekozen eigen risico.

## **Geneeskundige zorg**

## **Artikel 11 Hulp door een huisarts**

Aanspraak bestaat op geneeskundige hulp door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen BIG-geregistreerde arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als hulp plegen te bieden. Onder de huisartsenhulp valt onder andere gestructureerde diabeteszorg.

De aanspraak op hulp door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek en röntgenonderzoek.

## Artikel 12 Medisch-specialistische zorg

### lid 1

Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing door de verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

### lid 2

#### a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De aanspraak omvat de medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

#### b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een of door een, door Azivo gecontracteerde, als ziekenhuis toegelaten instelling, zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of een huispraktijk. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door Azivo gecontracteerde instelling of extramuraal werkend specialist en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling binnen Nederland, worden de werkelijk gemaakte kosten daarvan vergoed tot maximaal 80% van het vigerende op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde (maximum-)tarief. Een overzicht van de op basis van de WTG vastgestelde (maximum)tarieven is te vinden op de website [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

Indien er voor zover er geen op basis van de WTG vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. Een overzicht van de marktconforme tarieven per DBC uit het B-segment is op te vragen bij Azivo en te vinden op de website [www.azivo.nl](http://www.azivo.nl). De kosten van de overige 20% van het op basis van de WTG vastgestelde (maximum)tarief of marktconforme tarief zijn voor eigen rekening, tot een maximum van € 500,- per behandeling. In geval van spoedeisende zorg vindt een kostenvergoeding plaats van 100% van het op basis van de WTG vastgestelde (maximum)tarief of marktconforme tarief.

In geen geval vindt vergoeding plaats boven het wettelijk vastgestelde maximumtarief of, indien dat niet bestaat, het in Nederland geldende marktconforme tarief.

Het overzicht van de gecontracteerde ZBC's en extramuraal werkende specialisten is op te vragen bij Azivo en te vinden op de website ([www.azivo.nl](http://www.azivo.nl)).

Informatie over de vergoedingen is te vinden in het Reglement Restitutie.

#### c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat, indien vooraf en minstens binnen drie weken schriftelijk toestemming bij Azivo is aangevraagd, slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.

#### d. uitgesloten behandelingen

- Geen aanspraak bestaat op behandelingen - daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg - gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de eerste, tweede en derde in-vitrofertilisatiepoging als bedoeld in artikel 1 (begripsomschrijvingen) van deze polis per te realiseren zwangerschap. Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dit is een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie.

Een volledige IVF poging omvat maximaal het opeenvolgend doorlopen van vier fasen:

- a. rijping van de eicellen door hormonale behandeling (stimulatie);
- b. het afnemen van eicellen (punctie);
- c. bevruchting van eicellen en het opwekken van embryo's in het laboratorium (laboratoriumfase);
- d. implantatie van één of meer ontstane embryo's in de baarmoederholte (terugplaatsing).

Een IVF poging wordt geacht te zijn aangevangen als:

- in het kader van fase a. de geneesmiddelen ten minste zijn afgeleverd en toegediend cq. ingenomen;
- of in de natuurlijke cyclus een eicelpunctie heeft plaatsgevonden;
- of in een eerder gecryopreserveerd embryo wordt geïmplant in de verzekerde.

Elke IVF poging die na aanvang, zoals hierboven gespecificeerd, wordt afgebroken, wordt beschouwd als een volledige behandeling. Een IVF poging wordt als afgebroken aangemerkt, als deze in de periode vanaf de hormoonstimulatie tot en met een zwangerschap van maximaal 11 weken gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie, mislukt.

Indien de eicelrijping in een IVF poging een of meer embryo's oplevert welke niet direct worden geïmplant in de verzekerde, wordt implantatie van deze resterende embryo's, in verzekerde, afkomstig uit deze voornoemde eicelrijping beschouwd als zijnde een volgende IVF poging binnen een en dezelfde IVF behandeling.

Een IVF behandeling komt slecht voor vergoeding in aanmerking indien er een medische indicatie (op basis van de richtlijn 'Indicaties voor IVF' van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) voor bestaat. Voor het tot gelding brengen van aanspraak op een IVF behandeling is voorafgaande toestemming van Azivo vereist

- Geen aanspraak bestaat op:
  - behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  - liposuctie van de buik;
  - het abdominoplastiek, tenzij er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdergraadsverbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooiën of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid;
  - het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
  - het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
  - behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
  - behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
  - behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
  - behandelingen gericht op circumcisie van de mannelijke verzekerde (besnijdenis).

## **Artikel 13 Verloskundige zorg en kraamzorg**

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige of een huisarts al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

### **a. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak**

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of huisarts medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis, als bedoeld in artikel 12, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

### **b1. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak**

Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op verloskundige zorg en kraamzorg.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 102,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

#### **b2. Bevalling en/of kraambed in kraamcentrum zonder medische noodzaak**

Indien de bevalling en/of het kraambed in een kraamcentrum plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor de moeder en, met ingang van de dag van bevalling voor haar kind, aanspraak op verloskundige zorg en kraamzorg.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 102,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

#### **c. Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis**

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 102,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg zoals omschreven in lid d sub c, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid d sub c genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

#### **d. Bevalling en kraambed thuis**

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden, bestaat aanspraak op:

- verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de huisarts of verloskundige;
- de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende, gedurende ten hoogste 10 dagen, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraambureau op basis van het landelijk indicatie protocol kraamzorg en zonodig in overleg met Azivo. Op deze aanspraak blijft een bedrag van € 3,60 per uur zorg, de wettelijke eigen bijdrage, voor rekening van de verzekerde.

#### **e. Combinatie van de zorg genoemd onder a. t/m d.**

Bij een combinatie van de hierboven genoemde zorg worden de kosten voor maximaal 10 in tijdsvolgorde in rekening gebrachte dagen vergoed, met dien verstande dat indien de desbetreffende instellingen dezelfde dag in rekening brengen, deze ‘dubbele’ dag eveneens wordt vergoed, alles overeenkomstig de hiervoor van toepassing zijnde regelingen.

### **Overige medisch specialistische zorg**

## **Artikel 14 Revalidatie**

### **lid 1**

Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

### **lid 2**

a. Aanspraak bestaat op revalidatie, doch uitsluitend indien en voor zover:

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

b. Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie (opname), gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een poliklinische situatie (deeltijd-of dagbehandeling).

c. Voor de onder a en b bedoelde revalidatie bestaat uitsluitend aanspraak indien door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij Azivo is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer Azivo als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient deugdelijk gemotiveerd te zijn en dient ten minste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

## Artikel 15 **Orgaantransplantaties**

**lid 1** Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

**lid 2** a. Aanspraak bestaat op transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nier/pancreas. Onder de aanspraak vallen tevens de vergoeding van de kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor.  
Voorts vallen onder de aanspraak het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

b. De donor heeft aanspraak op zorg conform deze polis gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest en uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opname.

Voorts kan de donor aanspraak maken op vervoer dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – indien en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gederfde inkomsten.

Aanspraak ingevolge dit artikel bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door Azivo. De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.

## Artikel 16 **Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse**

**lid 1** Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

**lid 2** Aanspraak bestaat op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg verleend in een door Azivo tot dat doel gecontracteerd dialysecentrum of ten huize van de verzekerde, al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in het dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Tot de aanspraak op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens:

- de vergoeding van de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- vergoeding van de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover Azivo die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover Azivo die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voor het tot gelding brengen van aanspraak op zorg, bedoeld in het tweede lid, onder c en d is voorafgaande toestemming van Azivo vereist.

## Artikel 17 **Mechanische beademing**

**lid 1** Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

**lid 2** Aanspraak bestaat voor de verzekerde op noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de zorg uit:

- het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

## **Artikel 18 Oncologische aandoeningen bij kinderen**

**lid 1** Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

**lid 2** Aanspraak bestaat op centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

## **Artikel 19 Trombosedienst**

Aanspraak bestaat op zorg door de trombosedienst op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. De zorg omvat:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- b. het verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
- c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
- d. het opleiden van verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

## **Artikel 20 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering**

**lid 1** Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of medisch specialist.

**lid 2** Aanspraak bestaat op centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een tot dat doel door Azivo gecontracteerd centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

**lid 3** Voor het tot gelding brengen van aanspraak op zorg, bedoeld in het eerste en tweede lid is toestemming van Azivo vereist.

## **Artikel 21 Audiologische zorg**

Aanspraak bestaat op zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar, door een tot dat doel door Azivo gecontracteerd audiologisch centrum, een en ander op voorschrift van een kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

## **Artikel 22 Paramedische zorg**

### **lid 1 Paramedische zorg**

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

Paramedische zorg komt voor vergoeding in aanmerking indien is voldaan aan elk der onderstaande voorwaarden:

- er is een schriftelijke verwijzing voor paramedische zorg. Voor fysiotherapie geldt deze voorwaarde niet;
- aan de behandeling ligt een in redelijkheid te bereiken behandeldoel ten grondslag;
- de in de beroepsgroep algemeen aanvaarde kwaliteitsrichtlijnen en standaards worden in acht genomen.

De eerstgenoemde voorwaarde is voor fysiotherapie alleen van toepassing indien de behandeling plaatsvindt in verband met een indicatie die vermeld wordt in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Deze bijlage is op te vragen bij Zorgverzekeraar Azivo en te vinden op de website ([www.azivo.nl](http://www.azivo.nl)).



