



AZIVO

ZORGVERZEKERING

2011

Verzekeringsvoorwaarden Azivo Zorgverzekering

- Algemene bepalingen & Polisdekking Azivo Zorgverzekering
- Premiebijlage
- Reglement Restitutie
- Reglement Hulpmiddelen
- Reglement Farmaceutische zorg


zorgverzekeraar

A. Algemene bepalingen & Polisdekking Azivo Zorgverzekering

I. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN		5
Artikel 1.1	Algemeen	5
Artikel 1.2	GGZ	7
II. ALGEMENE BEPALINGEN		9
Artikel 2	Grondslag van de verzekering	9
Artikel 3	Looptijd van de verzekering	9
Artikel 4	Informatieverplichtingen Verzekerden	11
Artikel 5	Premie	11
Artikel 6	Gevolgen (te) late premiebetaling	12
Artikel 7	Eigen risico	12
Artikel 8	Dekking	13
Artikel 9	Buitenland	13
Artikel 10	Vergoedingsvoorwaarden	14
Artikel 11	Uitsluitingen	15
Artikel 12	Privacy	15
Artikel 13	Fraudebestrijding	16
Artikel 14	Aansprakelijkheid	16
Artikel 15	Klachten & Geschillen	16
III POLISDEKKING		18
Artikel 16	Hulp door een huisarts / huisartsendienstenstructuur	18
Artikel 17	Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)	18
Artikel 18	Verloskundige zorg, prenatale screening en kraamzorg	20
Artikel 19	Revalidatie	23
Artikel 20	Orgaantransplantaties	23
Artikel 21	Niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse	23
Artikel 22	Mechanische beademing	24
Artikel 23	Oncologische aandoeningen bij kinderen	24
Artikel 24	Trombosedienst	24
Artikel 25	Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing	24
Artikel 26	Audiologische zorg	25
Artikel 27	Paramedische zorg	25
Artikel 28	Dyslexie Zorg	26
Artikel 29	Stoppen met roken	26
Artikel 30	Mondzorg	27
Artikel 31	Farmaceutische zorg	28
Artikel 32	Hulpmiddelenzorg	29
Artikel 33	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	30
Artikel 34	Eerstelijns psychologische zorg, niet-specialistische GGZ	31
Artikel 35	Specialistische GGZ	31

B Premiebijlage

Premie zorgverzekering Azivo 2011	34
-----------------------------------	----

C Reglement Restitutie

Artikel 1	Toepassingsbereik	36
Artikel 2	Algemene Vergoedingsvoorwaarden	36
Artikel 3	Huisartsenzorg	37
Artikel 4	Obesitas behandelingen	37
Artikel 5	GGZ zorg	37
Artikel 6	Paramedische zorg	37

Inhoudsopgave

Artikel 7	Hulpmiddelenzorg	37
Artikel 8	Zittend ziekenvervoer	37
Artikel 9	Farmaceutische zorg	37

D Reglement Hulpmiddelen

Artikel 1	Definities	40
Artikel 2	Toestemming	40
Artikel 3	Algemene bepalingen	40
Artikel 4	Specifieke bepalingen per hulpmiddel	42

E Reglement Farmaceutische Zorg

Artikel 1	Algemeen	59
Artikel 2	Definities	59
Artikel 3	Uitsluitingen	59
Artikel 4	Toestemming	59
Artikel 5	Afleverhoeveelheden	60
Artikel 6	Specifieke bepalingen voor geneesmiddelen	60
Artikel 7	Specifieke bepalingen voor dieetpreparaten	61

A. Algemene bepalingen & Polisdekking Azivo Zorgverzekering

De volgende begripsbeschrijvingen en artikelen zijn uitsluitend van toepassing op deze verzekeringsovereenkomst, gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor zover door u tevens een aanvullende verzekering is gesloten, wordt voor de bepaling van uw aanspraken die daar uit volgen verwezen naar de specifieke, op die verzekering toepasselijke Verzekeringsvoorwaarden Azivo Aanvullende Verzekering.

I. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1.1 Algemeen

Ambulancevervoer: Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.

Apotheekhoudende: Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, vijfde lid van de Geneesmiddelenwet, of een huisarts, als bedoeld in artikel 61, eerste lid onder b van de Geneesmiddelenwet.

Audiologisch Centrum: een als zodanig door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling, die audiologische zorg verleent.

Azivo Tarief: het tarief dat door of namens Azivo is overeengekomen met de verschillende (groepen) zorgverleners (actuele Azivo tarieven worden vermeld op www.azivo.nl), in het werkgebied van Azivo.

Bekkentherapeut: 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 Fysiotherapie.

Bedrijfsarts: 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.

Centrum voor bijzondere Tandheelkunde: 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.

Centrum voor Erfelijkheidsadvies: Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Centrum voor Prenatale Screening: Een instelling die een WBO vergunning heeft ontvangen van het ministerie van VWS.

Dagbehandeling: Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) 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.

Diëtist: Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthopedist en podotherapeut'.

Ergotherapeut: Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

EU- en EER-staat: Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, 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.

Farmaceutische zorg: De terhandstelling 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 apotheekhoudend huisarts.

Functionele bekostiging: Functionele bekostiging is bekostiging op basis van de prestatie, en niet op basis van de zorgaanbieder die de prestatie levert. Het gaat niet om 'wie' maar om 'wat' wordt bekostigd.

Fysiotherapeut: 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.

Geboortekliniek: Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door Azivo als zodanig aangewezen instelling ten behoeve van verplaatste 1e lijn bevallingen en de levering van kraamzorg.

Gecontracteerde zorg: De zorg die Azivo op basis van de Zvw verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgverlener gesloten overeenkomst te leveren.

Geïntegreerde eerstelijnszorg

Geïntegreerde eerstelijnszorg betreft multidisciplinaire eerstelijnszorg die door meer zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de patiënt te leveren.

Huisarts: Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, de Specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

HuisartsenDienstenstructuur: Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het week-einde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief en een overeenkomst met de zorgverzekeraar.

Hulpmiddelenzorg: De zorg die voorziet in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen functionerende hulpmiddelen, evenals verbandmiddelen, met inachtneming van het door Azivo vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Implantoloog: Een implantoloog, die lid is van de Nederlandse Vereniging Orale Implantologie.

In-vitrofertilisatiepoging (IVF): zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:

- 1 het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- 2 de follikelpunctie;
- 3 de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- 4 het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Jeugdgezondheidszorgarts: De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg

Kaakchirurg: Een tandarts-specialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Ketenzorg: Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening, ongeacht waar die zorg wordt gegeven. Aan dit zorgprogramma nemen meerdere zorgverleners deel, zowel uit de 1e als de 2e lijn. Deze zorgverleners vormen een keten, ook wel genoemd de zorggroep. De verzekerden die de betreffende aandoening hebben zijn de doelgroep.

Kinderfysiotherapeut: 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.

Kraamcentrum: Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door Azivo als zodanig aangewezen instelling ten behoeve

van de levering van kraamzorg.

Kraamzorg: 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.

Logopedist: Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit 'diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthopedist en podotherapeut'.

Manueel therapeut: 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 Fysiotherapie.

Medisch adviseur: De (para)medisch deskundige die Azivo in (para)medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist: Een arts, die als medisch-specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist: Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen voor de mondhygiënist, zoals opgenomen in artikel 14 e.v. van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthopedist en podotherapeut en artikel 4 van het Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553).

Oedeemtherapeut: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die zich tevens heeft gespecialiseerd in oedeemtherapie en als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Oefentherapeut Cesar / Oefentherapeut Mensendieck: Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthopedist en podotherapeut'.

Opname: 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.

Orthodontist: Een tandartsspecialist, die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Orthopedagoog: Een diagnostisch geschoolde orthopedagoog, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen en Onderwijskundigen en geregistreerd is als Orthopedagoog.

Revalidatie: Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschap-

pelijke 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.

Tandarts: Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus: Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Trombosedienst: organisatie die zich bezighoudt met de controle van mensen die antistollingsmedicijnen gebruiken, of het bloed nog voldoende kan stollen zodat er geen bloedingen optreden

Verblijf: Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland: Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, andere lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.

Verloskundige: Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Volledige vergoeding: Vergoeding van maximaal het markt-

conforme tarief of maximaal het WMG-tarief

Wet BIG: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

WMG-tarief: Het op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) goedgekeurd of vastgesteld tarief dan wel maximumtarief voor een prestatie of geheel van prestaties door een orgaan (instelling en/of persoon) voor gezondheidszorg geleverd.

Instelling voor Medisch Specialistische Zorg (IMSZ) (voorheen zelfstandig behandelcentrum, ZBC): Een instelling voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis: Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.

Zorggroep: een groep zorgverleners, uit de eerste- en/of de tweedelijnszorg die gezamenlijk de ketenzorg voor chronische ziekten organiseren en uitvoeren.

Zorgverlener: De natuurlijke of rechtspersoon die medische of paramedische zorg verleent. Onder zorgverlener wordt ook verstaan een leverancier van hulpmiddelen of aanbieder van ziekenvervoer.

Zorgverzekeraar: Azivo Zorgverzekeraar N.V., hierna te noemen 'Azivo'.

Artikel 1.2 GGZ

Azivo GGZ-tarieven: de tarieven die door of namens Azivo zijn overeengekomen met de verschillende GGZ-zorgverleners (actuele Azivo GGZ-tarieven worden vermeld op www.azivo.nl).

Bureau Jeugdzorg: een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.

Gezondheidszorgpsycholoog: een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GGZ-Instellingen: Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten.

Eerstelijnspsycholoog: een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ: Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

Kinder- en Jeugd Psycholoog N.I.P.: psycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en die voldoet aan de opleidings- en kwali-

teitseisen zoals opgenomen in de registratieregeling Kinderen Jeugdpsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog: een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Orthopedagoog-generalist: Een zelfstandig werkend orthopedagoog, lid van de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen en Onderwijskundigen (NVO) en geregistreerd als Orthopedagoog-generalist.

Psychiater/zenuwarts: een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

Psychotherapeut: een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Seksuoloog: seksuologische hulpverlener die als seksuoloog geregistreerd staat in het betreffende register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie Specialistische GGZ: Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.



II. ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

- 2.1** De Azivo Zorgverzekering is een verzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont of daarbuiten en die een zorgverzekering moet sluiten. De zorgverzekering van Azivo is een naturaverzekering. Natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf.
Azivo sluit daarvoor met zorgverleners contracten waarin in ieder geval afspraken worden gemaakt over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid van de te verlenen zorg.
Het overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is op te vragen bij Azivo en te vinden op www.azivo.nl.
- 2.2** De overheid stelt het verzekerde pakket van de zorgverzekering vast. De Zorgverzekeringswet (Zvw) en de daarbij behorende regelgeving schrijven voor waarvoor u verzekerd moet zijn. Elke zorgverzekeraar moet zich strikt aan de wet houden. In deze verzekeringsvoorwaarden heeft Azivo zo duidelijk mogelijk aangegeven wanneer en waarvoor u verzekerd bent. Als er iets in deze verzekeringsvoorwaarden onverhoopt niet helemaal overeenkomt met de wettelijke regeling, dan geldt voor u wat in die wettelijke regeling staat.
- 2.3** Met de keuze voor de Azivo Zorgverzekering bent u een verzekeringsovereenkomst met Azivo aangegaan. Deze zorgverzekering wordt uitgevoerd door Azivo Zorgverzekeraar N.V. Enig aandeelhouder van Azivo Zorgverzekeraar N.V. is de Coöperatie Menzis U.A. Als verzekerde van Azivo bent u automatisch lid van de Coöperatie Menzis U.A. Deze Coöperatie is gericht op het behartigen van de belangen van haar leden. De Coöperatie Menzis U.A. en Azivo Zorgverzekeraar N.V. hebben geen winstoogmerk.
- 2.4** Uw verzekeringsovereenkomst, de zogenaamde zorgpolis, bestaat uit:
- I:** Het polisblad; hierop wordt aangegeven welke verzekeringen u voor het komende jaar met Azivo bent aangegaan en welke voorwaarden hierop van toepassing zijn, de ingangsdatum van deze verzekering(en) en de hoogte van de verschuldigde premie.
 - II:** De Verzekeringsvoorwaarden Azivo Zorgverzekering, deze bestaan uit:
 - A: Algemene bepalingen & Polisdekking Azivo Zorgverzekering
 - B: Premiebijlage
 - C: Reglement Restitutie
 - D: Reglement Hulpmiddelen
 - E: Reglement Farmaceutische zorg

De verzekeringnemer is degene die de zorgverzekering met Azivo heeft gesloten. Hij / zij kan voor verschillende personen, 'de verzekerden', een zorgverzekering hebben afgesloten. De verzekerde is degene van wie de ziektekosten verzekerd zijn. Vaak zijn verzekeringnemer en verzekerde dezelfde persoon. Met 'u' bedoelt Azivo u als verzekerde. Als een bepaling alleen voor de verzekeringnemer geldt, staat dat vermeld.

- 2.5** De inhoud en omvang van de zorg in de Azivo Zorgverzekering wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.
Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, zoals farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.
Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 2.6** Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Dat wil zeggen dat u alleen recht heeft op een onderzoek of een behandeling als dat volgens de Zvw noodzakelijk is. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangevoerd' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering. Om dit te kunnen beoordelen kan Azivo een behandelplan opvragen.

Artikel 3 Looptijd van de verzekering

- 3.1** De Azivo Zorgverzekering gaat in op de datum die u vindt op uw polisblad. Deze verzekering is geldig tot 1 januari van het volgende kalenderjaar. De verzekering wordt per 1 januari steeds met een jaar verlengd zolang u de verzekering niet opzegt.