- lid 2** **Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder**  
Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat – vanaf de tiende behandeling – de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden.
- lid 3** **Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar**  
Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat tevens voor andere aandoeningen dan bedoeld in het tweede lid de eerste negen behandelingen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, manueel therapeut, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Indien er sprake is van een ontoereikend resultaat bestaat aanspraak op nog negen extra behandelingen.
- lid 4** **Ergotherapie**  
Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar, op voorschrift van een arts of medisch specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.
- lid 5** **Logopedie**  
Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van de (tand)arts of orthopedagoog door een logopedist, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.  
Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.
- lid 6** **Dieetadvisering**  
Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een medisch doel, op verwijzing van een arts, medisch specialist of tandarts, gedurende maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

## **Artikel 23 Mondzorg**

- lid 1** Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
- indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
  - indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
  - indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
- lid 2** Onder zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- lid 3** Orthodontische zorg is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak-, mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Vergoeding vindt alleen plaats als Azivo op een daartoe strekkend verzoek, voorzien van een begroting, vooraf toestemming heeft verleend. Toestemming wordt uitsluitend verleend aan een orthodontist.
- lid 4** Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
  - incidenteel tandheelkundig consult;
  - het verwijderen van tandsteen;
  - fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
  - sealing;
  - parodontale zorg;
  - anesthesie;
  - endodontische zorg;

- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen en de daardoor benodigde voorzieningen;
- j. gnathologische zorg;
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

**lid 5** Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c,

- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.
- Chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat.

**lid 6** De verzekerde van achttien jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge van het eerste lid onder a, onderscheidelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder b, tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.

**lid 7** De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening (boven- óf onderkaak), al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van € 90,-.

**lid 8** Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg ter plaatse waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent), is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist vereist.

**lid 9** De jeugdige verzekerde heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot de andere dag.

**lid 10** Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de zorg, bedoeld in het eerste lid, onder a tot en met c en het vierde lid onder l is voorafgaande toestemming van Azivo vereist. Bij deze aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan gevoegd. De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

**lid 11** Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg in geval van behandeling door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurgie is voorafgaande toestemming van Azivo vereist, indien de zorg parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.

**lid 12** Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg als bedoeld in het eerste, het tweede, het derde, het vierde en het vijfde lid, in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van Azivo vereist.

**lid 13** **Gebitsprothese**

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding in aanmerking een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed.

Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. goedgekeurde tarief in aanmerking.

Toestemming:

Voorafgaande toestemming van Azivo is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 600,- per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Indien de uitneembare volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, € 450,- per onder c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de volledige vervangingsprothese niet binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

## **Artikel 24 Farmaceutische zorg**

### **lid 1**

Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op aflevering van:

- a. de door Azivo op basis van de ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

### **lid 2**

De onder lid 1a genoemde aanspraak bestaat op aflevering van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door Azivo. Een en ander is nader uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg dat onderdeel uitmaakt van deze polis.

De aanwijzing door Azivo geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander in de regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Tenzij Azivo nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgverlener, dienen de onder lid 1 genoemde middelen te zijn afgeleverd op voorschrift van een arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Aflevering geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts.

Voor de aanspraak op een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In de bij het Reglement Farmaceutische Zorg te bepalen gevallen stelt Azivo nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid voor de aflevering van een aantal geneesmiddelen.

Per voorschrift worden niet meer geneesmiddelen afgeleverd c.q. worden de kosten van aflevering slechts vergoed voor een periode van:

- a. 15 dagen indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- b. 15 dagen indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie betreft;
- c. 3 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica;
- d. 12 maanden indien het orale anticonceptiva betreft;
- e. 1 maand in overige gevallen.

### **lid 3**

De onder lid 1 sub b genoemde aanspraak is, voor wat betreft geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten die in Nederland mogen worden afgeleverd, beperkt tot een verzekerde die lijdt aan een ziekte die in Nederland minder vaak voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Tevens geldt de onder lid 1 sub b genoemde aanspraak niet voor geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel.

### **lid 4**

Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van:

- a. een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, of
- b. een dreigende ernstige ondervoeding door:
  - een chronisch obstructief longlijden, of
  - een cystische fibrose of
  - een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

Aanspraak bestaat verder alleen voor zover niet met aangepast normale voeding kan worden uitgekomen. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op dieetpreparaten is voorafgaande toestemming van Azivo vereist.

## **Artikel 25 Hulpmiddelenzorg**

### **lid 1**

Aanspraak bestaat op verstrekking van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). Deze worden afgeleverd door een door Azivo tot dat doel gecontracteerde leverancier. In het Reglement Hulpmiddelen zijn de algemene voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst.

- lid 2** Daar waar Azivo dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel zijn voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- lid 3** De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
- lid 4** De te verstrekken hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Azivo.
- lid 5** Aanspraak op verstrekking van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.
- lid 6** Hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder de aanspraak.  
Evenmin vallen onder de aanspraak die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.
- lid 7** Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden die door de zorgverzekeraar in het betreffende reglement zijn opgenomen.

## **Artikel 26 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer**

- lid 1** Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar vervoer, taxi of eigen auto.
- lid 2** **Ambulancevervoer**  
Aanspraak bestaat op medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, door een door Azivo tot dat doel gecontracteerde ambulancevervoerder, doch uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij Azivo toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.
- lid 3** De aanspraak omvat het vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten – met inachtneming van een eventueel eigen risico – geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen.  
Voorts omvat de aanspraak het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven.  
De aanspraak behelst verder het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt.  
De aanspraak omvat tevens het vervoer van eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.
- lid 4** Tot de aanspraak behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.
- lid 5** **Zittend ziekenvervoer**  
Mits vooraf aangevraagd, bestaat aanspraak op vervoer per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in lid 3 van dit artikel, per door Azivo tot dat doel gecontracteerde taxivervoerder of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer en indien sprake is van één van de navolgende situaties:
- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
  - de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
  - de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie, of instelling waarin, de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
  - het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie, of instelling waarin, de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.
- Azivo kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

Indien Azivo de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van ten hoogste 200 kilometer niet.

**lid 6** Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

**lid 7** Indien zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan Azivo vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

**lid 8** Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding medisch noodzakelijk is dan wel het de begeleiding betreft van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan Azivo vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.

**lid 9** Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 85,- per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,25 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

## **Artikel 27 Buitenland**

**lid 1** De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg door een door Azivo gecontracteerde zorgverlener of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door Azivo gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 6 lid 4 van deze polis als zou die zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.

**lid 2** De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

- aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- aanspraak op zorg door een zorginstelling of zorgverlener die door zijn zorgverzekeraar in het woonland is gecontracteerd;
- aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door Azivo gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde in artikel 6 lid 4 van deze polis als zou die zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.

**lid 3** De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door Azivo gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde in artikel 6 lid 4 als zou die zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zijn verleend.

**lid 4** Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.

**lid 5** In alle gevallen geldt dat voor het inroepen van intramurale zorg, dat wil zeggen zorg gepaard gaand met verblijf of opname, voorafgaande toestemming van Azivo is vereist. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

**lid 6** In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien Azivo vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding, conform de bij de toestemming gestelde voorwaarden.

## **Artikel 28 Uitsluitingen**

**lid 1** Geen aanspraak bestaat op:

- de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet) attesten en vaccinaties, tenzij in de ministeriële regeling anders is bepaald;
- griepvaccinaties;
- alternatieve geneeswijzen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
- prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;

- kraampakketten, verbandwatten en steriel hydrofielgas terzake van verloskundige zorg;
  - declaraties als gevolg van niet-nagekomen afspraken.
- Op alle overige zorg voor zover deze niet uitdrukkelijk in deze polis staat vermeld, bestaat geen aanspraak.

**lid 2** Geen dekking wordt verleend indien de schade is veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse oproer en munitie zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf.

**lid 3** Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsovereenkomst 1993 of de Wet toezicht natura uitvaartverzekeringsovereenkomst van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsovereenkomst voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

**lid 4** In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringsovereenkomst of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in lid 3 van dit artikel, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringsovereenkomst of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

## **Artikel 29 Algemeen**

### **lid 1 Aanspraak op andere zorg dan in de polis omschreven**

In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en Azivo voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

### **lid 2 Opname in een andere dan de verzekerde klasse**

Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse, wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.

### **lid 3 Begin en einde van de aanspraak**

Indien de verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis aanspraak heeft op zorg, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

### **lid 4 Registratie van persoonsgegevens**

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te ontvangen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Azivo gevoerde persoonsregistratie. De verwerking van deze gegevens geschiedt vertrouwelijk en overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

### **lid 5 Verwerking van medische gegevens**

De verwerking van medische gegevens vindt separaat plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur, waarbij een geheimhoudingsplicht geldt. Deze medische gegevens worden uitsluitend gebruikt voor het aangaan of uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en het leveren van de overeengekomen dienst(en) ten behoeve waarvan de medische gegevens zijn aangeleverd. Medische gegevens worden alleen aan anderen binnen het bedrijf verstrekt indien zij de gegevens voor de uitvoering van hun werkzaamheden nodig hebben. Op deze andere personen rust in een dergelijk geval dezelfde geheimhoudingsplicht als op de medisch adviseur uit hoofde van zijn medisch beroepsgeheim.

### **lid 6 Machtiging**

Een door Azivo afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de verzekering, en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.