- 3.2** U kunt geen Azivo Zorgverzekering afsluiten bij Azivo als uw vorige Azivo Zorgverzekering in de vijf voorafgaande jaren is opgezegd of ontbonden, omdat u Azivo opzettelijk heeft misleid of omdat u de premie niet heeft betaald.
- 3.3** Als u binnen 4 maanden nadat u verzekeringsplichtig bent geworden een Azivo Zorgverzekering bij Azivo heeft gesloten, werkt de zorgverzekering terug tot en met de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- 3.4** Als u bij Azivo een Azivo Zorgverzekering heeft gesloten binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari of wegens een voor u nadelige wijziging van de voorwaarden door opzegging is geëindigd, werkt de Azivo Zorgverzekering terug tot en met de dag waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.
- 3.5** Als uw zorgverzekering nog niet is beëindigd, maar u wilt alvast een zorgverzekering bij Azivo afsluiten, en u geeft aan de zorgverzekering bij Azivo op een latere dag te willen laten ingaan, dan gaat uw zorgverzekering bij Azivo op die latere dag in.
- 3.6** Als u een zorgverzekering bij Azivo afsluit en u bedenkt zich, dan kunt u binnen veertien dagen na ontvangst van de verzekeringsovereenkomst, deze verzekering ontbinden. U hoeft hiervoor geen reden op te geven. Wanneer u binnen deze veertien dagen uw verzoek tot ontbinding aan Azivo heeft verzonden, zal de Azivo Zorgverzekering worden ontbonden. De Azivo Zorgverzekering wordt als niet afgesloten beschouwd. U hoeft dan geen premie of kosten te betalen, maar krijgt ook geen (zorg)kosten vergoed.
- 3.7** Als u verzekeringnemer bent, kunt u uw zorgverzekering wijzigen per 1 januari van ieder jaar. U kunt dan ook uw eigen risico wijzigen, uw betaalwijze veranderen of een andere aanvullende verzekering kiezen. Azivo moet uw verzoek dan uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.
- 3.8** In geval van detentie wordt de looptijd van de zorgverzekering niet onderbroken. In die periode is er echter geen premieplicht en worden er geen zorgkosten vergoed. De zorgverzekering is aldus van rechtswege opgeschort. Na het einde van de detentie herleven de verzekeringsrechten en -plichten.
- 3.9** U mag uw Azivo Zorgverzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt eindigt uw zorgverzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de Azivo Zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar.

Het opzeggen van de zorgverzekering aan het einde van het kalenderjaar kan op de volgende manieren plaatsvinden:

- Door uzelf. U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk opzeggen;
- Door gebruik te maken van de overstapservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Dit houdt in dat u als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt.

- 3.10** U kunt tussentijds de Azivo Zorgverzekering van een andere verzekerde opzeggen als die verzekerde ergens anders een zorgverzekering heeft gesloten. De opzegging gaat in op de dag waarop de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. Voorwaarde is dan wel dat de opzegging voorafgaande aan die dag is ontvangen door Azivo. Als de opzegging later ontvangen is gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop is opgezegd;

U kunt ook tussentijds opzeggen als u collectief bent verzekerd bij uw oude werkgever en wilt deelnemen aan de collectiviteit bij uw nieuwe werkgever. Azivo moet uw opzegging dan binnen 30 dagen nadat uw nieuwe dienstverband is ingegaan ontvangen hebben. De opzegging gaat in op de dag waarop u krachtens een andere collectieve zorgverzekering verzekerd wordt. Voorwaarde is dan wel dat de opzegging voorafgaande aan die dag is ontvangen door Azivo. Als de opzegging later ontvangen is gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop is opgezegd;

U kunt uw Azivo Zorgverzekering ook opzeggen als Azivo de voorwaarden verandert en de nieuwe voorwaarden voor u nadelig zijn, tenzij Azivo wettelijk verplicht is deze verandering door te voeren. Azivo moet uw opzegging dan binnen één maand nadat de wijziging u is meegedeeld, ontvangen hebben. De opzegging gaat dan in op de dag dat de wijziging ingaat.

U kunt niet opzeggen met terugwerkende kracht. U kunt de Azivo Zorgverzekering niet opzeggen als u de premie niet heeft betaald en daarvoor bent aangemaand, tenzij Azivo de dekking heeft geschorst of de opzegging binnen twee weken heeft bevestigd.

- 3.11** Als u verzekeringnemer bent, kunt u een verzekering met een door u ondertekende brief opzeggen. Geef bij de opzegging duidelijk aan welke verzekering u precies wilt opzeggen en voor welke verzekerden. Als de Azivo Zorgverzekering eindigt, verstrekt Azivo de verzekeringnemer en/of de verzekerde een bewijs van het eind van de verzekering.
- 3.12** Azivo kan de Azivo Zorgverzekering beëindigen als:

- u informatie heeft achtergehouden of verkeerde informatie heeft gegeven, zie artikel 4 en artikel 13;
- u zich tegenover Azivo of haar personeel heeft misdragen.

3.13 Uw Azivo Zorgverzekering eindigt van rechtswege op de dag nadat:

- uw verzekeringsplicht eindigt;
- u komt te overlijden;
- Azivo het werkgebied wijzigt en u buiten dat gebied woont;
- Azivo geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden.

Uw Azivo Zorgverzekering eindigt van rechtswege op de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop u ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten het werkgebied van Azivo. Als Azivo het werkgebied wijzigt of geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden stelt Azivo u daarvan uiterlijk twee maanden voordat uw Azivo Zorgverzekering eindigt, op de hoogte.

3.14 Bereiken van de achttienjarige leeftijd

Met het bereiken van de leeftijd van 18 jaar kan een verzekerde een eigen zorgverzekering aangaan en is dan bijvoorbeeld zelf aansprakelijk voor het voldoen van de premie.

Azivo informeert deze verzekerden tijdig voor hun 18e verjaardag over de mogelijkheden om een eigen zorgverzekering af te sluiten.

Artikel 4 Informatieverplichtingen Verzekerden

4.1 U informeert Azivo schriftelijk en binnen 14 dagen over verhuizing, overlijden, wijziging van (post) bankrekeningnummer, indiensttreding als militair in actieve dienst, begin en einde van detentie, het niet langer voldoen aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit, het vervallen van de verzekeringsplicht voor de zorgverzekering en wie uw nieuwe zorgverzekeraar is als u de verzekering bij Azivo heeft opgezegd.

Uw adresgegevens ontvangt Azivo automatisch van de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Wijzigingen hierin moet u zo snel mogelijk in het GBA aanpassen, zodat ook uw registratie bij Azivo actueel blijft. Als u niet bent geregistreerd in het GBA moet u zelf zorgen voor de aanlevering van uw actuele adresgegevens bij Azivo.

Azivo gaat ervan uit dat de berichten die aan uw bij Azivo geregistreerde adres zijn verzonden, u hebben bereikt.

4.2 U verleent uw (kosteloze) medewerking als Azivo informatie nodig heeft. Bijvoorbeeld de reden van een opname, voor een onderzoek naar fraude, of voor controles naar bijvoorbeeld de doelmatigheid en noodzakelijkheid van behandelingen. Azivo neemt hierbij uiteraard de privacyregelgeving in acht. Als u niet meewerkt, kan het zijn dat uw recht op zorg of vergoeding van kosten vervalt.

4.3 U informeert Azivo zo snel mogelijk als een derde aansprakelijk kan worden gesteld voor de zorg die Azivo vergoedt, bijvoorbeeld na een verkeersongeval of medische fout en u bent verplicht medewerking te verlenen aan verhaallacties van Azivo. U kunt hiervoor contact opnemen met de Klantenservice of dit aangeven op uw declaratieformulier. U mag zelf geen regeling treffen met deze aansprakelijke derde of zijn verzekeraar als dit nadelig is voor Azivo.

4.4 Als Azivo op grond van door u verstrekte gegevens tot de conclusie komt dat uw Azivo Zorgverzekering eindigt of geëindigd is, informeert Azivo u daarover direct.

Artikel 5 Premie

5.1 U bent verplicht voor de zorgverzekering premie te betalen als u 18 jaar of ouder bent.

5.2 De aan Azivo te betalen premie is de geldende premiegrondslag (zie Premiebijlage). Een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico en / of een eventuele collectiviteitskorting wordt hierop in mindering gebracht. Op het Polisblad wordt precies aangegeven hoeveel premie u aan Azivo moet betalen.

5.3 U betaalt uw premie vooraf, vóór de eerste van de maand.

5.4 Azivo legt van u één bankrekeningnummer vast in de administratie. Deze wordt gebruikt voor zowel de premiebetalingen door u als de zorgkostenvergoedingen aan u. U kunt dit rekeningnummer alleen wijzigen door middel van een wijzigingskaartje (op te vragen via de afdeling Klantenservice), of via www.azivo.nl/mijnazivo.



Om teleurstellingen te voorkomen:

- geen wijzigingen via declaratieformulieren
- geef de wijziging tijdig door (minimaal 14 dagen van te voren)

- 5.5** U mag de premie niet verrekenen met een uitkering die u verwacht.
- 5.6** Als u een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van Azivo, bepaalt Azivo waarop de betaling wordt afgeboekt.
- 5.7** Azivo kan administratiekosten in rekening brengen als u niet per automatische incasso betaalt en als u met Azivo een betalingsregeling heeft afgesproken of als de vordering op u is overgedragen aan het incassobureau.
- 5.8** Als u Azivo een machtiging afgeeft voor betaling van de premie per automatische incasso, geldt deze machtiging voor alle bedragen die u moet betalen aan Azivo, bijvoorbeeld het verplicht en/of het vrijwillig eigen risico.
- 5.9** Als uw zorgverzekering in de loop van een maand wijzigt, (her)berekent Azivo de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand.
- 5.10** In geval van overlijden vindt verrekening of restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- 5.11** Azivo mag de voorwaarden, premie en de kortingen op elk moment wijzigen. Een wijziging van de grondslag van de premie van de Azivo Zorgverzekering treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan u is meegeedeeld.
- 5.12** Het niet incasseren van de premie door Azivo, ontslaat u niet van de verplichting tot premiebetaling.

Artikel 6 Gevolgen (te) late premiebetaling

- 6.1** Azivo stuurt u een aanmaning. Als u binnen 14 dagen alsnog de premie betaalt, blijft dit verder zonder gevolg.
- 6.2** Betaalt u niet binnen 14 dagen na deze aanmaning dan heeft dat de volgende gevolgen:
- Azivo maant u nogmaals aan en bij uitblijven van de betaling wordt de premievordering overgedragen aan een incassobureau.
 - Betalingskortingen op uw zorgverzekering vervallen.
 - U moet de incassokosten betalen, zowel voor de extra werkzaamheden van Azivo, zoals het sturen van een acceptgiro en de aanmaningen, als voor de werkzaamheden van het incassobureau en / of de deurwaarder.
 - U moet wettelijke rente betalen over de totale vordering.
- 6.3** Bij het ontstaan van een betalingsachterstand van 2 maandpremies dan wordt de wanbetalerswetgeving op u van toepassing. Azivo informeert u hierover en biedt u een betalingsregeling aan en wijst u op de mogelijkheden van schuldhulpverlening. Als u uw schuld niet aflost en u maakt geen gebruik van een betalingsregeling en uw betalingsachterstand is opgelopen tot 6 maandpremies dan meldt Azivo u aan als wanbetaler bij het CVZ. Vanaf die datum zal de zorgverzekeringspremie automatisch op uw salaris, uitkering of zorgtoeslag worden ingehouden verhoogd met een boete van 30%. De zorgverzekering loopt wel gewoon door, u houdt dus recht op verzekerde zorg.

Artikel 7 Eigen risico

- 7.1** Voor verzekerden van 18 jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 170 per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden geïndexeerd.
- 7.2** Naast het verplicht eigen risico kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Het overzicht van de verschillende eigen risicobedragen en de daarbij behorende premiekortingen treft u aan in de Premiebijlage.
- 7.3** Het verplicht en het vrijwillig eigen risico is zowel van toepassing als u gebruik maakt van zorg geleverd door gecontracteerde en niet gecontracteerde zorgverleners.

Het verplicht en het vrijwillig eigen risico gelden niet voor:

- a. verloskundige zorg en kraamzorg;
- b. de kosten van het gebruik van 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 op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- c. ketenzorg. Het gaat hierbij om zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.
- d. nacontroles van levende donoren van een nier of lever ten behoeve van nier- of levertransplantaties. Het gaat hierbij om die controles, die ten laste van de zorgverzekering van de donor komen.

- 7.4** Als u zorg of overige diensten van zorg heeft gebruikt, tellen de kosten daarvan eerst mee voor het verplicht eigen risico en het restant voor het vrijwillig eigen risico.
- 7.5** Voor sommige zorgvormen bent u ook verplicht een eigen bijdrage te betalen. Deze eigen betalingen tellen niet mee voor het volmaken van het verplichte en/of het vrijwillige eigen risico.
- 7.6** Als de Azivo Zorgverzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico (verplicht en vrijwillig) naar evenredigheid toegepast.
Voorbeeld: U wordt op 17 juni 18 jaar. Het eigen risico gaat dan gelden vanaf 1 juli. Er zijn nog 184 dagen in dat kalenderjaar. Het eigen risico voor dat jaar is dan 184/365 deel.
- 7.7** Voor de vaststelling van het eigen risico worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin die zorg of dienst aan u is gestart.
Voorbeeld: U wordt op 20 december 2011 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2012 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu eenmaal toegepast in het jaar 2011.
- 7.8** Voor de vaststelling van het eigen risico bij hulpmiddelen wordt de datum die op de nota van de zorgverlener is aangegeven als uitgangspunt gehanteerd.
- 7.9** Als Azivo rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, wordt het eigen risico bedrag bij u teruggevorderd of verrekend met andere uitkeringen aan u. U wordt geacht daartoe aan Azivo een machtiging tot automatisch incasso af te geven ter hoogte van het bedrag van het eigen risico.