## **IV VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE**

### **Artikel 30 Aansprakelijkheid van derden**

**lid 1** Indien een derde voor de kosten, voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde naar burgerlijk recht aansprakelijk is, is de verzekerde verplicht ten genoegen van Azivo kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade.

- lid 2** Wanneer bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel, een derde is betrokken, dient hiervan zo spoedig mogelijk door of namens de verzekerde melding te worden gemaakt bij Azivo en aangifte te worden gedaan bij de bevoegde politie instantie. Van aangifte bij de bevoegde politie instantie kan – zo mogelijk na overleg met Azivo – worden afgezien indien deze aangifte redelijkerwijze geacht kan worden niet bij te dragen aan het verhaal door Azivo van de kosten op bedoelde derde.
- lid 3** De verzekerde is verplicht alvorens met een derde of met degene, die voor of namens de derde optreedt – daaronder begrepen Azivo van de derde – een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, zich hieromtrent in verbinding te stellen met Azivo.
- lid 4** In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van Azivo met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen – waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting – waardoor Azivo in zijn rechten zou worden benadeeld.
- lid 5** Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de voorgaande leden, is de verzekerde tegenover Azivo gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van Azivo veroorzaakte schade.

## **Artikel 31 Verplichtingen**

- lid 1** De verzekeringsnemer of verzekerde is verplicht
- bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
  - de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de arts of de medisch adviseur hierom vraagt;
  - aan Azivo, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste relevante informatie die voor een goede uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst nodig is;
  - binnen een maand Azivo aanvang en beëindiging van detentie te melden;
  - zijn verzekeringspas niet meer te gebruiken na beëindiging van de verzekering;
  - bij beëindiging van de verzekering de naam van de nieuwe zorgverzekeraar te melden voor een correcte afwikkeling van de verzekering.
- lid 2** In voorkomende gevallen de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij Azivo in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de declaratiedatum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de declaratie betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van kracht is.
- lid 3** Azivo is niet gehouden tot vergoeding van enige kosten indien de verzekerde de in lid 1 en lid 2 genoemde verplichtingen niet nakomt en de belangen van Azivo daardoor zijn geschaad.

## **V OVERIGE VOORWAARDEN**

### **Artikel 32 Onwaarachtige weergave van feiten**

- lid 1** Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van de ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.
- lid 2** Azivo heeft de bevoegdheid alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken bij verzekeringnemer terug te vorderen.
- lid 3** Azivo heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.
- lid 4** Azivo kan de registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen alsmede het terugvorderen van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks)kosten.

## **Artikel 33 Onrechtmatige inschrijving**

- lid 1** Indien ten behoeve van een verzekerde een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) verzekeringsplicht bestaat.
- lid 2** Azivo zal de premie die de verzekerde vanaf de dag dat zijn verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door hem sindsdien voor zijn rekening genoten zorg en het saldo aan de verzekerde uitbetalen dan wel bij hem in rekening brengen.

## **Artikel 34 Kennisgeving relevante gebeurtenissen**

- lid 1** **Kennisgeving**  
De verzekeringnemer is verplicht binnen 14 dagen aan Azivo schriftelijk kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte en overlijden en dergelijke.  
Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- lid 2** **Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een minderjarige verzekerde**  
Azivo benadert de minderjarige verzekerde tenminste zes weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie.  
Als de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan Azivo kenbaar maakt binnen de genoemde termijn van zes weken wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder eigen risico.

## **Artikel 35 Geschillen**

- lid 1** Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- lid 2** Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door Azivo, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing of over door Azivo gehanteerde formulieren, kan hij Azivo verzoeken deze beslissing te heroverwegen.
- lid 3** Azivo streeft ernaar een verzoek tot heroverweging binnen 9 weken af te handelen. Indien de verzekerde niet met het resultaat van de heroverweging kan instemmen, kan hij zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering, Postbus 291, 3700 AG Zeist ([www.skgz.nl](http://www.skgz.nl)). Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.
- lid 4** In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.
- lid 5** In afwijking van de twee voorgaande leden kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist.
- lid 6** Consumenten, zorgaanbieders, en ziektekostenverzekeraars kunnen beklag indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over door Azivo gehanteerde formulieren. Een dergelijk beklag heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit strekt de zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar en consument tot bindend advies.
- Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)) is aangegeven waar en op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.



# Premiebijlage

## Premie basisverzekering Azivo 2007

**Grondslag van de premie** De grondslag van de premie (genoemd in artikel 7 lid 3) bedraagt € 1179,-

**Kortingen bij eigen risico** Onderstaand zijn voor de verschillende te kiezen eigen risicobedragen de kortingen op de premie weergegeven (artikel 10 lid 3).

Eigen risico per jaar	Korting per jaar	Korting per maand
€ 100,-	€ 42,-	€ 3,50
€ 200,-	€ 78,-	€ 6,50
€ 300,-	€ 114,-	€ 9,50
€ 400,-	€ 150,-	€ 12,50
€ 500,-	€ 186,-	€ 15,50

Termijn	Korting
Per kwartaal	0,5 %
Per halfjaar	1,25 %
Per jaar	3,0 %

# Reglement Restitutie

## 1. Toepassingsbereik

Dit reglement is van toepassing als de verzekerde aanspraak maakt op vergoeding van de door hem gemaakte kosten voor verzekerde zorg en deze zorg is geleverd door een zorgverlener die geen overeenkomst met Zorgverzekeraar Azivo heeft.

## 2. Algemene bepalingen

- 2.1 De gemaakte kosten voor zorg worden vergoed tot ten hoogste het op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief.  
De behandelingen waarvoor een op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, zijn te vinden op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit [www.nza.nl](http://www.nza.nl).  
Indien en voorzover er geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van gemaakte kosten voor zorg plaats tot ten hoogste het in Nederland geldende marktconforme tarief.  
In bijlage 1 is een overzicht van marktconforme tarieven opgenomen. Deze bijlage maakt integraal onderdeel uit van dit reglement.
- 2.2 Alleen originele nota's die ten minste voorzien zijn van de naam en adresgegevens van de verzekerde, geboortedatum van de verzekerde, naam van de behandelaar, de behandeldatum, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag worden in behandeling genomen. De nota dient zodanig te zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden.
- 2.3 De verzekerde is zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota van de zorgverlener.

## 3. Paramedische zorg

- 3.1 Indien een verzekerde aanspraak kan maken op paramedische zorg, is vanaf de leeftijd van 18 jaar en ouder, per indicatie vanaf de tiende zitting een machtiging noodzakelijk. Dit is niet van toepassing wanneer de zorg verstrekt wordt bij een therapeut met een overeenkomst met Azivo.

Verzekerden jonger dan 18 jaar kunnen bij een indicatie voor oefen- en (kinder)fysiotherapie zonder machtiging gebruik maken van paramedische zorg voor de eerste achttien behandelingen. Vanaf de negentiende zitting dient een machtiging aangevraagd te worden.

- 3.2 In aanvulling op het in artikel 2.2 gestelde, bevat de nota van de fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck en oefentherapeut Cesar zowel de indicatiecode als de diagnosecode. Op de nota van een logopedist of een ergotherapeut dient ten minste de diagnosecode te zijn vermeld.

## 4. Hulpmiddelenzorg

- 4.1 Het Reglement Hulpmiddelen is eveneens van toepassing als de verzekerde aanspraak maakt op vergoeding van door hem gemaakte kosten voor zorg, indien die zorg is geleverd door een zorgverlener waarmee Zorgverzekeraar Azivo geen overeenkomst heeft. De daarin genoemde voorwaarden voor verstrekking gelden ook, indien een verzekerde zich heeft gewend tot een zorgverlener waarmee Zorgverzekeraar Azivo geen overeenkomst heeft.
- 4.2 Indien een verzekerde een hulpmiddel dat in bruikleen wordt verschaft, betreft van een niet-gecontracteerde leverancier, vindt een vergoeding plaats tot ten hoogste de kosten van het hulpmiddel die Zorgverzekeraar Azivo zou hebben gemaakt bij de verstrekking van het hulpmiddel in bruikleen. Het hulpmiddel dient van vergelijkbare kwaliteit te zijn en dient een vergelijkbare levensduur te hebben als de hulpmiddelen die Zorgverzekeraar Azivo van gecontracteerde leveranciers betreft. Indien Zorgverzekeraar Azivo akkoord gaat met de vergoeding van het hulpmiddel, wordt dit bedrag bij de machtiging aangegeven. De hoogte van de vergoeding kan tevens vooraf worden opgevraagd bij Zorgverzekeraar Azivo. Indien de verzekerde het hulpmiddel, om welke reden dan ook, niet meer gebruikt kan Zorgverzekeraar Azivo in een bruikleenovereenkomst de verzekerde verplichten het hulpmiddel kosteloos in eigendom aan Zorgverzekeraar Azivo over te dragen.
- 4.3 Het hulpmiddel dient geleverd te worden door een erkende en/of gecertificeerde leverancier.

## **5. Zittend ziekenvervoer**

- 5.1 Zittend ziekenvervoer dient altijd vooraf te worden aangevraagd bij Zorgverzekeraar Azivo.
- 5.2 De nota dient vergezeld te gaan van een afsprakenkaart waaruit duidelijk blijkt waar het ziekenvervoer betrekking op heeft gehad.

## **6. Farmaceutische zorg**

- 6.1 De vergoeding van een geleverd generiek geneesmiddel bedraagt 100 procent van het in rekening gebrachte bedrag, maar niet meer dan 4% boven het op één na goedkoopste generieke geneesmiddel uit het cluster waartoe het geneesmiddel behoort.

# Reglement Hulpmiddelen

## 1. Algemeen

Dit Reglement betreft een uitwerking van de Regeling Zorgverzekering voor wat betreft de hulpmiddelenzorg, zoals die geldt vanaf 1 januari 2006. De Minister van Volksgezondheid heeft in deze Regeling in het algemeen bepaald welke medische hulpmiddelen onder welke voorwaarden en bij welke medische indicaties op grond van de Zorgverzekeringswet en het Besluit Zorgverzekering voor verstrekking in aanmerking komen. Daarbij is op grond van de Zorgverzekeringswet en het Besluit Zorgverzekering aan zorgverzekeraars overgelaten om nadere voorwaarden met betrekking tot de toegang tot de hulpmiddelenzorg vast te stellen. Zorgverzekeraar Azivo heeft zijn nadere voorwaarden in dit reglement vastgelegd. Dit reglement maakt onderdeel uit van de polisvoorwaarden.

## 2. Definities

- 2.1 **Regeling:** Regeling Zorgverzekering zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, nr. 171 laatstelijk gewijzigd op 13 oktober 2005, Staatscourant 2005 nr. 203.

## 3. Toestemming

- 3.1 Voor de aanschaf, vervanging, correctie, herstel of verstrekking in bruikleen van een hulpmiddel is vooraf toestemming van Zorgverzekeraar Azivo noodzakelijk, tenzij in dit reglement anders is bepaald.  
Het verzoek om toestemming door de verzekerde dient vergezeld te gaan van:
- een offerte van een leverancier, tenzij uit dit reglement anders blijkt of met een leverancier anders is overeengekomen;
  - een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts, behandelend medisch specialist of audiologisch centrum of;
  - een schriftelijke toelichting van een arts of schriftelijk advies van een ergotherapeut, daar waar dit in het reglement is genoemd.
- 3.2 Zorgverzekeraar Azivo verleent alleen toestemming voor de verstrekking van een aangevraagd hulpmiddel, indien wordt voldaan aan de in de Regeling Zorgverzekering genoemde indicatievereisten voor dat hulpmiddel.
- 3.3 Zorgverzekeraar Azivo kan ten aanzien van het verbruik of gebruik op de machtiging het aantal materialen vermelden waarop aanspraak bestaat.
- 3.4 Indien er bijzondere redenen van medische aard zijn, kan Zorgverzekeraar Azivo toestemming geven voor de aanschaf van speciaal vervaardigde middelen. De verzekerde dient een dergelijk verzoek, voorzien van een medische motivatie en een gespecificeerde prijsopgave, tijdig en vooraf bij Zorgverzekeraar Azivo in te dienen.
- 3.5 Zorgverzekeraar Azivo verleent geen toestemming indien de aanschaf, vervanging, correctie, herstel dan wel bruikleen van een hulpmiddel redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd, dan wel niet doelmatig is. Zorgverzekeraar Azivo deelt zijn beslissing schriftelijk mee aan de verzekerde.
- 3.6 Indien naar het oordeel van Zorgverzekeraar Azivo de verzekerde redelijkerwijs niet langer is aangewezen op het gebruik van een hulpmiddel dat in bruikleen wordt verstrekt, kan het hulpmiddel worden teruggevorderd. De verzekerde is verplicht Zorgverzekeraar Azivo te informeren, wanneer een in bruikleen gegeven hulpmiddel niet meer wordt gebruikt.
- 3.7 Bij de beoordeling van de aanvraag zal het behoud, het herstel of de bevordering van de arbeidsgeschiktheid of verbetering van de levensomstandigheden in beschouwing worden betrokken.
- 3.8 Geen toestemming voor verstrekking of de in bruikleen verschaffing van de hulpmiddelen zal worden verleend, indien het hulpmiddel uitsluitend is bestemd voor het gebruik op de werkplek of ten behoeve van onderwijsvoorzieningen. De kosten van deze hulpmiddelen komen krachtens (andere) wettelijke regelgeving voor vergoeding in aanmerking.
- 3.9 Ongeacht het bepaalde in paragraaf 5 van dit reglement kan Zorgverzekeraar Azivo te allen tijde besluiten een hulpmiddel in bruikleen te verstrekken.

## 4. Algemene bepalingen

- 4.1 **Te allen tijde adequaat:** de aanspraak op hulpmiddelen omvat de verschaffing van een te allen tijde adequaat functionerend hulpmiddel in eigendom of in bruikleen. Vervanging binnen de in dit reglement gestelde termijnen is derhalve mogelijk. In dat geval dient de aanvraag voor vervanging aan dezelfde eisen te voldoen als de aanvraag voor een eerste verschaffing van het hulpmiddel, terwijl bovendien uit de aanvraag moet blijken dat er geen sprake meer is van een adequaat functionerend hulpmiddel.

- 4.2 **Eigendom of bruikleen:** Zorgverzekeraar Azivo zal bepalen dat middelen die daarvoor uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs in aanmerking komen, in bruikleen dan wel in eigendom worden verschaft. Bij middelen in bruikleen dient door de verzekerde een bruikleenovereenkomst te worden ondertekend waarin de verplichtingen, verbonden aan de bruikleen, omschreven staan.  
Indien een verzekerde een hulpmiddel dat in bruikleen wordt verschaft, betreft van een niet-gecontracteerde leverancier, vindt een vergoeding plaats tot ten hoogste de kosten van het hulpmiddel die Zorgverzekeraar Azivo zou hebben gemaakt bij de verstrekking van het hulpmiddel in bruikleen. Het hulpmiddel dient van vergelijkbare kwaliteit te zijn en een vergelijkbare levensduur te hebben als de hulpmiddelen die Zorgverzekeraar Azivo van gecontracteerde leveranciers betreft. Indien Zorgverzekeraar Azivo akkoord gaat met de vergoeding van het hulpmiddel, wordt dit bedrag bij de machtiging aangegeven. De hoogte van de vergoeding kan tevens vooraf worden opgevraagd bij Zorgverzekeraar Azivo.
- 4.3 **Leeftijdsgrens:** Indien de aanspraak op enig in deze Regeling genoemd middel of de hoogte van de door de verzekerde verschuldigde bijdrage afhankelijk is gesteld van de leeftijd van de verzekerde, wordt diens leeftijd telkens beoordeeld naar het moment waarop de verzekerde zich wendt tot de leverancier, indien geen toestemming is vereist, naar het moment van verschaffing.
- 4.4 **Bekendheid met voorziening:** Indien in dit reglement bekendheid met de voorziening wordt vereist, dient uit een verklaring van de behandelend specialist te blijken dat verzekerde bekend is met de toepassing van de voorziening en een verbetering niet op eenvoudiger wijze is te verkrijgen.
- 4.5 **Toerekenbare schade:** de verzekerde is gehouden het hem in eigendom verschaft middel goed te verzorgen. Indien door toerekenbare onachtzaamheid van de verzekerde schade aan of verlies van het hulpmiddel ontstaat, en voor dat middel een gebruiksperiode in deze bepalingen is opgenomen, bestaat er géén aanspraak op vervanging, wijziging of herstel van het middel binnen deze termijn. Een verzoek tot vervanging dient door de verzekerde te worden gemotiveerd.
- 4.6 **Eigen bijdrage:** in de Regeling Hulpmiddelen is aangegeven voor welk middel een eigen bijdrage is verschuldigd. De verzekerde is de eigen bijdrage verschuldigd aan de leveranciers van het hulpmiddel, tenzij Zorgverzekeraar Azivo anders bepaalt.

## 5. Specifieke bepalingen per hulpmiddel

- 5.1 Voor prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub a en artikel 2.8 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Voor de aanvraag voor verschaffing of wijziging van een prothese voor schouder, arm, hand, been of voet is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.
  - Bij vervanging kan worden volstaan met een schriftelijke toelichting van een arts; bij vervanging van een prothesekoker is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist wel noodzakelijk.
  - Bij de verschaffing van een tweede exemplaar wordt alleen toestemming gegeven voor de goedkoopste adequate uitvoering.
  - De genoemde prothesen worden niet eerder vervangen dan drie jaar na de verstrekking; een myo-electrische prothese wordt niet eerder vervangen dan vijf jaar na de verstrekking.
- 5.2 Voor mammaprothesen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub b en artikel 2.9 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing van een mammaprothese voor uitwendige toepassing is een schriftelijke toelichting van een behandelend arts vereist.
  - Bij vervanging is geen toestemming van Zorgverzekeraar Azivo noodzakelijk.
  - Mammaprothesen worden niet eerder vervangen dan 1 jaar na de verstrekking.
- 5.3 Voor gelaatsprothesen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub c en artikel 2.10 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing of wijziging van een gelaatsprothese is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.
  - Bij vervanging is geen toestemming van Zorgverzekeraar Azivo noodzakelijk.
- 5.4 Voor oogprothesen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub d en artikel 2.11 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing, wijziging of herstel van een oogprothese is een schriftelijke toelichting van een oogarts vereist.
  - Bij vervanging is geen toestemming van Zorgverzekeraar Azivo noodzakelijk.
- 5.5 Voor orthesen voor de romp, arm, been, voet, hoofd of hals als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub e en artikel 2.12 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing of wijziging van een orthese voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist noodzakelijk.