Artikel 8 Dekking

- 8.1** Als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat, betaalt Azivo de zorgverlener rechtstreeks en ontvangt u geen nota. Een eventuele eigen bijdrage wordt afzonderlijk bij u in rekening gebracht. Het overzicht van de gecontracteerde zorgverleners vindt u op www.azivo.nl/zorgvinder.
- 8.2** Kunt u niet of niet tijdig terecht bij een gecontracteerde zorgverlener of instelling, dan heeft u aanspraak op bemiddeling door Azivo. Als de bemiddeling niet succesvol is, dan geeft Azivo u toestemming voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener. In dat geval worden de kosten van deze zorg voor 100% vergoed tot maximaal:
- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) vastgestelde (maximum-)tarief;
 - als er en voor zover er geen op basis van de WMG vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende, marktconforme bedrag.
- Niet of niet tijdig kunnen verlenen van gecontracteerde zorg betekent ook dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats door een gecontracteerde zorgverlener kan worden verleend.
- Om vast te stellen of zorg tijdig beschikbaar is, houdt Azivo onder andere rekening met het tijdstip waarop de zorg aan u moet worden verleend, medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- 8.3** Als de zorg die u nodig heeft naar verwachting tijdig kan worden verleend door een gecontracteerde zorgverlener en u toch naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling gaat, vergoedt Azivo de zorgkosten gedeeltelijk zoals dat is bepaald in het Reglement Restitutie.
- 8.4** Voor extramurale zorg (zorg zonder verblijf of opname) is in principe geen voorafgaande toestemming van Azivo nodig.
Voor intramurale zorg (zorg met opname of verblijf) is altijd voorafgaande toestemming van Azivo nodig, tenzij er sprake is van acute zorg. Dit geldt zowel voor gecontracteerde zorg als voor niet-gecontracteerde zorg.
- 8.5** Als er sprake is van acute zorgverlening, heeft u recht op volledige vergoeding van de kosten. Maar, als de zorgverlener niet is gecontracteerd door Azivo, dan worden de kosten van deze zorg vergoed tot maximaal:
- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) vastgestelde (maximum-)tarief;
 - als er en voor zover er geen op basis van de WMG vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende, marktconforme bedrag.

Artikel 9 Buitenland

- 9.1** Als u in Nederland woont kunt u de benodigde zorg door een buitenlandse zorgverlener of -instelling laten uitvoeren.

Als Azivo deze zorgverlener of instelling heeft gecontracteerd, dan ontvangt u geen nota (zie artikel 8.1). Heeft deze zorgverlener of instelling géén contract met Azivo, dan ontvangt u wel een nota en vindt vergoeding van de kosten plaats zoals in artikel 8.3 is bepaald.

- 9.2** Woont of verblijft u (bijvoorbeeld op vakantie) in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, dan heeft u 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 Azivo in het woonland of het land van verblijf is gecontracteerd, zie artikel 8.1;
 - aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door Azivo gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling, zie artikel 8.3.

Deze regeling is ook van toepassing als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en u tijdelijk verblijft in Nederland, of een ander EU/EER-land of Verdragsland.

De voorafgaande toestemming die noodzakelijk is voor intramurale zorg (zie artikel 8.4), is niet vereist als de zorg die u in deze landen wilt invoeren medisch noodzakelijk is. Dat wil zeggen zorg, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.

- 9.3** Als u woont of verblijft (bijvoorbeeld op vakantie) in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door Azivo gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling, zie artikel 8.3.
- 9.4** In de gevallen bedoeld in de voorgaande paragrafen vindt, als Azivo vooraf toestemming verleent voor het invoeren van niet-gecontracteerde zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in 9.1 aangegeven vergoeding, conform de bij de toestemming gestelde voorwaarden.

Artikel 10 Vergoedingsvoorwaarden

- 10.1** Bij een bezoek aan een zorgverlener moet u zich kunnen legitimeren met bijvoorbeeld uw rijbewijs, paspoort of Nederlandse identiteitskaart.
- 10.2** Als de adviserend geneeskundige van Azivo de reden van uw opname of behandeling nodig heeft voor het verlenen van toestemming, vraagt u uw behandelend arts of medisch specialist een medische motivatie aan de adviserend geneeskundige te sturen.
- 10.3** Als u kiest voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener, moet u de kosten van de zorg eerst zelf aan de zorgverlener betalen en bent u zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van zijn nota. Azivo vergoedt u vervolgens de kosten van de zorg volgens de voorwaarden die in artikel 8 staan en volgens de bepalingen in het Reglement Restitutie.
- 10.4** U moet de originele nota's binnen 12 maanden na behandeldatum, bij Azivo indienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de declaratiedatum waarop de nota is uitgeschreven. Als de declaratie betrekking heeft op een DBC die is gestart 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. Voor declaraties die Azivo later dan 12 maanden ontvangt, wordt een korting op de vergoeding ingehouden, als Azivo is geschaad in zijn belangen.
- 10.5** Declaraties die na 3 jaar worden ontvangen, worden niet meer in behandeling genomen.
- 10.6** U verleent Azivo volmacht om de eventueel te veel betaalde vergoeding aan de zorgverlener terug te vorderen.
- 10.7** Een door Azivo afgegeven machtiging geldt niet langer dan een jaar tenzij anders aangegeven op de machtiging. De machtiging geldt in ieder geval nooit langer dan de looptijd van uw Azivo Zorgverzekering, en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving.
- 10.8** Als u een achterstand heeft in de premiebetaling of in de betaling van het vrijwillig en/of verplicht eigen risico of in de betaling van eigen bijdragen, zal de uitbetaling door Azivo van een declaratie eerst worden verrekend met deze achterstand in betaling. Vervolgens zal het eventuele resterende bedrag naar u worden overgemaakt.
- 10.9** Voor een aanspraak op zorg kunt u zich niet beroepen op mondelinge of telefonische toezeggingen van Azivo, tenzij deze toezegging schriftelijk aan u is bevestigd.

- 10.10** De nota van een buitenlandse zorgverlener kan alleen in behandeling worden genomen, als de nota en de eventueel daarbij behorende medische verklaring is opgesteld in het Nederlands, Engels, Duits of Frans of is voorzien van een officiële vertaling in één van deze talen.

Artikel 11 Uitsluitingen

- 11.1** Geen aanspraak op zorg of vergoeding van zorg bestaat op:
- de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en die van bevolkingsonderzoek;
 - de eigen bijdrage krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw);
 - aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de ministeriële regeling anders is bepaald;
 - het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - alternatieve geneeswijzen;
 - geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland;
 - kraampakketten, verbandwatten en steriel hydrofielgaas 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.

- 11.2** U heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij. Op grond van de Wet op het financieel toezicht is het Azivo verboden deze schaden te verzekeren. Deze zes genoemde vormen van molest, evenals de definities daarvan, kunt u vinden in de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponereerd onder nummer 136/1981.
- 11.3** Als één of meer gebeurtenissen plaatsvinden die onder het terrorisme risico vallen zoals door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade NV omschreven, waardoor u zorg nodig heeft, geldt voor de zorgverzekering het volgende:
Als de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij N.V. verwacht dat de totale schade die in een kalenderjaar als gevolg van zulke handelingen wordt gedeclareerd bij schade-, levens-, of natura uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximum bedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg of de vergoeding daarvan tot een door die maatschappij voor alle verzekeringen te bepalen gelijk percentage van de kosten of de waarde van de zorg of overige diensten. Het is mogelijk dat Azivo na een terroristische handeling een aanvullende bijdrage krijgt op grond van artikel 33 van de Zvw of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering. Als dit het geval is, heeft u in aanvulling op de prestaties bedoeld in de eerste zin van dit artikel, recht op prestaties waarvan de omvang wordt bepaald bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zvw of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering.

Artikel 12 Privacy

- 12.1** Uw persoonlijke gegevens neemt Azivo op in (geautomatiseerde) bestanden. Uw gegevens worden gebruikt voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekering. Azivo gebruikt uw gegevens voor het uitvoeren van wettelijke verplichtingen, statistische analyses, wetenschappelijk en historisch onderzoek.
- 12.2** Zorgverleners dan wel andere dienstverleners van zorg zijn wettelijk verplicht het Burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in de communicatie met de zorgverzekeraar. Azivo heeft daarom ook uw BSN in de administratie vastgelegd.
- 12.3** Om zorgverleners in staat te stellen hun declaraties bij de juiste zorgverzekeraar digitaal aan te leveren worden uw naam-, adres- en woonplaatsgegevens beschikbaar gesteld aan het zogenaamde Vecozo-bestand, dat voor een grote groep zorgverleners raadpleegbaar is.
- 12.4** De verwerking van gegevens van u die medisch van aard zijn, vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. Hij heeft daarvoor vanuit zijn professie een medische geheimhoudingsplicht. Deze medische persoonsgegevens worden alleen aan medewerkers van Azivo verstrekt, als zij de gegevens voor de uitvoering van hun werkzaamheden nodig hebben. Op deze andere personen rust dan dezelfde geheimhoudingsplicht als op de medisch adviseur uit hoofde van zijn medisch beroepsgeheim.
- 12.5** De verwerking van uw persoonsgegevens is gemeld aan het College Bescherming Persoonsgegevens en geschiedt vertrouwelijk overeenkomstig de voorschriften van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.
- 12.6** Een uitwerking van het privacybeleid van Azivo Zorgverzekeraar is na te lezen in het Privacystatement op www.azivo.nl.

Artikel 13 Fraudebestrijding

Als u of de verzekeringnemer Azivo opzettelijk misleidt, vervallen uw rechten. U krijgt dan geen vergoeding, ook niet voor die onderdelen waarover een juiste opgave is gedaan. Azivo beëindigt al uw verzekeringen. Wat Azivo eventueel al heeft betaald, aan u of rechtstreeks aan een zorgaanbieder, moet u terugbetalen. Ook moet u de onderzoekskosten aan Azivo betalen. Azivo doet aangifte en uw gegevens worden geregistreerd. Dat gebeurt in de registers volgens het Protocol Fraudebestrijding van het Verbond van Verzekeraars.

Artikel 14 Aansprakelijkheid

- 14.1** Azivo is niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder van wiens zorg u gebruik heeft gemaakt.
- 14.2** Schade die ontstaat door uw eigen handelen of nalaten in strijd met de Verzekeringsvoorwaarden Azivo Zorgverzekering, komt voor uw eigen rekening.
- 14.3** De eventuele aansprakelijkheid van Azivo voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen van Azivo is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de verzekering voor rekening van Azivo zouden zijn gekomen.

Artikel 15 Klachten & Geschillen

- 15.1** Op de Azivo Zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.
- 15.2** Als u het niet eens bent met een door Azivo genomen beslissing of over de wijze waarop dat is gebeurd (= een geschil) of over de dienstverlening in het algemeen (= een klacht) kunt u Azivo dat laten weten door een klacht in te dienen of te verzoeken een andere beslissing te nemen. Hiervoor kunt u een brief sturen aan Azivo, ter attentie van de afdeling Juridische Zaken, Postbus 13731, 2501 BP, Den Haag.
- 15.3** Uw brief wordt binnen 5 weken afgehandeld. Als er een langere termijn nodig is, wordt u daar schriftelijk over geïnformeerd.
- 15.4** Als u het niet eens bent met het antwoord van Azivo dan kunt u uw probleem voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering, Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). De SKGZ zal uw probleem eerst voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De Ombudsman probeert door bemiddeling voor een oplossing te zorgen. Als bemiddeling niet mogelijk is of als de poging tot bemiddeling niet slaagt, kunt u uw probleem voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ. Behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kost € 37. De behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen eindigt met een bindend advies. Aan dit advies moeten Azivo en u zich houden.
- 15.5** In plaats van uw probleem voor te leggen aan de SKGZ kunt u er ook voor kiezen om de burgerlijk rechter om een beslissing te vragen. Hiervoor moet u griffiekosten aan de rechtbank betalen. Op de website van de Nederlandse rechtspraak (www.rechtspraak.nl) is aangegeven waar en op welke manier een geschil kan worden ingediend.
- 15.6** Als u een klacht heeft over een formulier van Azivo, bijvoorbeeld dat het formulier overbodig of te ingewikkeld is, dan kunt u dit melden bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). De Uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit is bindend. Op www.nza.nl staat aangegeven waar en op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.



Geneeskundige zorg

Artikel 16 Hulp door een huisarts / huisartsendienstenstructuur

- 16.1** Aanspraak bestaat op geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen BIG-geregistreerde arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De huisartsenzorg kan ook worden verleend door een zorgverlener die onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts werkt, bijvoorbeeld een doktersassistente, nurse practitioner of praktijkondersteuner.
De huisartsenzorg kan onderdeel uitmaken van het zorgaanbod van een zorggroep waarbinnen ketenzorg wordt geleverd ten behoeve van verzekerden met chronische aandoeningen.
De huisartsenzorg kan geleverd worden door geïntegreerde eerstelijnscentra of andere multidisciplinaire samenwerkingsverbanden op basis van protocollen en richtlijnen.
- 16.2** De aanspraak op hulp door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek en röntgenonderzoek. Als het laboratoriumonderzoek en/of het röntgenonderzoek op aanvraag van de huisarts plaatsvindt en apart in rekening wordt gebracht, komen de kosten hiervan ten laste van het eigen risico.
Onder de huisartsenhulp valt onder andere georganiseerde gestructureerde zorg voor patiënten met chronische aandoeningen zoals diabetes, astma, COPD en hartfalen.
Veelal kan de verzekerde ook bij zijn of haar huisarts terecht voor kleine chirurgische ingrepen. Als de huisarts en Azivo daarover aanvullende afspraken hebben gemaakt, kan de huisarts ook medisch specialistische zorg op het grensvlak van huisartsenzorg- medisch specialistische zorg, leveren.
- 16.3** Huisartsenzorg is vrij toegankelijk en persoonsgericht. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door wat huisartsen als hulp plegen te bieden.
- 16.4** De verzekerde dient zich in te schrijven bij een aanbieder van huisartsenzorg in de eigen woonplaats.
- 16.5** De huisartsendienstenstructuur levert de huisartsenzorg in de avond, de nacht of het weekeinde.
- 16.6** Voor acute en/of spoedeisende zorg in de avonduren of het weekeinde dient de verzekerde zich te wenden tot de huisartsendienstenstructuur waarbij de eigen huisarts is aangesloten. Bezoek aan de Spoedeisende Hulp in het ziekenhuis kan alleen plaatsvinden na verwijzing van de huisarts of in acute, spoedeisende situaties.
Van nota's van huisartsenorganisaties die visites aan huis leveren of aanbieders van acute zorg waarmee Azivo geen overeenkomst heeft afgesloten, wordt 5% van de kosten vergoed.

Artikel 17 Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

- 17.1** Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts 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. Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 30 van deze overeenkomst.

17.2a Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op opname 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 verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, 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.