- Bij vervanging van orthopedische beugelapparatuur en verstevigde spalk-, redressie-, of correctieapparatuur voor langdurig gebruik kan met een schriftelijke toelichting van een arts worden volstaan.
- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing of wijziging van een breukband is een schriftelijke toelichting van een arts vereist.
- Verzekerde heeft alleen aanspraak op een individueel aangemeten hulpmiddel, indien uit de schriftelijke toelichting blijkt dat een confectie-uitvoering niet doelmatig is.
- Korsetten, orthopedische beugelapparatuur en verstevigde spalk-, redressie-, of correctieapparatuur worden niet eerder vervangen dan twee jaar na de verstrekking.
- Breukbanden worden niet eerder vervangen dan één jaar na de verstrekking.
- Stabeugels (staplanken, statafels of sta-units), alsmede dynamische ligorthesen worden in bruikleen verstrekt.

In afwijking van het bovenstaande gelden voor orthopedisch schoeisel en orthopedische voorzieningen aan confectie-schoenen als bedoeld in artikel 2.12 lid 1 sub h de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing van (semi-)orthopedisch schoeisel, orthopedische binnenschoenen of orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist aangevende de aard van de functiestoornis of misvorming noodzakelijk.
- Bij vervanging van (semi-)orthopedisch schoeisel of van een orthopedische voorziening aan een confectieschoen is geen schriftelijke toelichting van een arts vereist.
- (Semi-)orthopedisch schoeisel wordt bij een verzekerde van 16 jaar of ouder niet eerder vervangen dan na 12 maanden na de verstrekking en bij een verzekerde jonger dan 16 jaar niet eerder dan zes maanden na de verstrekking.
- Aanspraak op verschaffing van orthopedische voorzieningen aan een confectieschoen bestaat niet meer dan vier maal per jaar.
- De verzekerde, ouder dan 16 jaar, heeft één maal per drie jaar aanspraak op een extra paar (semi-)orthopedische schoenen.
- De verzekerde betaalt indien hij zestien jaar of ouder is een eigen bijdrage van € 110,- per paar;
- De verzekerde betaalt indien hij jonger is dan zestien jaren, een eigen bijdrage van € 55,- per paar.

5.6 Voor gezichtshulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub f en artikel 2.13 van de Regeling geldt de volgende aanvullende eis/voorwaarde:

- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing of wijziging van gezichtshulpmiddelen is een schriftelijke toelichting van een oogarts vereist.
- De bijzondere optische hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.13 lid d worden in bruikleen verstrekt.

5.7 Voor gehoorhulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub g en artikel 2.14 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing, wijziging of herstel van een gehoorhulpmiddel is een schriftelijke toelichting van een KNO-arts of een audiologisch centrum noodzakelijk.
- Toestemming wordt slechts verleend indien uit een schriftelijke verklaring van een audiologisch centrum of KNO-arts blijkt dat een proefperiode succesvol is verlopen en dat er sprake is van adequaat gebruik.
- Zorgverzekeraar Azivo kan bij zijn toestemming aangeven op welk soort of type gehoorhulpmiddel de verzekerde aanspraak heeft.
- Het gehoorhulpmiddel wordt niet eerder vervangen dan na vijf jaar na de verstrekking.
- Voor hoortoestellen geldt bovendien dat:
  - a. Toestemming voor verschaffing of wijziging van hoortoestellen in cros-, bicros- of beengeleideruitvoering dan wel opgenomen in een brilmontuur slechts wordt verleend indien deze uitvoering het behoud, het herstel of de bevordering van de arbeidsgeschiktheid of verbetering van leefomstandigheden van verzekerde het gebruik van een hoortoestel in een ander model redelijkerwijs niet toelaat.
  - b. Oorstukjes niet eerder worden vervangen dan na 24 maanden na de verstrekking, tenzij verzekerde jonger is dan 16 jaar. In dat geval worden oorstukjes niet eerder vervangen dan na zes maanden na de verstrekking.
  - c. Voor maskeerders geldt bovendien dat oorstukjes niet eerder worden vervangen dan na 24 maanden na de verstrekking, tenzij verzekerde jonger is dan 16 jaar. In dat geval worden oorstukjes niet eerder vervangen dan na zes maanden na de verstrekking.
- Indien de aanschaffingskosten van een elektro-akoestisch hoortoestel hoger zijn dan € 476,- en een toestel voor de eerste keer wordt verstrekt, dan wel korter dan zes jaar geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde van zestien jaren of ouder een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag;
- Indien de aanschaffingskosten van een elektro-akoestisch hoortoestel hoger zijn dan € 566,50 en een toestel langer dan zes, maar korter dan zeven jaren geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde van zestien jaren of ouder een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag;
- Indien de aanschaffingskosten van een elektro-akoestisch hoortoestel hoger zijn dan € 657,50 en een toestel zeven jaren of langer geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag. Voor een verzekerde van jonger dan zestien jaren geldt de gebruiksduur van zeven jaren of langer geleden niet;
- Indien sprake is van een hoortoestel in cros-, bicros-, of beengeleideruitvoering, opgenomen in een brilmontuur, wordt het bedrag van de van toepassing zijnde vergoedingslimiet vermeerderd met € 61,50.

- 5.8 Voor verzorgingsmiddelen als bedoeld artikel 2.6 lid 1 sub h en artikel 2.15 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Aanspraak op stompkousen bestaat voor maximaal vier stuks per aflevering. Een hoger aantal per aflevering kan alleen indien uit schriftelijke toelichting van een behandelend arts de noodzaak daartoe blijkt.
  - Bij de aanvraag voor toestemming voor de eerste verschaffing van urine-opvangzakken, voorzieningen voor stomapatiënten, stompkousen, katheters, incontinentiemateriaal en spoelapparatuur voor anaalspoelen is een schriftelijke toelichting van een behandelend arts vereist. Alleen bij katheters is tevens een offerte van een leverancier nodig. Bij vervolgaanvragen is geen toestemming noodzakelijk. Dit laatste geldt niet indien het een vervolgaanvraag voor incontinentiemateriaal betreft en de verzekerde jonger dan 18 jaar is.
  - Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing van slijmuitzuigapparatuur is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.

5.8.1 In aanvulling op het bovenstaande gelden voor de voorzieningen voor stomapatiënten als bedoeld in artikel 2.15 lid 1 sub b bovendien de volgende eisen/voorwaarden:

- Bij de voorzieningen voor stomapatiënten gelden de onderstaande maximaantallen.

<b>Colostoma</b>	tweedelig	maximaal 4 plakken per week en maximaal 4 zakjes per dag
	eendelig	maximaal 4 zakjes per dag
<b>Irrigatie</b>	spoelsets	eerste jaar maximaal 2 spoelsets, voorts maximaal 1 spoelset per jaar
	spoelpomp	minimale gebruikstermijn 3 jaar
		maximaal 1 irrigatiesleeve per dag
		na elke spoelbeurt kunnen maximaal 2 stomapleisters of colostomiezakjes gebruikt worden
<b>Stomapluggen</b>	tweedelig	maximaal 1 plak en 4 pluggen per dag
	eendelig	maximaal 4 pluggen per dag
<b>Ileostoma</b>	tweedelig	maximaal 4 plakken per week en maximaal 2 zakjes per dag
	eendelig	maximaal 2 zakjes per dag
<b>Urostoma</b>	tweedelig	maximaal 4 plakken per week en maximaal 2 zakjes per dag
	eendelig	maximaal 2 zakjes per dag
<b>Continentstoma</b>	afdekleisters en catheters	2 – 6 per dag afhankelijk van voorschrift

- Van deze aantallen kan worden afgeweken indien uit een schriftelijke toelichting van een arts of stomaverpleegkundige de noodzaak daartoe blijkt.
- De aanspraak op voorzieningen voor stomapatiënten omvat ten hoogste een hoeveelheid per aflevering welke voldoende is voor gebruik gedurende twee maanden.

5.8.2 In aanvulling op de eerste alinea van dit artikel gelden bij de verstrekking van incontinentie-absorptiemateriaal als bedoeld in artikel 2.15 lid 1 sub e van de Regeling bovendien de volgende eisen/voorwaarden:

- De aanspraak op wegwerpinlegluiers en wegwerpluierbroeken bij incontinentie en op beschermende onderleggers omvat ten hoogste 455 stuks per drie maanden. Van dit aantal kan worden afgeweken, indien uit een schriftelijke toelichting van een arts de noodzaak daartoe blijkt.
- Aanspraak op anaaltampons, beschermende onderleggers en luierbroeken, alsmede wegwerpinlegluiers en wegwerpluierbroeken voor incontinentie omvat slechts een hoeveelheid per aflevering welke voldoende is voor gebruik gedurende ten hoogste een maand.
- Indien de verzekerde aanspraak maakt op wasbare inlegluiers, dient in de aanvraag tevens gemotiveerd te worden aangegeven hoeveel inlegluiers de verzekerde nodig heeft.

5.9 Voor hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen als bedoeld in artikel 2.6 sub j en artikel 2.17 sub a tot en met c van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing, wijziging of herstel van hulpmiddelen voor de mobiliteit is een schriftelijke toelichting van een arts vereist.
- Krukken worden niet eerder vervangen dan twee jaar na de verstrekking.
- Loophulpen met drie of vier poten, looprekken en rollators worden niet eerder vervangen dan vijf jaar na de verstrekking.
- Loopwagens en serveerwagens worden niet eerder vervangen dan zeven jaar na de verstrekking.
- Blindentaststokken worden niet eerder vervangen dan drie jaar na de verstrekking.

Voor hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen als bedoeld in artikel 2.6 sub j en artikel 2.17 sub d en e gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing, wijziging of herstel van een stoel met trippelfunctie of een loopfiets is een schriftelijke toelichting van een arts noodzakelijk.
- Bij de aanvraag voor stoel met trippelfunctie is bovendien een schriftelijk advies van een ergotherapeut nodig.
- Stoelen met trippelfunctie en loopfietsen worden in bruikleen verstrekt.

- 5.10 Voor pruiken als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub k en artikel 2.18 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing, wijziging of herstel van een pruik is een schriftelijke toelichting van de behandelend arts noodzakelijk.
  - Een pruik wordt niet eerder vervangen dan na één jaar na de verstrekking.
  - Indien de aanschaffingskosten van een pruik hoger zijn dan € 264,50, betaalt de verzekerde een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag.
- 5.11 Voor injectiespuiten als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub l en artikel 2.19 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor toestemming voor een eerste verschaffing van injectiespuiten en toebehoren is een schriftelijke toelichting van een arts vereist. Een offerte van een leverancier is niet nodig.
  - Voor vervanging is geen toestemming nodig.
- 5.12 Voor uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe, als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub m, gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Onder uitwendige hulpmiddelen voor het langdurig compenseren van functieverlies van aderen en lymphevaten vallen therapeutische, elastische rond- en vlakbreikousen, armkousen, lymphepress en aan- en uittrekulp.
  - Bij de aanvraag voor verschaffing van therapeutische elastische kousen is een schriftelijke toelichting van een arts vereist. Bij vervanging van de kousen is geen schriftelijke toelichting van een arts vereist.
  - De kousen worden na de eerste verschaffing niet eerder vervangen dan drie maanden na de verstrekking. Daarna vindt vervanging niet eerder plaats dan 12 maanden na de verstrekking.
  - Bij de eerste verschaffing heeft de verzekerde aanspraak op één kous dan wel één paar kousen.
  - Bij vervanging heeft verzekerde aanspraak op twee kousen dan wel twee paar kousen.
  - Geen aanspraak bestaat op de verstrekking van elastische kousen in geval van nabehandeling van het verwijderen van spataderen.
- 5.13 Voor hulpmiddelen bij diabetes als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub n en artikel 2.20 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing van hulpmiddelen bij diabetes is een schriftelijke toelichting van een arts vereist. Een offerte van een leverancier is niet nodig.
  - Bij vervolgaanvragen voor verschaffing van teststrips is geen schriftelijke toelichting van een arts vereist, tenzij verzekerde aanspraak maakt op meer teststrips dan in de eerste aanvraag werd verlangd.
  - Een in eigendom verstrekt apparaat voor het zelf afnemen van bloed wordt niet eerder vervangen dan twee jaar na de verschaffing en een bloedglucosetestmeter niet eerder dan na drie jaar na de verschaffing.
  - We onderscheiden de volgende groepen diabeten:
    - a. diabeten die nagenoeg zijn uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen waarbij behandeling met insuline wordt overwogen, op voorschrift van de behandelend arts: maximaal 100 teststrips per kalenderjaar;
    - b. diabeten met een vastgesteld doseringsschema voor 1 tot 2 insuline-injecties per dag; maximaal 100 teststrips per drie maanden;
    - c. diabeten die op geleide van het bloedsuikergehalte 3 of meer insuline-injecties per dag gebruiken, dan wel gebruik maken van een insulinepomp; maximaal 400 teststrips per drie maanden;
    - d. insulineafhankelijke diabeten hebben recht op maximaal 2 insulinepennen per 3 kalenderjaren.
  - Indien een verzekerde in redelijkheid is aangewezen op een afwijkende hoeveelheid teststrips dient dit te worden aangevraagd bij de zorgverzekeraar. De aanvraag gaat in dat geval vergezeld van een schriftelijke toelichting van een arts waaruit de noodzaak van de afwijkende hoeveelheid teststrips blijkt.
- 5.14 Voor apparatuur voor positieve uitademingsdruk als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub o en artikel 2.21 van de Regeling geldt de volgende aanvullende eis/voorwaarde:
- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing of wijziging van apparaten voor positieve uitademingsdruk is een schriftelijke toelichting van een longarts of kinderarts vereist.
- 5.15 Voor draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub p en artikel 2.22 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing van een draagbare uitwendige infuuspomp en toebehoren is een schriftelijke toelichting van een behandelend specialist noodzakelijk.
  - Infuuspompen worden in bruikleen verstrekt.
- 5.16 Voor schoenvoorzieningen, niet zijnde orthesen, als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub q en artikel 2.23 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing van verbandschoenen is een schriftelijke toelichting van een arts inhoudende de aard van de aandoening vereist.
  - Indien de aanschaffingskosten van verbandschoenen hoger zijn dan € 136,50 betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.



- Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing van allergeenvrije schoenen is een schriftelijke toelichting van een huidarts inhoudende de aard van de allergie noodzakelijk.
- Bij vervanging van allergeenvrije schoenen kan worden volstaan met een schriftelijke toelichting van een arts.
- Allergeenvrije schoenen worden bij een verzekerde van 16 jaar of ouder niet eerder vervangen dan 12 maanden na de verstrekking en bij een verzekerde jonger dan 16 jaar niet eerder dan 6 maanden na de verstrekking.
- Verzekerde heeft één maal per drie jaar aanspraak op een extra paar allergeenvrije schoenen.
- De verzekerde betaalt indien hij zestien jaar of ouder is een eigen bijdrage van € 110,- per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 287,50.  
De vergoeding uit de Zorgverzekering bedraagt nooit meer dan € 177,50.
- De verzekerde betaalt indien hij jonger is dan zestien jaren, een eigen bijdrage van € 55,- per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 232,50.  
De vergoeding uit de Zorgverzekering bedraagt nooit meer dan € 177,50.

5.17 Voor hulpmiddelen voor het toedienen van voeding als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub r en artikel 2.24 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor de verschaffing van hulpmiddelen voor het toedienen van voeding is een schriftelijke toelichting van een behandelend arts vereist.
- Bij vervanging is geen toestemming van Zorgverzekeraar Azivo nodig.
- Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding worden in bruikleen verstrekt.

5.18 Voor allergeenvrije en stofdichte hoezen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub s en artikel 2.25 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing van allergeenvrije en stofdichte hoezen is een schriftelijke toelichting van medisch specialist of een arts vereist. De schriftelijke toelichting van een arts dient tevens de uitslag van een allergietest te bevatten.
- Allergeenvrije en stofdichte hoezen worden niet eerder vervangen dan tien jaar na de verstrekking.

5.19 Voor hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub t en artikel 2.26 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing van hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering – met uitzondering van de teksttelefoon, faxapparaat, wek- of waarschuwingsinstallaties en spraakvervangende hulpmiddelen – is een schriftelijke toelichting van een arts noodzakelijk.
- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing van een teksttelefoon, faxapparaat of wek- en waarschuwingsinstallaties ten behoeve van auditief gehandicapten is een schriftelijke toelichting van een KNO-arts of audiologisch centrum vereist.
- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing van een spraakvervangend hulpmiddel bij een ernstige spraakhandicap is zowel een schriftelijke toelichting van een medisch specialist als een schriftelijk advies van een ergotherapeut vereist.
- Tenzij bij de machtiging anders wordt bepaald, worden communicatiehulpmiddelen in bruikleen verstrekt.
- De kosten van abonnementsgelden komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Indien de aanschaffingskosten van faxapparatuur hoger zijn dan € 95,-, betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.

5.20 Voor zuurstofapparatuur met bijbehorende zuurstof en zuurstofconcentratoren met toebehoren en vergoeding van stroomkosten als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub u en artikel 2.27 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor de verschaffing van zuurstofapparatuur is een schriftelijke toelichting van een arts vereist.
- Zuurstofapparatuur en zuurstofconcentratoren worden in bruikleen verstrekt.

5.21 Voor longvibrators als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub v van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor de verschaffing van longvibrators is een schriftelijke toelichting van een arts vereist.
- Longvibrators worden in bruikleen verstrekt.

5.22 Voor vernevelaars met toebehoren als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub w van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor de verschaffing van vernevelaars en toebehoren is een schriftelijke toelichting van een arts vereist.
- De vernevelaars met toebehoren worden in bruikleen verstrekt.

5.23 Voor beeldschermloepen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub x van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor de verschaffing van beeldschermloepen is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.
- Beeldschermloepen worden in bruikleen verstrekt.