17.2b Medisch Specialistische Verpleging

Naast de in 17.2a genoemde verpleging, omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg. Deze zorg omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg. Deze medisch specialistische verpleegkundige zorg is verpleegkundige (thuis)zorg die alleen op verwijzing van de medisch specialist verkregen kan worden. Enkele voorbeelden van verpleegkundige handelingen zijn: injecteren, inbrengen van een sonde of infuus, wondverzorging, decubitusrisico bepalen en drainage van de maag en / of thorax.

17.2c Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een of door een, door Azivo gecontracteerde, als ziekenhuis toegelaten instelling, Instelling voor Medisch Specialistische Zorg of een huispraktijk. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, evenals de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

17.2d Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat, als binnen minstens drie weken vooraf schriftelijk toestemming bij Azivo is aangevraagd en deze door Azivo is verleend, slechts aanspraak als 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 verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepletten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urine-weg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- de buikwand (het zogenaamde abdominoplastiek). Op het abdominoplastiek bestaat uitsluitend aanspraak als er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooiën of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid.

17.2e In-vitrofertilisatie behandelingen (IVF)

De verzekerde heeft uitsluitend aanspraak op een IVF behandeling als er een medische indicatie voor bestaat (voor zover in overeenstemming met de stand van de wetenschap en de praktijk). Voor het tot gelding brengen van aanspraak op een IVF behandeling is voorafgaande toestemming van Azivo vereist.

Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt een doorgaande zwangerschap verstaan. Een doorgaande zwangerschap is te definiëren als een levend embryo van tenminste 12 weken zwangerschapsduur vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie bij een fysiologische zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij IVF betekent dat tenminste 10 weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling voor het begrip doorgaande zwangerschap en daarmee wordt de telperiode vier dagen korter. Indien drie pogingen niet hebben geleid tot een doorgaande zwangerschap dan is er geen recht meer op een vierde of volgende poging. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap – spontaan of na in-vitrofertilisatie – geldt als een eerste poging.

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

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- b. de follikelpunctie;
- c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium, en
- d. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Een poging gaat pas als een poging tellen als er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn.

Geen aanspraak bestaat op de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, inclusief de hierbij benodigde farmaceutische zorg.

17.2f Hartrevalidatie

Op hartrevalidatie bestaat uitsluitend aanspraak indien door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij Azivo is gevraagd voor behandeling en wanneer Azivo als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt.

17.3 Uitgesloten behandelingen

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 operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- 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 verzekerde (mannelijke besnijdenis).

Artikel 18 Verloskundige zorg, prenatale screening en kraamzorg

- 18.1** De vrouwelijke verzekerde heeft recht op prenatale screening, verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden.

Aanspraak bestaat op verloskundige zorg die wordt verleend door een verloskundige of een huisarts die daarvoor een overeenkomst heeft gesloten met Azivo. Voor verloskundige zorg kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:



Let op: bent u zwanger, meldt u dan zo snel mogelijk aan. Azivo kan alleen levering van kraamzorg garanderen als deze voor het ingaan van de 16^e week van de zwangerschap is aangevraagd bij een door Azivo gecontracteerd kraambureau.

18.2 Prenatale screening

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op prenatale screening bestaande uit:

- counseling (voorlichting en advies);
- een combinatie-test (nekplooi-meting en serumonderzoek). Deze test kan uitgevoerd worden als u 36 jaar of ouder bent, of als u een medische indicatie heeft;
- structureel echoscopisch onderzoek (SEO) in het 2e trimester van de zwangerschap.

Het structureel echoscopisch onderzoek, de combinatie-test en de counseling mogen alleen worden uitgevoerd door een zorgverlener die een overeenkomst heeft met een Regionaal Centrum voor prenatale screening dat een WBO-vergunning heeft, tenzij er een medische indicatie is. In dat geval geschiedt de begeleiding bij uw medisch specialist.

Naast de prenatale screening heeft de vrouwelijke verzekerde recht op de volgende prestaties:

- Algemene termijnen echo maximaal 1 echo zonder machtiging*
- Specifieke diagnose echo's bij de volgende indicaties:
 - Groeistagnatie maximaal 2 echo's zonder machtiging*
 - Bloedverlies maximaal 2 echo's zonder machtiging*
 - Uitwendige versie bij stuitligging maximaal 2 echo's zonder machtiging*
 - Ligging maximaal 1 echo zonder machtiging*
 - Placentacontrole maximaal 1 echo zonder machtiging*

* Echo's boven de benoemde maxima komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien er een machtiging is afgegeven door Azivo. Machtigingen voor de betreffende echo's kunt u aanvragen door een verzoek te sturen naar paramedie@azivo.nl ter attentie van accountmanager Paramedische zaken. Vermeldt u er alstublieft bij om welke specifieke diagnose echo het gaat en welke zorgaanbieder deze uitvoert.

Bovenstaande prestaties mogen alleen worden uitgevoerd door een zorgverlener die staat vermeld in een daartoe aangewezen kwaliteitsregister, tenzij er een medische indicatie is. In dat geval geschiedt de begeleiding bij uw medisch specialist.

18.3 Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak

Als verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige, huisarts of medisch specialist medisch noodzakelijk is, hebben de moeder (en haar kind met ingang van de dag van de bevalling) aanspraak op medisch specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis, als bedoeld in artikel 17, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

18.4 Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak

Als de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, hebben de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, recht op verloskundige zorg en kraamzorg. Moeder en kind betalen een eigen bijdrage van € 15,50 per dag. Bedraagt het tarief van de instelling meer dan € 111,50 per dag, dan komen de meerkosten eveneens voor eigen rekening.

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.

Bevallingen zonder medische noodzaak vinden bij voorkeur plaats in een geboortecentrum. Een bevalling zonder medische noodzaak in het ziekenhuis komt alleen voor vergoeding in aanmerking als er geen geboortecentrum in of naast het ziekenhuis aanwezig is. (Uitzondering hierop vindt alleen plaats bij aantoonbare capaciteitsproblemen van het geboortecentrum.) U kunt bij onze klantenservice informeren bij welke ziekenhuizen een geboortecentrum actief is.

18.5 Bevalling en/of kraambed in een geboortekliniek zonder medische noodzaak

Bevalling:

Als de bevalling in een geboortekliniek plaatsvindt, hebben de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, recht op verloskundige zorg en kraamzorg.

Moeder en kind betalen op de dag van de bevalling een eigen bijdrage van € 15,50 per dag. Bedraagt het tarief van de instelling meer dan € 111,50 per dag, dan komen de meerkosten eveneens voor eigen rekening.

Kraamzorg:

Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg dat de moeder en haar kind krijgen, is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door de geboortekliniek op basis van het landelijk indicatie protocol kraamzorg, binnen de wettelijk gestelde grenzen. Voor de kraamzorg geldt na de dag van de bevalling, een eigen bijdrage van € 3,90 per uur zorg (de wettelijke eigen bijdrage)

De kraamvrouw kan ervoor kiezen om na de bevalling in een geboortekliniek, de kraamzorg geheel of gedeeltelijk thuis plaats te laten vinden (artikel 18.8)

18.6 Bevalling en kraambed thuis

Als de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden, heeft de kraamvrouw recht op:

- a. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de huisarts of verloskundige;
- b. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum. Dit kraamcentrum dient te voldoen aan de basiskwaliteitseisen kraamzorg en de kwaliteitwet zorginstellingen.

Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg dat de moeder en haar kind krijgen, 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 (LIP), binnen de wettelijk gestelde grenzen.

Voor de kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 3,90 per uur zorg (de wettelijke eigen bijdrage).

18.7 Kraamzorg thuis, na bevalling in een ziekenhuis

Als na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, hebben de moeder en haar kind recht op kraamzorg zoals omschreven in dit artikel onder e. Wel moet er rekening mee worden gehouden dat de kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden. Het aantal uren kraamzorg dat moeder en kind in het ziekenhuis hebben gekregen, wordt dan ook in mindering gebracht op de totale hoeveelheid geïndiceerde uren kraamzorg (volgens het LIP) door het kraambureau. Voor een dag in het ziekenhuis / een geboortekliniek wordt 8 uur kraamzorg in mindering gebracht.

Voor de kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 3,90 per uur zorg (de wettelijke eigen bijdrage).

18.8 Kraamzorg thuis, na bevalling in een geboortekliniek

Als na de bevalling in een geboortekliniek kraamzorg thuis plaatsvindt, hebben de moeder en haar kind recht op kraamzorg zoals omschreven in dit artikel onder e. Wel moet er rekening mee worden gehouden dat de kraamzorg al gedeeltelijk in een geboortekliniek heeft plaatsgevonden. Het aantal uren kraamzorg dat moeder en kind in een geboortekliniek hebben gekregen, wordt dan ook in mindering gebracht op de totale hoeveelheid geïndiceerde uren kraamzorg (volgens het LIP) door het kraambureau. Voor een dag in het ziekenhuis / een geboortekliniek wordt 8 uur kraamzorg in mindering gebracht.

Voor de kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 3,90 per uur zorg (de wettelijke eigen bijdrage).



azivo
zorgverzekering

KRUIS BV
AAG



Overige medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Artikel 19 Revalidatie

- 19.1** Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- 19.2** 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.

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 niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Artikel 20 Orgaantransplantaties

- 20.1** Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.
- 20.2a** Transplantaties van weefsels en organen behoren slechts tot de zorg als de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat als de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
- 20.2b** Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van 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 preserving, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.
- 20.2c** De donor heeft aanspraak op zorg conform deze polis gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, 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, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, evenals 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 gedeerde inkomsten.

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

Artikel 21 Niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse

- 21.1** Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.
- 21.2** Aanspraak bestaat op niet-klinische hemodialyse 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 hemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens:

- a. de vergoeding van de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren, dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- b. 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), evenals van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- c. 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;
- d. 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;
- e. de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voor het tot gelding brengen van aanspraak op zorg, bedoeld in 21.2, onder c en d is vooraf toestemming van Azivo vereist.

Artikel 22 Mechanische beademing

22.1 Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

22.2 Aanspraak bestaat voor de verzekerde op noodzakelijke mechanische beademing en 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:

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

Artikel 23 Oncologische aandoeningen bij kinderen

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

Artikel 24 Trombosedienst

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

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

Artikel 25 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

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

25.2 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 erfelijkheids-advisering 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.

25.3 Voor het tot gelding brengen van aanspraak op zorg, bedoeld in 25.2 is vooraf toestemming van Azivo vereist.

Artikel 26 Audiologische zorg

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

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

Artikel 27 Paramedische zorg

27.1 Paramedische zorg

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadviesing. 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 als is voldaan aan elk van onderstaande voorwaarden:

- er is een schriftelijke verwijzing voor paramedische zorg. Deze voorwaarde geldt ook voor behandelingen fysiotherapie en oefentherapie bij aandoeningen die vallen onder Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering.
- 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 verzekerde kan per indicatie bij maximaal één paramedische zorgverlener onder behandeling zijn, tenzij er van te voren gemotiveerd toestemming is gevraagd bij Azivo.

27.2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat – vanaf de dertiende behandeling – de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, een fysiotherapeut met de verbijzonderingen manueel therapie, geriatrie fysiotherapie, bekkenfysiotherapie, dan wel oedeemtherapie, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, als er sprake is van een in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage wordt desgevraagd toegezonden en is te raadplegen op www.azivo.nl.

Fysiotherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat tevens ten hoogste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

27.3 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 27.2 de eerste negen behandelingen door een fysiotherapeut, of een fysiotherapeut met de verbijzondering, kinderfysiotherapie, manueel therapie, bekkentherapie, psychosomatische fysiotherapie dan wel oedeemtherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar of oefentherapie Mensendieck/Cesar met de verbijzonderingen kinderen, dan wel psychosomatiek per indicatie per kalenderjaar. Als er sprake is van een ontoereikend resultaat bestaat aanspraak op nog negen extra behandelingen op verwijzing van een arts.

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar, als er sprake is van een in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden, omvat behandelingen door een fysiotherapeut, of een fysiotherapeut met de verbijzondering, kinderfysiotherapie, bekkentherapie dan wel oedeemtherapie, of een oefentherapeut Mensendieck/Cesar of oefentherapie Mensendieck/Cesar met de verbijzondering kinderen.

Groepsbehandelingen en/of beweegprogramma's gegeven door een fysiotherapeut of oefentherapeut zijn alleen te volgen bij speciaal hiervoor door Azivo gecontracteerde zorgaanbieders. Nadere informatie is terug te vinden op www.azivo.nl/zorgvinder of op te vragen bij de accountmanager Paramedische zaken via (070) 440 24 96.

27.4 Ergotherapie

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar. Voor de ergotherapeutische behandeling is een verwijzing van een arts of medisch specialist noodzakelijk. Ergotherapeutische advisering, instructie, training of behandeling wordt verleend 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.

27.5 Logopedie

Logopedie omvat individuele behandeling 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.

Logopedie wordt verleend door een logopedist in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde. Voor de logopedische behandeling is een verwijzing van een (tand)arts, medisch specialist of orthopedagoog noodzakelijk. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid. Logopedie op school komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de logopedist hiervoor een specifieke overeenkomst heeft gesloten met Azivo.

27.6 Dieetadvisering

Dieetadvisering is voorlichting en advisering op het terrein over voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist(e). U heeft recht op maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

Voor dieetadvisering is een verwijzing van een arts, medisch specialist of tandarts noodzakelijk.

Artikel 28 Dyslexie Zorg

- 28.1** De aanspraak op dyslexiezorg omvat zorg in verband met ernstige, enkelvoudige dyslexie aan kinderen bij wie de zorg op zeven-, acht-, negen- of tienjarige leeftijd aanvangt, die basisonderwijs volgen en bij wie de zorg geschiedt volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Ernstige dyslexie wordt vastgesteld aan de hand van het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Het protocol is in te zien via www.azivo.nl.
- 28.2** U heeft alleen recht op dyslexiezorg als u een verwijzing heeft van uw basisschool. Deze verwijzing van de basisschool moet voldoen aan de eisen opgenomen in het onder 28.1 genoemde protocol.
- 28.3** De verzekerde heeft uitsluitend aanspraak op vergoeding van dyslexiezorg als deze wordt aangeboden door gekwalificeerde, gespecialiseerde zorgverleners bij wie de zorg geschiedt volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Azivo heeft contracten afgesloten met gekwalificeerde, gespecialiseerde zorgverleners die zich conformeren aan de kwaliteitseisen van en zijn aangesloten bij het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie en/of Kwaliteitsinstituut Dyslexie. Informatie over gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op www.azivo.nl.
- 28.4** Vooraf toestemming is niet vereist als de zorg wordt geleverd door een gecontracteerde, gekwalificeerde zorgverlener.