- 5.24 Voor uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub y van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor de verschaffing van uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn en toebehoren is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.
  - De toelichting bevat ten minste een verklaring dat de verzekerde met goed resultaat een proefbehandeling heeft doorlopen en de verbetering niet op eenvoudiger wijze is te bereiken.
- 5.25 Voor CPAP-apparatuur als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub z en artikel 2.28 van de Regeling geldt de volgende aanvullende eis/voorwaarde:
- Bij de aanvraag voor de verschaffing is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.
- 5.26 Voor solo-apparatuur als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub aa en artikel 2.29 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor de verschaffing van solo-apparatuur met toebehoren is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist of audiologisch centrum vereist.
  - Solo-apparatuur wordt in bruikleen verstrekt.
- 5.27 Voor tactiellesapparatuur als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub bb en artikel 2.30 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor de verschaffing is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist. De toelichting bevat tevens een verklaring dat uit een test blijkt, dat verzekerde in staat is met het apparaat om te gaan.
  - Tactiellesapparatuur wordt in bruikleen verstrekt.
- 5.28 Voor de vervanging van BAHA-hoortoestellen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub cc en artikel 2.31 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor de verschaffing is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.
  - BAHA-hoortoestellen worden in bruikleen verstrekt.
- 5.29 Voor zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub dd en artikel 2.32 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor de verschaffing is een schriftelijke toelichting van een arts vereist.
  - Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden wordt in bruikleen verstrekt.
- 5.30 Voor inrichtingselementen voor woningen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub ee en artikel 2.33 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing van inrichtingselementen van woningen is een schriftelijke toelichting van een arts vereist.
  - Bij de aanvraag voor aangepaste tafels en stoelen, antidecubituszitkussens, -bedden, -matrassen en -overtrekken en bij de aanvraag voor bedden in speciale uitvoering en de daarvoor bestemde matrassen, is bovendien een schriftelijk advies van een ergotherapeut nodig.
  - Tenzij bij de machtiging anders wordt bepaald, worden inrichtingselementen voor woningen in bruikleen verstrekt.
- 5.31 Voor de verschaffing van geleidehonden als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub ff en artikel 2.34 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing van geleidehonden is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist en een regionale instelling voor blinden- en slechtzienden vereist.
  - Het opleidingsinstituut voor blindengeleidehonden stelt de praktische indicatie.
  - Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing van een hulphond is een schriftelijke toelichting van een revalidatie-arts vereist.
  - Het opleidingsinstituut voor hulphonden of een daartoe gespecialiseerd indicatiecentrum stelt de praktische indicatie.
  - Geleidehonden en hulphonden worden in bruikleen verstrekt en blijven eigendom van het opleidingsinstituut.
  - De gebruiker ontvangt op verzoek, per kwartaal een tegemoetkoming in de kosten van maximaal € 240,-. Dit bedrag wordt overgemaakt in de maand volgend op het kwartaal waar de vergoeding betrekking op heeft.
- 5.32 Voor de verschaffing van hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand-, en vingerfunctie als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub gg en artikel 2.35 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing van hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand-, en vingerfunctie is een schriftelijke toelichting vereist van een revalidatiearts die verbonden is aan een daartoe gespecialiseerd centrum. Uit de toelichting moet blijken dat de huidige benodigde professionele hulp bij algemene of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen zal verminderen door de verschaffing van de genoemde hulpmiddelen. De toelichting bevat tevens een verklaring dat uit een test blijkt dat verzekerde in staat is met het apparaat om te gaan.
  - Hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand-, en vingerfunctie worden in bruikleen verstrekt.

- 5.33 Voor thuisdialyse-apparatuur als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub hh en artikel 2.36 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor thuisdialyse-apparatuur is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.
  - Thuisdialyse-apparatuur wordt in bruikleen verstrekt.
- 5.34 Voor de verschaffing van verbandmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub hh van de Regeling geldt de volgende aanvullende eis/voorwaarde:
- Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing van verbandmiddelen is een schriftelijke toelichting van een arts vereist.
- 5.35 Voor de verschaffing van hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub i en artikel 2.16 van de Regeling is geen aanvraag nodig.

# Reglement Farmaceutische Zorg

## 1. Algemeen

De verzekerde heeft aanspraak op farmaceutische zorg zoals bepaald in de polis en het reglement. De zorgpolis is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit Zorgverzekering en de Regeling Zorgverzekering.

## 2. Definities

- 2.1 Regeling: de Regeling Zorgverzekering zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, nr 171 en laatstelijk gewijzigd op 13 oktober 2005, in de Staatscourant 2005, nr. 203.

## 3. Aanspraken

- 3.1 Farmaceutische zorg omvat geen:

- Farmaceutische zorg bij de Regeling Zorgverzekering aangegeven gevallen;
- Geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;
- Geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- Geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.

- 3.2 Het recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten bestaat alleen indien sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis of een dreigende ernstige ondervoeding door een chronisch obstructief longlijden, een cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand. Bij deze aandoeningen is er sprake van situaties waarbij de toediening van dieetpreparaten een essentieel onderdeel uitmaakt van adequate zorg en normale aangepaste voeding of dieetproducten niet volstaan.

## 4. Toestemming

Daar waar in dit reglement toestemming wordt vereist, geldt de volgende procedure:

- Het verzoek om toestemming dient altijd tijdig en vooraf door of namens de verzekerde te worden ingediend.
- Het verzoek om toestemming gaat vergezeld van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts.
- Bij de toestemming kan de verzekeraar bepalen voor welke termijn deze toestemming geldt.

## 5. Afleverhoeveelheden

Per voorschrift worden niet meer geneesmiddelen afgeleverd c.q. worden de kosten van aflevering maximaal vergoed voor een periode van:

- 15 dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- 15 dagen, indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie betreft;
- ten hoogste 3 maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica;
- ten hoogste één jaar, indien het orale anticonceptiva betreft voor verzekerden onder de 21 jaar;
- ten hoogste één maand in overige gevallen.

## 6. Specifieke bepalingen voor geneesmiddelen

### 6.1 Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

- Op onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Het GVS houdt in het indelen van geneesmiddelen in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen volgens bepaalde criteria. Per GVS-groep is een vergoedingslimiet berekend. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger dan de vergoedingslimiet, dan betaalt de verzekerde het verschil bij. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. De eigen bijdrage is verschuldigd aan degene die het geneesmiddel aflevert, de apotheker of de apotheekhoudende huisarts.

De lijst met onderling vervangbare geneesmiddelen is opgenomen in bijlage 1a van de Regeling.

- De zorgverzekeraar heeft de bevoegdheid te bepalen dat slechts een door de zorgverzekeraar aangewezen onderling vervangbaar, geregistreerd geneesmiddel wordt verstrekt. Zorgverzekeraar Azivo maakt vooralsnog geen gebruik van de mogelijkheid om geneesmiddelen aan te wijzen. De aanspraak van de verzekerde omvat daarmee alle onderling vervangbare, geregistreerde geneesmiddelen van bijlage 1a van de Regeling.

## 6.2 Niet-onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

- a. Naast onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen, heeft de verzekerde aanspraak op niet-onderling vervangbare (unieke) geneesmiddelen. De niet-onderling vervangbare geneesmiddelen zijn geneesmiddelen die door verschillen in eigenschappen niet met andere geneesmiddelen geclusterd kunnen worden: de zogenoemde unieke geneesmiddelen.
- b. De lijst met niet-onderling vervangbare geneesmiddelen is opgenomen in bijlage 1b van de Regeling.
- c. Voor de niet-onderling vervangbare (unieke) geneesmiddelen geldt een volledige vergoeding.

## 6.3 Andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd

Het betreft hier de ongeregistreerde geneesmiddelen, die op grond van artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering farmaceutische producten (BBA) met toestemming van de hoofdinspecteur worden geïmporteerd en de ongeregistreerde geneesmiddelen die door de apotheker zelf worden bereid. De tekst van de artikelen 45 en 55 BBA is opgenomen in Bijlage 2 van dit reglement.

### a. Artikel 54 en 55 BBA geneesmiddelen:

In het Besluit Zorgverzekering zijn deze geneesmiddelen uitgesloten van de aanspraak, tenzij het gaat om de behandeling van een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op 150.000 inwoners. Bij deze kleine patiëntenaantallen kan van een fabrikant niet worden gevergd, dat hij het betreffende geneesmiddelen in Nederland laat registreren. Omdat deze geïmporteerde, ongeregistreerde geneesmiddelen wel van groot therapeutisch belang kunnen zijn, is er aanspraak op de aflevering van deze geneesmiddelen voor deze zeer beperkte patiëntenpopulaties. Wel moet ook bij deze geneesmiddelen sprake zijn van rationele farmacotherapie.

### b. Apotheekbereidingen:

Ook de aanspraak op apotheekbereidingen is beperkt. Op de eerste plaats zijn de apotheekbereidingen, die nagenoeg gelijk zijn aan enig niet door de minister aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, uitgesloten van de aanspraak. Daarnaast bestaat op apotheekbereidingen alleen aanspraak als die bereidingen zijn aan te merken als rationele farmacotherapie. Dit wil zeggen, een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit bij wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering, onderscheidenlijk de verzekerde.

- c. Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de middelen genoemd onder a is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

## 6.4 Zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik

Voor zelfzorgmiddelen als bedoeld onder nummer 36 van bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering gelden de volgende voorwaarden:

- a. Op het voorschrift van de behandelend arts dient aangegeven te zijn dat een verzekerde langer dan zes maanden op het betreffende middel is aangewezen en dat het is voorgeschreven ter behandeling van een chronische aandoening. In deze gevallen wordt de aanduiding 'C.G.' gebruikt. De apotheek dient hiervan op de nota melding te maken.
- b. De eerste 15 dagen komen de kosten voor rekening van verzekerde.

## 6.5 Nadere voorwaarden waaronder bepaalde geneesmiddelen worden verstrekt

Een geneesmiddel dat op Bijlage 2 behorend bij de Regeling Zorgverzekering is geplaatst, mag alleen worden verstrekt wanneer aan bepaalde (wettelijke) indicatievoorwaarden is voldaan. Deze wettelijke voorwaarden zijn opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering. Bijlage 2 kan gedurende het jaar wijzigen en is opvraagbaar bij Zorgverzekeraar Azivo. Voor bepaalde geneesmiddelen van deze Bijlage 2 is voorafgaande toestemming van Zorgverzekeraar Azivo vereist. Deze geneesmiddelen staan vermeld op bijlage 1 van dit reglement. Voor geneesmiddelen die gedurende het jaar worden toegevoegd aan Bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering geldt eveneens een toestemmingsvereiste.

## 7. Specifieke bepalingen voor dieetpreparaten

### 7.1 Voeding algemeen

Indien is voldaan aan de voorwaarden van artikel 3.2, wordt toestemming gegeven voor ten hoogste drie maanden, tenzij hieronder anders is bepaald. Deze termijn kan worden verlengd. Het dieetpreparaat dient te zijn aangevraagd door een specialist.

### 7.2 Voeding bij koemelkallergie

Er wordt toestemming gegeven voor zes maanden (tot uiterlijk de leeftijd van 12 maanden) vanaf de datum van ondertekening door de arts, indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- Het dieetpreparaat is aangevraagd door een consultatiebureau-arts of kinderarts.
- Uit de aanvraag blijkt dat het gaat om een ernstige koemelkallergie, aannemelijk gemaakt door het hierbij passende specifieke klachtenpatroon.
- Uit de aanvraag blijkt dat de diagnose is gesteld volgens de Landelijke Standaard voor de diagnose en de behandeling van voedselovergevoeligheid bij zuigelingen op het consultatiebureau (eliminatie- en provocatiedieet).

Zolang de diagnose 'ernstige voedselallergie (koemelkallergie)' nog niet is gesteld volgens de betreffende standaard (provocatietest), wordt het dieetpreparaat niet ten laste van de zorgverzekering afgeleverd.

Wanneer er binnen de looptijd van de machtiging wordt overgegaan op een andere voeding, dan mag de machtiging door de betreffende arts worden aangepast zonder nieuwe aanvraag. Dit mag tot de einddatum van de machtiging.

Aan de verlening van de machtiging worden de volgende voorwaarden gesteld:

- a. Eerste verlenging van de machtiging (niet van toepassing indien de eerste verstrekking reeds is afgegeven tot de leeftijd van 12 maanden. In dat geval dient een tweede verlenging zoals onder b. te worden aangevraagd.):
  - Uit de aanvraag blijkt duidelijk dat er recent nog is geprovoceerd en dat de allergie nog steeds aanwezig is.
  - De machtiging wordt tot de leeftijd van 12 maanden verlengd.
- b. Tweede verlenging van de machtiging:
  - De aanvraag gaat vergezeld van een uitgebreide rapportage van een kinderarts. Deze aanvraag wordt door de medisch adviseur beoordeeld.
  - Uit de aanvraag blijkt duidelijk dat er recent nog is geprovoceerd en dat de allergie nog steeds aanwezig is.
  - De machtiging wordt tot de leeftijd van 18 maanden verlengd.
- c. Derde verlenging van de machtiging:
  - De aanvraag gaat vergezeld van een uitgebreide rapportage van een kinderarts. Deze aanvraag wordt door de adviseur beoordeeld.
  - De machtiging wordt voor nog 6 maanden verlengd, tot maximaal de leeftijd van 24 maanden.

### 7.3 Voeding bij COPD

Er wordt toestemming gegeven voor drie maanden, indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- Het dieetpreparaat moet worden aangevraagd door een specialist.
- Er wordt tegelijkertijd een conditieverbeteringsprogramma gevolgd.
- Er moet sprake zijn van een ernstige COPD met een BMI kleiner of gelijk aan 20.
- Indien sprake is van een BMI tussen de 20 en 25 wordt er een machtiging afgegeven voor drie maanden, indien voldaan is aan één of beide van de volgende voorwaarden:
  - a. Ongewenst gewichtsverlies (> 5% in 1 maand of > 10% in 6 maanden)
  - b. Te lage vetvrije massa (VVMl < 16 bij mannen of < 15 bij vrouwen)

Een verlenging moet opnieuw aangevraagd worden. Uit de verlengingsaanvraag moet duidelijk blijken wat het effect van de voedingstherapie is.

### 7.4 Voeding voor prematuur of dysmatuur geboren zuigelingen

Er wordt toestemming gegeven voor maximaal twee maanden, indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- Het dieetpreparaat is aangevraagd door een kinderarts;
- Het geboortegewicht en het ontslaggewicht zijn vermeld;
- Er is sprake van een prematuur of dysmatuur geboren zuigeling, die voldoet aan voorwaarden van artikel 3.2.;
- Het gewicht is lager dan 3500 gram.

De genoemde termijn van twee maanden kan telkens worden verlengd met twee maanden totdat een gewicht van 3500 gram is bereikt.

## Bijlage 1

Voor onderstaande geneesmiddelen is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist:

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| • acetylcysteïne             | • pegfilgastrim              |
| • calciumcitraat             | • filgastrim                 |
| • mycofenolaatmofetil        | • tranylcypromine            |
| • imiglucerase               | • clopidogrel                |
| • glatirameer                | • tacrolimus                 |
| • dehydroepiandrosteron      | • pimecrolimus               |
| • erythropoetine             | • becaplermin                |
| • rivastigmine               | • palivizumab                |
| • galantamine                | • thalidomide                |
| • memantine                  | • TNF-a blokkerende middelen |
| • epoprostenol               | • bosentan                   |
| • teriparatide               | • miglustat                  |
| • groeihormonen              | • IVF-geneesmiddelen         |
| • interferon, betaferon enz. |                              |

## **Bijlage 2**

### **Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten**

#### **Artikel 54**

1. Het in artikel 3, vierde lid, van de wet vervatte verbod op invoer van orgeregistreerde farmaceutische producten of geneesmiddelen voor onderzoek geldt niet indien:
  - a. het een farmaceutisch product betreft dat bestemd is om als monster te worden overgelegd bij een aanvraag tot inschrijving van dat product in het register;
  - b. het een farmaceutisch product of een geneesmiddel voor onderzoek betreft dat kennelijk voor eigen gebruik is bestemd door degene die het invoert; of
  - c. de hoofdinspecteur toestemming tot invoer van een farmaceutisch product voor een daarbij aangegeven doeleinde heeft verleend.
2. De hoofdinspecteur verleent in het eerste lid, onder c, bedoelde toestemming uitsluitend aan personen, bevoegd tot uitoefening van de artseneerbereidkunst. Aan de toestemming kunnen voorschriften worden verbonden.
3. Het in artikel 3, vierde lid, van de wet vervatte verbod tot het afleveren van ongeregistreerde farmaceutische producten geldt niet ten aanzien van een in het eerste lid, onder a of c, bedoeld farmaceutisch product voor zover het wordt afgeleverd voor de bestemming onderscheidenlijk het doeleinde waarvoor de invoer is toegestaan.

#### **Artikel 55**

1. Aflevering van zich nog in het stadium van proefneming bevindende ongeregistreerde farmaceutische producten, die niet zijn bestemd voor het verrichten van onderzoeken aan de mens, mag slechts geschieden indien door degenen die aflevert aan het tweede lid wordt voldaan.
2. Een aflevering mag niet geschieden alvorens de hoofdinspecteur in kennis is gesteld van:
  - a. de naam en het adres van de persoon aan wie het farmaceutisch product zal worden afgeleverd;
  - b. de kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling van het farmaceutische product of, indien dit niet mogelijk is, van de gebruikte grondstoffen en de bewerkingen welke deze hebben ondergaan, een en ander onder aanwijzing van de werkzame bestanddelen;
  - c. de verwachte werking van het farmaceutische product;
  - d. de eventuele bijwerkingen en contra-indicaties van het farmaceutische product.

# Zo kunt u ons bereiken

Wilt u meer informatie? U kunt ons bellen, e-mailen of u kunt bij ons langskomen. Ook kunt u op onze website kijken.

## Telefoonnummer

(070) 440 24 00

## E-mail

info@azivo.nl

## Website

www.azivo.nl

## Adressen en openingstijden

### Azivo hoofdkantoor

Oude Haagweg 128  
2552 GS Den Haag

Telefoon (070) 440 24 00  
Fax (070) 440 24 01  
E-mail info@azivo.nl

### Postadres

Postbus 13731  
2501 BP Den Haag

Maandag t/m vrijdag  
van 08.30–17.30 uur

### Stadskantoor

#### Den Haag-centrum

Stationsweg 107a  
2515 BL Den Haag

Maandag t/m vrijdag  
van 08.30–17.00 uur

### Stadskantoor Zoetermeer

Markt 3  
2711 CZ Zoetermeer

Dinsdag t/m donderdag  
van 09.00–16.00 uur

### Azivo Apotheek

Boomsluiterskade 299  
2511 VJ Den Haag

Telefoon (070) 315 36 36  
Fax (070) 385 41 05  
E-mail info@apotheeke.azivo.nl

Maandag t/m vrijdag

van 08.00–22.00 uur  
Zaterdag van 09.00–17.00 uur

### Azivo Zorgservice

Zichtenburglaan 216–218  
2544 EB Den Haag

Telefoon (070) 394 91 91  
Fax (070) 394 28 45  
E-mail info@zorgservice.azivo.nl

Maandag t/m vrijdag  
van 09.00–12.30 en  
van 13.00–17.00 uur

[www.azivo.nl](http://www.azivo.nl)