Artikel 29 Stoppen met roken

- 29.1** Een stoppen-met-roken-programma bestaat uit een combinatie van op gedragsverandering gerichte behandelingen (individueel of door middel van groepsinterventie, of een online-cursus), soms met ondersteuning van nicotinevervangende middelen of geneesmiddelen. Bij dit integrale programma vormt de gedragsmatige begeleiding de basis. Dit betekent dat er altijd een vorm van erkende gedragsmatige begeleiding ingezet wordt met mogelijke aanvulling van effectief bewezen nicotinevervangende middelen of geneesmiddelen, maar dat nicotinevervangende middelen of geneesmiddelen op zich nooit zonder gedragsmatige ondersteuning kunnen worden ingezet.
- 29.2 Welke zorg?**
U heeft eenmaal per 12 maanden recht op het volgen van een stoppen-met-roken-programma:
- dat is gericht op gedragsverandering, en
 - dat tot doel heeft u te laten stoppen met roken,
 - al dan niet in combinatie met een nicotinevervangend middel of geneesmiddel.
 - Er is geen voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar noodzakelijk.
- Het stoppen-met-roken-programma komt wel ten laste van uw wettelijk eigen risico.
- 29.3 Welke zorgaanbieder?**
Uw huisarts kan u adviseren bij het stoppen met roken. Deze kan u eventueel doorverwijzen naar een door Azivo Zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder van stoppen-met-roken-programma's. U krijgt de kosten dan volledig vergoed. Een verwijzing is echter niet noodzakelijk.

Gecontracteerde zorgaanbieders die stoppen-met-roken-programma's aanbieden kunt u vinden op www.azivo.nl/zorgvinder. U kunt ook bellen met onze Klantenservice via (070) 440 24 00. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Azivo heeft gesloten, krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. U krijgt in dat geval 80% van het tarief dat Azivo met gecontracteerde zorgaanbieders heeft afgesproken.



Let op: Nicotinevervangende middelen en geneesmiddelen worden alleen vergoed als onderdeel van een stoppen-met-roken-programma. Aparte vergoeding van nicotinevervangende middelen en/of geneesmiddelen vindt niet plaats.

- 30.1** De aanspraak op Mondzorg omvat tandheelkunde, bijzondere tandheelkunde, orthodontie, kaakchirurgie en tandprothetiek.
De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat tandartsen, orthodontisten, kaakchirurgen en tandprotheticici plegen te bieden.

Bijzondere Tandheekkundige Zorg

- 30.2a** Bijzondere tandheelkunde omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts tandheekkundige zorg betreft die noodzakelijk is:
1. als de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel heeft, dat hij zonder die zorg geen tandheekkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan, of
 2. als de verzekerde een niet-tandheekkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheekkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of
 3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheekkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
- 30.2b** Onder zorg, bedoeld in 30.2a, onderdeel 1, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheekkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient voor de bevestiging van een uitneembare prothese.
- 30.3 Kaakchirurgische zorg**
Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg in geval van behandeling door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurgie is vooraf toestemming van Azivo vereist, als de zorg parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheekkundig implantaat en pre-implantologie betreft.
- 30.4 Orthodontische zorg**
Orthodontie is slechts onder de zorg zoals bedoeld in 30.2a begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak-, mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheekkundige noodzakelijk is. Vergoeding vindt alleen plaats als Azivo op een daartoe strekkend verzoek, voorzien van een begroting, vooraf toestemming heeft verleend, tenzij anders is overeengekomen. Toestemming wordt uitsluitend verleend aan een orthodontist, danwel een tandarts algemeen practicus.
- 30.5 Tandheekkundige zorg aan jeugdigen**
Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan 18 jaar in andere gevallen dan 30.2a, onderdelen 1 tot en met 3:
- a. periodiek preventief tandheekkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheekkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheekkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van 6 jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheekkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale zorg;
 - g. anesthesie;
 - h. 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, evenals het aanbrengen van tandheekkundige implantaten, als 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 tandheekkundige zorg, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheekkundig implantaat;
 - n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

30.6 Tandheekkundige zorg aan volwassenen

Mondzorg omvat voor verzekerden van 18 jaar en ouder in andere gevallen dan 30.2a, onderdelen 1 tot en met 3:

- a. uitneembare, volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.
De verzekerde betaalt een eigen bijdrage ter hoogte van 25% van de kosten van deze voorziening.
Vooraf toestemming van Azivo is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus, inclusief techniekkosten van maximaal € 600 per onder- of bovenkaak bedragen. Ook is vooraf toestemming vereist als de prothese binnen 6 jaar na aanschaf moet worden vervangen.

- b. Chirurgisch tandheelkundige zorg van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, ongecompliceerde extracties en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat.

Overige Bepalingen

- 30.7** Voor zorg als bedoeld in 30.2a onder 1, onderscheidenlijk voor zorg als bedoeld in 30.2a onder 2 als die wordt verleend vanwege extreme angst voor mondzorg, betaalt de verzekerde van 18 jaar of ouder voor zover die zorg bestaat uit preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale zorg, endodontische zorg, restauratie van gebitselementen met plastische materialen of uitneembare niet-volledige prothetische voorzieningen, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht voor zodanige prestaties als er geen sprake is van toepassing van het eerste lid onder a of b (als die zorg dus niet in het kader van bijzondere tandheelkunde en derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief zou worden geleverd).
- 30.8** Als de zorg, bedoeld in 30.7, een uitneembare, volledige prothetische voorziening, dan wel een uitneembare, volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten betreft, betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ter hoogte van € 125 per kaak.
- 30.9** 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.
- 30.10** De verzekerde jonger dan 18 jaar heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op mondzorg als het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot de andere dag.
- 30.11** Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de zorg, bedoeld in 30.2a, onder 1 tot en met 3 en 30.5 onder I is vooraf toestemming van Azivo vereist. Bij deze aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandlingsplan gevoegd.
De toestemming kan worden ingetrokken, als de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of als de verzekerde de mondhygië ernstig verwaarloost.
- 30.12** Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg als bedoeld in 30.2 tot en met 30.5, in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is vooraf toestemming van Azivo vereist, tenzij met de instelling of zorgverlener anders is overeengekomen.

30.13 Overzicht Protheses

Leeftijd	Soort Tandheelkundige Zorg	Voorafgaande toestemming	Eigen bijdrage
Jonger dan 18 jaar	Tandheelkundige zorg aan jeugdigen (artikel 30.5)	Ja, indien bij een instelling voor bijzondere tandheelkunde, of Ja, bij vervaardiging en plaatsing door tandarts of tandprotheticus en kosten hoger dan € 600 (=honorarium + techniekkosten) per kaak en/of indien vervanging binnen 6 jaar	Geen
Ouder dan 18 jaar	Bijzondere tandheelkundige zorg - bij tandheelkundige handicap (artikel 30.2a onder 1)	Ja	€ 125 per kaak
Ouder dan 18 jaar	Bijzondere tandheelkundige zorg - bij lichamelijke of geestelijke aandoening en extreme angst voor mondzorg (artikel 30.2a onder 2)	Ja	€ 125 per kaak
Ouder dan 18 jaar	Overige tandheelkundige zorg (artikel 30.6)	Ja bij vervaardiging en plaatsing door tandarts of tandprotheticus en kosten hoger dan € 600 (=honorarium + techniekkosten) per kaak en/of indien vervanging binnen 6 jaar	25% van de kosten

Artikel 31 Farmaceutische zorg

- 31.1** Farmaceutische zorg omvat de terhandstelling en het daarbij behorende advies van en begeleiding door degene die het geneesmiddel aan de verzekerde ter hand stelt van:
- de door Azivo op basis van de ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
 - mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:

1. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet;
 2. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van die wet, of;
 3. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

- 31.2** De onder 31.1a genoemde aanspraak bestaat op ter handstelling van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door Azivo. Azivo voert een preferentiebeleid. Een ander is nader uitgewerkt in artikel 3.3 van het Reglement Farmaceutische Zorg dat onderdeel uitmaakt van deze polis. Deze is tevens in te zien via www.azivo.nl.

Tenzij Azivo nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgverlener, dienen de onder 31.1 genoemde middelen ter hand te zijn gesteld op voorschrift van een behandelend arts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Ter handstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheehouder 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 ter handstelling van een aantal geneesmiddelen.

In artikel 5 van het Reglement Farmaceutische zorg, dat onderdeel uitmaakt van deze polis, worden de voorgeschreven afleverhoeveelheden aangegeven.

- 31.3** Farmaceutische zorg omvat geen:
- a. Farmaceutische zorg bij in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - b. Geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;
 - c. Geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
 - d. Geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - e. Geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
- 31.4** Het recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten bestaat alleen als de verzekerde lijdt aan een resorptiestoornis, een voedselallergie, een stofwisselingsstoornis of als de verzekerde lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop of als de verzekerde op dieetpreparaten is aangewezen, in overeenstemming met de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard. Bij deze aandoeningen is er sprake van situaties waarbij de toediening van dieetpreparaten een essentieel onderdeel uitmaakt van adequate zorg en normale aangepaste voeding en andere producten van bijzondere voeding niet volstaan.

Artikel 32 Hulpmiddelenzorg

- 32.1** Aanspraak bestaat op verstrekking van adequaat functionerende medische hulpmiddelen, verbandmiddelen en verzorgingsmiddelen, 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. Deze is tevens in te zien via www.azivo.nl.
- 32.2** Daar waar Azivo dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel vooraf toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- 32.3** 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.
- 32.4** De te verstrekken hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn. Dit zal Azivo vooraf beoordelen bij de hulpmiddelen waar voorafgaande toestemming is vereist.

- 32.5** 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.
- 32.6** 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 deze aanspraak maar onder die van de Medisch specialistische zorg, zie artikel 17 van de Azivo Zorgverzekering. Evenmin vallen onder de aanspraak die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.

Artikel 33 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

- 33.1** Bij het ziekenvervoer wordt onderscheid gemaakt tussen het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar vervoer, taxi of eigen auto.
- 33.2 Ambulancevervoer**
Aanspraak bestaat op medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, door een door Azivo tot dat doel gecontracteerde ambulancevervoerder. 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.
- 33.3 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 vrijwillig gekozen eigen risico – geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen;
 - het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;
 - 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.
 - het vervoer naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, als de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen, als hij komt van één van de personen of instellingen bedoeld zoals bedoeld in onderdeel a, b en c.
- 33.4** Tot de aanspraak behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.
- 33.5 Zittend ziekenvervoer**
Mits vooraf aangevraagd, bestaat aanspraak op vervoer per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse van en naar een zorgverlener (persoon of instelling) als bedoeld in 33.3, per door Azivo tot dat doel gecontracteerde taxivervoerder of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer en als er 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. Als 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.
- 33.6** Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule als 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.
- 33.7** Als ziekenvervoer per ambulance, 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.
- 33.8** Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, als begeleiding 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.

- 33.9** Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 92 per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,27 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.
- 33.10** De huisarts of behandelend specialist van de verzekerde dient ten behoeve van de aanvraag van de verzekerde het daarvoor bestemde aanvraagformulier in te vullen. De verzekerde kan het formulier via www.azivo.nl downloaden of telefonisch opvragen bij onze Klantenservice via (070) 440 24 00. Als de verzekerde gebruik wenst te maken van openbaar vervoer of van de eigen auto, dient de verzekerde zelf het ingevulde aanvraagformulier naar Azivo op te sturen. Als de verzekerde gebruik wenst te maken van rolstoel- of taxivervoer, kan de verzekerde direct contact opnemen met de Azivo Vervoercentrale, telefoonnummer (070) 311 03 33.

Artikel 34 Eerstelijns psychologische zorg, niet-specialistische GGZ

- 34.1a** Voor de eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ is een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.
- 34.1b** Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk, dan wel een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.
- 34.2** Aanspraak bestaat op eerstelijns psychologische zorg door een eerstelijns psycholoog. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:
- de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijns psychologische zorg per kalenderjaar omvat;
 - voor eerstelijns psychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van € 10 per zitting betaalt aan de eerstelijns psycholoog.
- Deze zorg omvat niet de dyslexiezorg genoemd in artikel 28.
- 34.3** Als de verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde eerstelijns psycholoog, wordt per behandeling maximaal 80% van het van kracht zijnde Azivo GGZ-tarief vergoed. Ook bij niet-gecontracteerde eerstelijns psychologische zorg is de verzekerde de wettelijke eigen bijdrage verschuldigd aan de eerstelijns psycholoog.

Artikel 35 Specialistische GGZ

- 35.1a** Voor de specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts. Dit geldt niet voor acute zorg.
- 35.1b** Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk, dan wel een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.
- 35.2** De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de dyslexiezorg genoemd in artikel 28.
- 35.3 Psychiatrische ziekenhuisopname**
Aanspraak bestaat op opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen.
Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van 365 dagen.
Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- De aanspraak omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.
- Bij zorg in een niet-gecontracteerd psychiatrisch ziekenhuis, of op een psychiatrische afdeling van een niet-gecontracteerd algemeen ziekenhuis vindt een kostenvergoeding van maximaal 80% van het van kracht zijnde Azivo GGZ-tarief plaats.
- 35.4 Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg**
Aanspraak bestaat op specialistische GGZ door een psychiater, zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en/of toegelaten GGZ-instelling. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, evenals de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- Als de verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde psychiater, zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut

en/of toegelaten GGZ-instelling, wordt per behandeling maximaal 80% van het van kracht zijnde Azivo GGZ-tarief vergoed.



B Premiebijlage

Premie zorgverzekering Azivo 2011

Grondslag van de premie

De grondslag van de premie (genoemd in artikel 7.3) bedraagt € 105,75.

Kortingen op de premie bij eigen risico

Onderstaand zijn voor de verschillende te kiezen vrijwillig eigen risicobedragen de kortingen op de premie weergegeven (artikel 10.3).

Een eenmaal vrijwillig gekozen eigen risico kan gedurende het kalenderjaar niet worden gewijzigd met uitzondering van een verzekerde die de achttienjarige leeftijd bereikt en een eigen zorgovereenkomst afsluit.

Eigen risico per jaar	Korting per jaar op de premiegrondslag	Korting per maand op de premiegrondslag
€ 100	€ 36	€ 3
€ 200	€ 72	€ 6
€ 300	€ 108	€ 9
€ 400	€ 144	€ 12
€ 500	€ 180	€ 15

Termijnpremie

De premie zorgverzekering kan voor een langere periode worden vooruitbetaald. In dat geval gelden de onderstaande kortingen.

Termijn	Korting op de verschuldigde premie
Per kwartaal	1,00 %
Per halfjaar	2,00 %
Per jaar	3,00 %



C Reglement Restitutie

Artikel 1 Toepassingsbereik

- 1.1** Dit reglement is van toepassing als u aanspraak maakt op vergoeding van kosten voor verzekerde zorg en deze zorg is geleverd door een zorgverlener die geen overeenkomst met Azivo Zorgverzekeraar heeft. Maar, als u de hulp van deze zorgverlener heeft gevraagd omdat er door Azivo onvoldoende zorg was gecontracteerd of het acute zorg/spoedhulp betref is dit reglement niet van toepassing. In dat geval gelden de voorwaarden van de Zorgpolis.
- 1.2** In artikel 2 treft u de algemene vergoedingsvoorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg aan. De aanvullingen en uitzonderingen hierop vindt u in artikel 3 en verder, gerangschikt naar zorgvorm.

Artikel 2 Algemene Vergoedingsvoorwaarden

- 2.1** De zorgkosten kunnen alleen aan u worden vergoed als aan de overige verzekeringsvoorwaarden die aan de levering van de zorg worden gesteld, is voldaan.
- 2.2a In Nederland verleende zorg:**
De werkelijk gemaakte kosten voor zorg die is verleend in Nederland, worden vergoed tot:
- maximaal 80% van het op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) vastgestelde (maximum-)tarief, of
 - indien er geen op basis van de WMG vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van gemaakte kosten voor zorg plaats tot maximaal 80% van het Nederlandse marktconforme tarief.
- De behandelingen waarvoor een op basis van de WMG vastgesteld (maximum-)tarief bestaat en de tarieven die daarvoor gelden, zijn te vinden op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit www.nza.nl. Marktconforme tarieven en de actuele Azivo GGZ-tarieven worden vermeld op www.azivo.nl.
- 2.2b In het Buitenland verleende zorg:**
Heeft de zorgverlening in het buitenland plaatsgevonden dan worden de werkelijk gemaakte kosten voor zorg vergoed tot maximaal 80% van het in Nederland vastgestelde WMG-tarief of 80% van het Nederlandse marktconforme tarief.
- Indien u twijfelt of een zorgverlener wel of niet gecontracteerd is door Azivo, kunt u dit nazoeken op www.azivo.nl/zorgvinder of navragen bij onze Klantenservice via (070) 440 24 00.
- Indien er verschillende restitutievergoedingen van toepassing kunnen zijn, geldt in alle gevallen de laagste vergoeding.
- 2.3** In principe levert u binnen 12 maanden na de behandeldatum bij Azivo uw originele nota in. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de declaratiedatum waarop de nota is uitgeschreven. Voor declaraties die later dan 12 maanden na behandeldatum door Azivo worden ontvangen, geldt dat een korting op de vergoeding wordt ingehouden indien Azivo is geschaad in zijn belangen. Declaraties die na 3 jaar na behandeldatum worden ontvangen, worden niet meer in behandeling genomen.
- Als de declaratie betrekking heeft op een DBC die is gestart 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.
- 2.4** 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 vastgesteld tot welke vergoeding Azivo is gehouden.
- !** **Let op: uitsluitend nota's die zijn opgesteld in het Nederlands, Engels, Duits of Frans of een officiële vertaling daarvan, kunnen in behandeling worden genomen.**
- 2.5** Azivo heeft het recht om bij het vermoeden van fraude, onderzoek in te stellen en een materiële controle uit te voeren zoals dat voor de zorgverzekering in de polis en de Zorgverzekeringswet (Zvw) is geregeld.
- 2.6** De kosten van de zorg die aan u wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener moet u eerst zelf aan de zorgverlener betalen. U bent u zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van zijn nota.

Aanvullingen en uitzonderingen

Artikel 3 Huisartsenzorg

In uitzondering op het bepaalde in artikel 2.2, geldt voor nota's voor geleverde huisartsenzorg door aanbieders van huisartsen- en/of acute zorg waarmee Azivo geen contract heeft gesloten, dat er 5% aan u wordt vergoed.

Artikel 4 Obesitas behandelingen

In uitzondering op het bepaalde in artikel 2.2 geldt dat als u een obesitas behandeling laat plaatsvinden in een niet door Azivo gecontracteerd centrum, er 5% van uw restitutie nota door Azivo wordt vergoed.

Artikel 5 GGZ zorg

In uitzondering op het bepaalde in artikel 2.2 geldt voor nota's voor eerstelijnspsychologische zorg, zorg in een psychiatrisch ziekenhuis, of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, zorg door een psychiater, zenuw-arts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en/of toegelaten GGZ instelling, dat de werkelijk gemaakte kosten daarvan worden vergoed tot maximaal 80% van het van toepassing zijnde Azivo GGZ-tarief of maximaal 80% van het Nederlandse of buitenlandse marktconforme tarief.

Artikel 6 Paramedische zorg

- 6.1** Als u aanspraak kan maken op paramedische zorg en u bent 18 jaar of ouder, dan heeft u per indicatie vanaf de dertiende behandeling een machtiging nodig. Zou u naar een therapeut gaan die met Azivo wel een overeenkomst heeft afgesloten, heeft u deze machtiging niet nodig.
- Verzekerden jonger dan 18 jaar kunnen bij een indicatie voor oefen- en (kinder)fysiotherapie zonder machtiging gebruik maken van paramedische zorg voor de eerste 18 behandelingen. Vanaf de negentiende behandeling dient een machtiging aangevraagd te worden.
- 6.2** In aanvulling op het in artikel 2.4 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.

Artikel 7 Hulpmiddelenzorg

- 7.1** De restitutievergoeding voor hulpmiddelen waarvoor Azivo met gecontracteerde leveranciers de bruikleenconstructie is overeengekomen (zie overzicht verkort reglement hulpmiddelen), wordt uitgekeerd in gelijke jaarlijkse termijnen gedurende de minimale gebruiksduur van het betreffende hulpmiddel.
- 7.2** Het hulpmiddel moet worden geleverd door een erkende en/of gecertificeerde leverancier.

Artikel 8 Zittend ziekenvervoer

- 8.1** Zittend ziekenvervoer moet altijd vooraf worden aangevraagd bij Azivo Zorgverzekeraar.
- 8.2** De nota moet samen met een afsprakenkaart worden ingediend. Uit de afsprakenkaart moet duidelijk blijken waar het ziekenvervoer betrekking op heeft gehad. De nota dient voorzien te zijn van de postcode van de vertrekplaats, van waar het vervoer is gestart, en de postcode van de plaats van bestemming, waar het vervoer is geëindigd.

Artikel 9 Farmaceutische zorg

- 9.1** Geneesmiddelen en dieetpreparaten worden alleen vergoed, wanneer u een voorschrift van een huisarts, tandarts of specialist hebt.
- 9.2** Haalt u uw geneesmiddelen en/of dieetpreparaten bij een niet door Azivo gecontracteerde zorgverlener, dan vindt vergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief zoals dat geldt in het kernwerkgebied van Azivo. Een lijst van door Azivo gecontracteerde zorgverleners is in te zien via www.azivo.nl/zorgvinder.
- 9.3** Met de declaratie van geneesmiddelen en/of dieetpreparaten die zijn afgeleverd in het buitenland moeten de volgende

stukken worden meegestuurd: voorschrift van de arts (opgesteld) met daarop het stempel van de behandelend arts en de apotheek en de rekening van de apotheek.



Let op: het voorschrift moet zijn opgesteld in het Nederlands, Engels, Duits of Frans of is voorzien van een officiële vertaling in één van deze talen.

- 9.4 Voor in Marokko afgeleverde geneesmiddelen en/of dieetpreparaten geldt dat ook de vignetten/bijsluiters van de geneesmiddelen en/of dieetpreparaten moeten worden meegestuurd.



D Reglement Hulpmiddelen

Artikel 1 Definities

Besluit: Besluit zorgverzekering zoals gepubliceerd in het staatsblad 2005, 389 met inbegrip van latere wijzigingen.

Regeling: Regeling Zorgverzekering zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, nr. 171 met inbegrip van latere wijzigingen.

Reglement: Het reglement hulpmiddelen van Azivo Zorgverzekeraar N.V., verder te noemen 'Azivo'. Dit reglement is onderdeel van de Azivo polisvoorwaarden.

Artikel 2 Toestemming

2.1 Voor de aanschaf, vervanging, correctie, herstel of verstrekking in bruikleen, van een hulpmiddel is vooraf toestemming van Azivo noodzakelijk, tenzij in dit reglement anders is bepaald.

Het verzoek om toestemming door de verzekerde dient vergezeld te gaan van:

- a. een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts, behandelend medisch specialist of audiologisch centrum of;
- b. een schriftelijke toelichting van een arts of schriftelijk advies van een ergotherapeut, daar waar dit in het reglement is genoemd.

2.2 Azivo verleent alleen toestemming voor de verstrekking van een aangevraagd hulpmiddel als wordt voldaan aan de in de Regeling zorgverzekering genoemde indicatievereisten voor dat hulpmiddel.

2.3 Azivo kan ten aanzien van het verbruik of gebruik op de machtiging het aantal materialen vermelden waarop aanspraak bestaat.

2.4 Als er bijzondere redenen van medische aard zijn, kan Azivo toestemming geven voor de aanschaf van speciaal vervaardigde middelen. De verzekerde dient een dergelijk verzoek, voorzien van een medische motivatie, tijdig en vooraf bij Azivo in te dienen.

2.5 Azivo verleent geen toestemming als de aanschaf, vervanging, correctie, herstel dan wel bruikleen van een hulpmiddel redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd, dan wel niet doelmatig is. Azivo deelt zijn beslissing schriftelijk mee aan de verzekerde.

2.6 Als naar het oordeel van 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 Azivo te informeren, wanneer een in bruikleen gegeven hulpmiddel niet meer wordt gebruikt. Als de verzekerde een hulpmiddel in bruikleen krijgt, wordt een bruikleenovereenkomst tussen de verzekerde en Azivo opgemaakt. Als de verzekeringsovereenkomst wordt beëindigd, komt automatisch ook een einde aan de bruikleenovereenkomst. De bruikleenovereenkomst wordt ook beëindigd als de verzekerde op enigerlei wijze in strijd handelt met de bepalingen van deze overeenkomst. Als de verzekering beëindigd wordt doordat de verzekerde de verzekering opzegt, zal de verzekerde het hulpmiddel onmiddellijk teruggeven. Als de verzekerde deze verplichting niet nakomt en het hulpmiddel behoudt, zal de verzekerde (of diens nieuwe verzekeraar), de waarde van het hulpmiddel moeten vergoeden. Voor de bepaling van de waarde van het hulpmiddel wordt de leeftijd van het hulpmiddel in aanmerking genomen.

2.7 Bij de beoordeling van de aanvraag zal het behoud, het herstel of de bevordering van de arbeidsgeschiktheid of verbetering van de levensomstandigheden in de beschouwing worden betrokken.

2.8 Geen toestemming voor verstrekking of de in bruikleen verschaffing van de hulpmiddelen zal worden verleend als 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.

2.9 Ongeacht het bepaalde in paragraaf 4 van dit reglement kan Azivo te allen tijde besluiten een hulpmiddel in bruikleen te verstrekken.

Artikel 3 Algemene bepalingen

3.1 De wetgever heeft in de Regeling in het algemeen bepaald welke medische hulpmiddelen op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. Van belang daarbij is artikel 2.1 Besluit zorgverzekering.

3.2 Als het een hulpmiddel betreft waarvoor geen voorafgaande toestemming van Azivo nodig is, kunt u met het voorschrift direct naar de gecontracteerde leverancier. In de lijst van hulpmiddelen in dit reglement (vanaf artikel 4) kunt u per hulpmiddel zien of er wel of geen voorafgaande toestemming van Azivo nodig is. De gecontracteerde leverancier toetst of uw voorschrift voldoet aan de gestelde voorwaarden en indicaties.

3.3a Gecontracteerde hulpmiddelenleverancier

Kiest u voor het verstrekken van een hulpmiddel door een door Azivo gecontracteerde leverancier, dan krijgt u geen nota. Voor de meeste hulpmiddelen hoeft u helemaal niets zelf te betalen. Echter, voor een aantal hulpmiddelen (zie lijst van hulpmiddelen hierna) geldt een wettelijke, maximale vergoeding of een wettelijke eigen bijdrage. Voor deze hulpmiddelen krijgt u voor uw eigen deel wel een nota.

Met de gecontracteerde leveranciers zijn door Azivo afspraken gemaakt over bijvoorbeeld service, kwaliteit, instructie, garantie en eventueel onderhoud en aanpassen van het hulpmiddel.

Op www.azivo.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners.

3.3b Niet gecontracteerde hulpmiddelenleverancier

Kiest u ervoor om zelf een hulpmiddel aan te schaffen bij een niet door ons gecontracteerde hulpmiddelenleverancier, dan heeft u voorafgaande toestemming van Azivo nodig en zult u de nota eerst zelf moeten betalen aan de leverancier. Vervolgens dient u de gespecificeerde nota in bij Azivo (handgeschreven nota's worden niet in behandeling genomen). Tevens moet u een voorschrift van uw behandelend huisarts of specialist bijvoegen. U krijgt het bedrag niet altijd volledig vergoed. Wij vergoeden maximaal 80% van het marktconforme tarief zoals dat geldt in het werkgebied van Azivo.

Als u een hulpmiddel dat in bruikleen wordt verschaft, afneemt van een niet-gecontracteerde leverancier, vindt een vergoeding plaats tot ten hoogste de kosten van het hulpmiddel die 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 Azivo van gecontracteerde leveranciers betreft. Als 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 Azivo.

Zie ook nadere bepalingen voor niet-gecontracteerde zorg in het Restitutie Reglement.

3.4 Te allen tijde adequaat

De aanspraak op hulpmiddelen omvat de verschaffing van een te allen tijde adequaat functionerend hulpmiddel in eigendom of in bruikleen, tenzij er sprake is geweest van toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid. De aanspraak op een functionerend hulpmiddel omvat:

- a. het gebruiksklaar afleveren van een hulpmiddel, met inbegrip van de bij de eerste aanschaf behorende batterijen of oplaadapparatuur en gebruikersinstructie;
- b. de toebehoren die noodzakelijk zijn voor het functioneren van het hulpmiddel;
- c. de noodzakelijke wijziging, herstel of vervanging van een hulpmiddel;
- d. de vergoeding/verstrekking van een reservemiddel indien redelijkerwijs aangewezen, zodat de verzekerde - gezien zijn omstandigheden - voortdurend de beschikking heeft over een gepast of geschikt hulpmiddel.

De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn, tenzij in de Regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen, onverminderd de aanspraak op het gebruiksklaar afleveren van een hulpmiddel.

Vervanging binnen de in dit reglement gestelde minimale 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. Technologische vernieuwingen, waaronder softwarematige vernieuwingen, zijn geen reden voor vervanging van hulpmiddelen. Softwarematige aanpassingen waarbij fouten zijn hersteld, komen wel voor vergoeding in aanmerking.

3.5 Eigendom of bruikleen

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.

3.6 Leeftijdsgrens

Als de aanspraak op enig in de 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.

3.7 Bekendheid met voorziening

Als 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.

3.8 Toerekenbare schade

De verzekerde is gehouden het hem in eigendom verschaft middel goed te verzorgen. Als door toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid van de verzekerde schade aan of verlies van het hulpmiddel ontstaat, bestaat géén aanspraak op vervanging, wijziging of herstel van het middel binnen deze termijn. Een verzoek tot vervanging dient door de verzekerde te worden gemotiveerd.

3.9 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 Azivo anders bepaalt.

3.10 Bijlage 3 van de Regeling geeft de zorginhoudelijke criteria weer voor bepaalde hulpmiddelen. De zorginhoudelijke criteria zijn hieronder per hulpmiddel opgenomen, voor zover deze van toepassing zijn op het bepaalde hulpmiddel.

Het verkorte reglement geeft per hulpmiddel aan:

- of u het hulpmiddel in eigendom krijgt of in bruikleen;
- of u voor het verkrijgen van dit hulpmiddel vooraf toestemming moet vragen;
- wie de voorschrijver van het hulpmiddel moet zijn;
- of u een eigen bijdrage verschuldigd bent;
- welke toestemmingsvereisten gelden.

Het uitgangspunt is dat de verzekerde de hulpmiddelen betreft bij een door Azivo gecontracteerde leverancier.

Als bij een hulpmiddel een gebruikstermijn is opgenomen, is dit de minimale gebruikstermijn en is deze van indicatieve aard. Van de genoemde termijn(en) kan in individuele gevallen worden afgeweken en is een voorafgaande toestemming noodzakelijk.

Artikel 4 Specifieke bepalingen per hulpmiddel

Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 onderdeel a en omschreven in artikel 2.8 van de Regeling, omvatten uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan, waaronder:

4.1a Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van:

1. de onderste en bovenste extremiteiten, inclusief oplaadrichting en batterijen als het gaat om hulpmiddelen met een energievoorziening;
2. de mamma;
3. de stembanden;
4. het haar als sprake is van gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid als gevolg van een medische aandoening of behandeling van medische aard.

4.1b Hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging of bedekking van:

1. de oogbol;
2. het gelaat.

Hierbij gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden van het Reglement:

- 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 de behandelend arts; bij vervanging van een prothesekoker is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist wel noodzakelijk. De genoemde prothesen worden niet eerder vervangen dan drie jaar na de verstrekking; een myo-elektrische prothese wordt niet eerder vervangen dan vijf jaar na de verstrekking.
- Deze hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
- De stompkous valt binnen deze aanspraak en hiervoor geldt een gebruikstermijn van 4 stuks per jaar.

4.1c Hulpmiddelen ter vervanging van de mamma

Hierbij gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden van het Reglement:

- Voor de aanvraag voor verschaffing, wijziging of vervanging van het hulpmiddel is een schriftelijke toelichting van een behandelend arts vereist.
- De genoemde prothese wordt niet eerder vervangen dan twee jaar na de verstrekking.

- Het hulpmiddel wordt in eigendom verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
- Uitgesloten zijn de bustehouder, plak- en hechtstrips.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.

4.1d Hulpmiddelen voor het versterken of produceren van stemgeluid zijnde stemprothesen of spraakversterkers

Zoals bedoeld in artikel 2.8 eerste lid, onderdeel a, subonderdeel 3, van de Regeling.

Hierbij gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden van het Reglement:

- Voorafgaande toestemming is vereist.
- Het hulpmiddel wordt in bruikleen verstrekt.
- De minimale gebruikstermijn is 5 jaren.
- Voor de aanvraag voor verschaffing, wijziging of vervanging van het hulpmiddel is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist of ergotherapeut vereist. Deze dient functiegericht omschreven te zijn.

4.1e Haarwerken

Bij de aanvraag 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.
- Dit hulpmiddel wordt in eigendom verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
- Dit hulpmiddel kent een wettelijke maximale vergoeding van € 386,50
- Als de aanschaffingskosten van dit hulpmiddel hoger zijn dan € 386,50, betaalt de verzekerde een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.

- 4.2** Hulpmiddelen omschreven in artikel 2.6, onder b, en artikel 2.9 van de Regeling omvatten uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van stoornissen in de functie van het ademhalingsstelsel, met inbegrip van stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend, te weten:

4.2a Zuurstofapparaten met de daarbij behorende zuurstof en vergoeding van stroomkosten;

4.2b Zuurstofconcentratoren met toebehoren en vergoeding van stroomkosten.

Hiervoor gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor de verschaffing van zuurstofapparatuur is een schriftelijke toelichting van een behandelend arts vereist.
- Zuurstofapparatuur en zuurstofconcentratoren worden in bruikleen verstrekt.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
- De verzekerde heeft slechts recht op een vergoeding van de stroomkosten bij gebruik van een zuurstofconcentrator. Azivo bepaalt jaarlijks de hoogte van de vergoeding en kan deze gedurende het jaar bijstellen afhankelijk van de marktontwikkelingen van de energie kosten. Aanpassingen worden gepubliceerd op de website van Azivo Zorgverzekeraar
- Bij tijdelijk verblijf op een vakantieadres in Nederland of het buitenland is de dagvergoeding gelijk aan het bedrag zoals dit met de leverancier voor de levering in Nederland is afgesproken. Overige (meer)kosten komen voor rekening van de verzekerde.
- De minimale gebruikstermijn bedraagt vijf jaren.

4.2c Longvibrators

Hiervoor gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- eist.
- Bij de aanvraag voor de verschaffing van longvibrators is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.
 - Longvibrators worden in eigendom verstrekt.
 - Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
 - De minimale gebruikstermijn bedraagt vijf jaren.

4.2d Tracheacanule

Hiervoor gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor de verschaffing van de tracheacanule is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.
- Tracheacanules worden in eigendom verstrekt.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.

- De minimale gebruikstermijn bedraagt vijf jaren.
- De eerste verstrekking maakt onderdeel uit van medisch specialistische zorg. De tweede en volgende verstrekking vallen onder de Regeling. Als de vervanging van de tracheacanule plaatsvindt in het ziekenhuis of de polikliniek valt het hulpmiddel niet onder de Regeling, maar maakt het onderdeel uit van medisch-specialistische zorg.

4.2e Slijmuitzuigapparatuur en toebehoren

Hiervoor gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor de verschaffing van slijmuitzuigapparatuur is een schriftelijke toelichting van de behandelend arts vereist.
- Slijmuitzuigapparatuur wordt in bruikleen verstrekt.
- Disposables behorende bij de slijmuitzuigapparatuur worden in eigendom verstrekt.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
- Onder toebehoren wordt verstaan de materialen voor het goed laten functioneren van het apparaat, waaronder disposables.
- De minimale gebruikstermijn van de slijmuitzuigapparatuur bedraagt vijf jaren.

4.2f Vernevelaars met toebehoren

Hiervoor gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor de verschaffing van vernevelaars en toebehoren is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist / behandelend arts vereist.
- Vernevelaars met toebehoren (met uitzondering van disposables) worden in bruikleen verstrekt.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
- De minimale gebruikstermijn bedraagt vijf jaren.

4.2g Hypertoon zoutoplossing (NaCl 0,7 %) voor verneveling als medisch hulpmiddel bij Cystische Fibrose bij kinderen van 6 jaar en ouder.

Hiervoor gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Een voorschrift van de behandelend longarts is noodzakelijk.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.

4.2h Voorzetkamers ter verbeterde inademing van vernevelde geneesmiddelen

Hiervoor gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Deze worden in eigendom verstrekt.
- Een schriftelijke toelichting van behandelend arts is vereist.
- Er is geen voorafgaande toestemming vereist.
- De minimale gebruikstermijn is vastgesteld op 1 jaar.

4.2i Hulpmiddelen met toebehoren voor continue positieve luchtdruk tijdens het ademen (CPAP apparatuur)

- Hiervoor gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor de verschaffing is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.
- Deze hulpmiddelen worden in bruikleen verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist.
- De minimale gebruikstermijn bedraagt vijf jaren.

Zorginhoudelijke criteria CPAP

Een indicatie voor continuous positive airway pressure (CPAP) apparatuur is aanwezig, als is voldaan aan de voorwaarden van de nieuwe OSAS richtlijn. Informatie over deze richtlijn is o.a. te verkrijgen via het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. Daarom komt de zogenaamde APAP-therapie alleen voor vergoeding in aanmerking in geval van individuele zorgvragen.

4.2j Het Mandibulaire Repositieapparaat (MRA)

Hiervoor gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Een schriftelijke toelichting van behandelend medisch specialist is noodzakelijk. Bij deze aanvraag voor toestemming moet een toelichting van de longarts en/of KNO-arts uit een slaapcentrum worden toegevoegd.
- Voorafgaande toestemming is vereist.
- Vergoeding vindt alleen plaats bij verstrekking via een gecontracteerde leverancier.
- Indien de MRA bij een niet gecontracteerde aanbieder wordt aangeschaft wordt 80% van het door Azivo gecontracteerde tarief vergoed.
- Een MRA komt alleen voor vergoeding in aanmerking bij aangetoonde OSAS.
- Als de MRA uitsluitend wordt toegepast ter vermindering van
- snurken is deze van de aanspraak uitgesloten en is er geen recht op vergoeding.
- De gebruikstermijn is 5 jaar.

Vervanging van CPAP binnen de gebruikstermijn door een MRA is alleen toegestaan na uitgebreide motivatie door de behandelend medisch specialist en na toestemming van Azivo.

4.2k Stoffen die gecertificeerd zijn als medisch hulpmiddel in de zin van de Wet op de medische hulpmiddelen

De zorg omvat niet:

1. apparatuur voor chronische ademhalingsondersteuning;
2. apparatuur die uitsluitend wordt ingezet ter vermindering van snurken.

4.2l Stomabeschermers voor gelaryngectomeerden

• Voor deze hulpmiddelen is geen voorafgaande toestemming vereist indien deze worden geleverd door een gecontracteerde leverancier. Deze hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt.

4.3 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 onderdeel e en omschreven in artikel 2.12 van de Regeling, zijn:

4.3a Uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening waarop de verzekerde langdurig en niet uitsluitend bij sportactiviteiten is aangewezen en die dienen voor het wijzigen van:

1. gestoorde functies van het bewegingssysteem, aan beweging verwante functies of anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging;
2. de anatomische eigenschappen van de schedel.

4.3b Voor orthopedische schoenen betaalt de verzekerde

1. als hij 16 jaar of ouder is, een eigen bijdrage van € 136,50 per paar;
2. als hij jonger is dan 16 jaar, een eigen bijdrage van € 68,50 per paar.

4.3c Voor de genoemde orthesen onder 4.3a en 4.3b voor de romp, arm, been, voet, hoofd of hals als bedoeld in artikel 2.6 sub e en artikel 2.12 van de Regeling worden als leidraad onderstaande richtlijnen aangehouden, afwijkende aanvragen kunnen onderbouwd aan de Medische Dienst van Azivo worden voorgelegd.

- De spalk-, redressie- of correctieapparatuur voor langdurig gebruik dient verstevigd te zijn. De orthese dient ten minste voorzien te zijn van metalen of kunststof verstevigingen die niet zo buigzaam zijn dat ze bij normaal gebruik als vanzelf vervormen.
- Voor verstevigde spalk-, redressie- of correctieapparatuur voor langdurig gebruik, waarbij de versteviging een functioneel onderdeel vormt van de orthese en een therapeutische meerwaarde heeft ten opzichte van een niet verstevigde orthese, met dien verstande dat daaronder slechts een kniebrace valt als sprake is van:
 1. een al dan niet gecombineerd letsel van de knie waarbij de kruisbanden of de collateraalbanden zijn gescheurd;
 2. eenzijdige gonartrose, voor zover sprake is van een standafwijking van minimaal tien graden varus/valgusstand;Als de verzekerde aantoonbaar dat deze aanvullende voorwaarden met betrekking tot de kniebrace voor hem/haar zullen leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard, kan Azivo besluiten, na voorafgaand verzoek van de verzekerde, toestemming te verlenen tot verstrekking of vergoeding van het hulpmiddel.
- orthopedisch schoeisel en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen, als voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, en de verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met confectieschoenen, te weten:
 1. volledig individueel vervaardigd orthopedisch maatschoeisel, als tevens niet kan worden volstaan met semi-orthopedische schoenen of met een voorziening aan confectieschoenen;
 2. volledig individueel vervaardigde orthopedische binnenschoenen;
 3. semi-orthopedisch schoeisel met individuele aanpassing;
 4. orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen, tenzij het uitsluitend een verhoging betreft van de gehele buitenzool van minder dan drie cm.
- Bij de aanvraag 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 orthopedisch beugelapparatuur en verstevigde spalk-, redressie-, of correctieapparatuur voor langdurig gebruik kan met een schriftelijke toelichting van de behandelend arts worden volstaan.
- Bij de aanvraag voor verschaffing of wijziging van een breukband is een schriftelijke toelichting van de behandelend arts vereist.
- Verzekerde heeft alleen aanspraak op een individueel aangemeten hulpmiddel als uit de schriftelijke toelichting blijkt dat een confectie-uitvoering niet doelmatig is.
- Korsetten, orthopedisch 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) evenals dynamische ligorthesen worden in bruikleen verstrekt en worden niet eerder vervangen dan vijf jaren na de verstrekking.
- Zitorthesen worden geacht één geheel te vormen met een rolstoel of wandelwagen en worden als gevolg daarvan verstrekt en gefinancierd door het verstrekkingenregime van de rolstoel.
- Het uitwendig lichaamsgebonden hulpmiddel voor het bewegingssysteem dat wordt ingezet als onderdeel van een medisch specialistische behandeling valt onder medisch specialistische zorg en valt onder de kosten van de desbetreffende DBC

- De hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
- Het betreffende hulpmiddel dient te voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en is te allen tijde adequaat
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits het hulpmiddel door een gecontracteerde leverancier wordt verstrekt

- 4.3d** In afwijking van het bovenstaande gelden voor orthopedisch schoeisel en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag 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.
 - Voor orthopedisch schoeisel gelden de volgende zorginhoudelijke criteria als richtlijn. Deze zijn slechts van indicatieve aard. In individuele gevallen kan hiervan worden afgeweken, mits de aanvraag hiervoor voldoende medisch onderbouwd is.
 1. ontbreken van delen van de voet, waarop, bij gaan en staan, gesteund wordt;
 2. ernstige objectiveerbare anatomische afwijkingen en functiestoornissen van de voet bestaande uit:
 - I. afwijkingen van de asstand in bovenste of onderste spronggewricht of andere steunende voetgewrichten;
 - II. afwijkingen van de lengte-breedte-verhouding, onder meer ten gevolge van arthrosis of arthritis;
 3. afwijkingen ten gevolge van sensibiliteits- of circulatiestoornissen;
 4. functioneel of anatomisch beenlengteverschil van vier cm of meer;
 5. het dragen van bijzondere typen beugels of binnenschoenen, waardoor een afwijkende voetvorm of functie ontstaat als aangegeven onder 2 of 3;

Als de verzekerde aantoont dat deze aanvullende voorwaarden met betrekking tot orthopedisch schoeisel voor hem/haar zullen leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard, kan Azivo besluiten, na voorafgaand verzoek van de verzekerde, toestemming te verlenen tot verstrekking of vergoeding van het hulpmiddel
 - Bij vervanging van (semi-)orthopedisch schoeisel of van een orthopedische voorziening aan een confectieschoen is geen schriftelijke toelichting van de behandelend arts vereist.
 - (Semi-)orthopedisch schoeisel wordt bij een verzekerde van 16 jaar of ouder niet eerder vervangen dan na 15 maanden na de verstrekking en bij een verzekerde jonger dan 16 jaar niet eerder dan negen 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.
 - Voorafgaande toestemming is niet vereist mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
 - Bij vervanging binnen de periode van 15 en respectievelijk 9 maanden is wel voorafgaande toestemming nodig.
- 4.4** Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 onderdeel f en omschreven in artikel 2.13 van de Regeling, omvatten:
- 4.4a** uitwendige hulpmiddelen ter correctie van stoornissen van de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren, met uitzondering van brillenglazen of filterglazen inclusief montuur.
- 4.4b** In het geval van lenzen, dient de stoornis het gevolg te zijn van een medische aandoening of een trauma, waarbij lenzen tot een grotere verbetering in de functies gezichtsscherpte of kwaliteit van de visus leiden dan brillenglazen.
- 4.4c** Voor lenzen betaalt de verzekerde:
1. Een eigen bijdrage van € 51,50 per lens als sprake is van lenzen met een gebruiksduur langer dan een jaar;
 2. Een eigen bijdrage van € 103 per kalenderjaar als sprake is van lenzen met een gebruiksduur korter dan een jaar.
- Ingeval slechts één oog dient te worden gecorrigeerd, geldt een eigen bijdrage van € 51,50 per kalenderjaar.
- 4.4d** Voor uitwendige hulpmiddelen ter correctie van stoornissen van de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren, met uitzondering van brillenglazen of filterglazen inclusief montuur gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Lenzen vallen onder de te verzekeren prestaties voor zover er sprake is van een medische indicatie. Bij lenzen kan het gaan om verschillende typen lenzen die de gezichtsscherpte corrigeren; zoals corneale lenzen, sclerale lenzen en bandagelenzen met visuscorrectie. Voorwaarde is dat met de lenzen meer verbetering kan worden bereikt in de gezichtsscherpte of de kwaliteit van de visus dan met brillenglazen.
 - Veel voorkomende medische indicaties bij lenzen zijn:
 - een hoge refractieafwijking (>10 dioptrie);
 - grote verschillen (>4 dioptrie) in sterkte tussen linker- en rechteroog (anisometropie);
 - sterke cilindervorming (hoog astigmatisme) (>4 dioptrie);
 - keratoconus en hoornvliestransplantatie.
 - Ook zijn er indicaties waarbij een gekleurde of ingekleurde contactlens een aanzienlijke verbetering in het gezichtsvermogen dan wel een optimale benutting van de kwaliteit van de restvisus kan opleveren in vergelijking met filterglazen. Het gaat daarbij onder meer om aandoeningen als achromatopsie, albinisme of personen met irisaandoenin-

gen (aniridie, iriscoloboma). Een sclerale lens is aangewezen wanneer een corneale lens niet past of de visus niet te corrigeren is met een corneale lens. Ook kan het zijn dat er klachten of intoleranties optreden bij gebruik van een corneale lens.

- Bij de aanvraag voor verscaffing is een schriftelijke toelichting van de oogarts vereist.
- Bijzondere optische Hulpmiddelen.
Onder de bijzondere optische hulpmiddelen vallen voorzieningen als telescoopbrillen, verrekijkerloepen, loepen etc. Voor dergelijke hulpmiddelen komt een verzekerde in aanmerking als redelijkerwijs niet kan worden volstaan met een bril of contactlenzen. Ook ptosisbrillen en kappenbrillen vallen onder te verzekeren prestatie. Het gaat daarbij om hulpmiddelen die compensatie bieden voor functieverlies van het ooglid respectievelijk de traanklieren (functies van aan het oog verwante structuren). Bij de aanvraag voor toestemming voor verscaffing of wijziging van gezichtshulpmiddelen is een schriftelijke toelichting van een oogarts vereist.
- Deze hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist.
- De bijzondere optische hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt. Op de toelichting van een oogarts moet de visus vermeld worden en het specifieke doel waarvoor het hulpmiddel dient.
- De minimale gebruikstermijn is 5 jaar.

4.5 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel g, en omschreven in artikel 2.14 omvatten:

- 4.5a**
1. elektro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik, in gewone dan wel bijzondere uitvoering, bestemd om op of aan het menselijk lichaam te worden gebezigd ter verbetering van een gestoord gehoor, alsmede gehoorlepels of gehoorslangen die het geluid via mechanische weg versterken en de verscaffing en vervanging van oorstukjes, als voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 4, van de Regeling;
 2. Ringleidingen, bestaande uit een snoer en versterker met zonodig een tafelmicrofoon dan wel infraroodapparatuur of FM-apparatuur voor geluidsoverdracht, bestaande uit een ontvanger en een zender, al dan niet met inductiespoel of hoofdtelefoon, of in kinbeugel-uitvoering, met zonodig een tafelmicrofoon, als voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 5, van de Regeling;
 3. Een maskeerder ter behandeling van ernstig oorsuizen alsmede verscaffing en vervanging van oorstukjes.
- 4.5b** Als een bijzondere uitvoering van een elektro-akoestisch hoortoestel als bedoeld in 4.5a, onderdeel 1, wordt beschouwd:
1. Een cros-uitvoering;
 2. Een bicros-uitvoering;
 3. Een beengeleider-uitvoering;
 4. Een uitvoering met één ingebouwde microfoon en twee aansluitingen;
 5. Een uitvoering met één uitwendige microfoon en één aansluiting;
 6. Een uitvoering met één ingebouwde microfoon, één uitwendige microfoon en één aansluiting.
- 4.5c** Als de aanschaffingskosten van een hoortoestel als bedoeld in 4.5a, onderdeel 1, hoger zijn dan € 501,50 én een toestel voor de eerste keer wordt verstrekt, dan wel korter dan 6 jaar geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde van 16 jaar of ouder een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag.
- 4.5d** Als de aanschaffingskosten van een hoortoestel als bedoeld in 4.5a, onderdeel 1, hoger zijn dan € 592 en een toestel langer dan 6, maar korter dan 7 jaar geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde van 16 jaar of ouder een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag.
- 4.5e** Als de aanschaffingskosten van een hoortoestel als bedoeld in 4.5a, onderdeel 1, hoger zijn dan € 683 en een toestel 7 jaar 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 16 jaar geldt de gebruiksduur van 7 jaar of langer geleden niet.
- 4.5f** Als sprake is van een hoortoestel in cros-, bicros- of beengeleideruitvoering, opgenomen in een brilmontuur, wordt het bedrag, genoemd in 4.5c tot en met 4.5e, vermeerderd met € 65.
- 4.5g** Bijlage 3, onderdeel 4 van de Regeling:
Zorginhoudelijke criteria voor hoortoestellen zijn:
1. Voor één hoortoestel, dat het drempelverlies van het audiogram van het beste oor ten minste 35 dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen) bedraagt en dat het verstaan van spraak, in stilte aangeboden, met normale sterkte (55 dB) door toepassing van het hoortoestel ten minste 20% toeneemt.
 2. Voor twee hoortoestellen, dat de winst van spraakverstaanbaarheid ten minste 10% bedraagt ten opzichte van de aanpassing met één hoortoestel, dan wel het richtinghoren hersteld wordt tot een hoek van 45 graden;
 3. Bijzondere individuele zorgvragen.

- 4.5h** Bijlage 3, onderdeel 5 van de Regeling.
Zorginhoudelijke criteria voor ringleidingen, infrarood-apparatuur en FM-apparatuur voor geluidsoverdracht zijn:
1. Als sprake is van een toondrempelverlies op het beste oor van 40 dB gemiddeld over 500, 1000 en 2000 Hz (zogenoemd Fletcherindex), of 50 dB gemiddeld over 1000, 2000 en 4000 Hz op het beste oor, of
 2. Als er volgens de meetmethode van Plomp sprake is van een hinderlijk verlies voor spraakverstaan in ruis van minimaal 3 dB, waarbij er rekening mee dient te worden gehouden dat dit met name bij jonge kinderen moeilijk of niet te meten is.
- 4.5i** Voor artikel 4.5 gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden van het reglement
- Bij de aanschaf van een gehoorhulpmiddel is een schriftelijke toelichting van een KNO-arts of een audiologisch centrum noodzakelijk. Hierbij dient te zijn opgenomen een volledig toonaudiogram (luchtgeleiding en beengeleiding) en een spraakaudiogram.
 - Er is geen voorafgaande toestemming noodzakelijk wel dient uit een schriftelijke verklaring van een audiologisch centrum of KNO-arts te blijken dat een proefperiode succesvol is verlopen en dat er sprake is van adequaat gebruik. Voor de maskeerder dient dit te allen tijde door het audiologisch centrum te zijn aangegeven.
 - Er dient een vrije veldmeting met en zonder hoortoestellen in het dossier aanwezig te zijn waaruit blijkt dat de monaurale dan wel binaurale aanpassing voldoet aan de wettelijke voorwaarden.
 - Het gehoorhulpmiddel wordt niet eerder vervangen dan na vijf jaar na de verstrekking waarbij technologische vernieuwing geen reden tot vervanging is.
 - Voor hoortoestellen geldt bovendien dat:
 - a. Toestemming voor verschaffing of wijziging van hoortoestellen in cros-, bicos- of beengeleideruitvoering dan wel opgenomen in een brilmontuur slechts wordt verleend als 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 6 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 6 maanden na de verstrekking.
 - Deze hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
 - Dit hulpmiddel kent een maximale vergoeding voor verzekerden tot 16 jaar van € 683.
 - Voor verzekerden vanaf 16 jaar geldt een maximale vergoeding die afhankelijk is van de gebruikstijd. Bij de eerste aanschaf is deze € 501,50. Bij een vervolgaanschaf na 5 jaar is deze € 501,50 na 6 jaar € 592 en na 7 jaar € 683. Is het hoortoestel opgenomen in een brilmontuur, dan wordt het te vergoeden bedrag vermeerderd met € 65.
 - Hoortoestellen voorgeschreven bij Tinnitus en gebruikt om de Tinnitus te maskeren vallen niet onder de hulpmiddelen als genoemd in artikel 4.5a, onderdeel 3. Bij individuele zorgaanvragen kan Azivo besluiten alsnog tot vergoeding over te gaan. De minimale gebruikstermijn van een maskeerder is 5 jaar.
 - De minimale gebruikstermijn voor Fm en infrarood apparatuur bedraagt 5 jaar, waarbij technologische vernieuwing geen reden tot vervanging is.
 - Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
- 4.6** Hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie als bedoeld in de Regeling zorgverzekering art 2.6 onder d, en art 2.11 omvatten:
- 4.6a** Materiaal voor verzekerden van 3 of 4 jaar indien sprake is van een niet-fysiologische vorm van incontinentie;
- 4.6b** Materiaal voor verzekerden van 5 jaar en ouder tenzij sprake is van kortdurende incontinentie of enuresis nocturna.
- 4.6c** Urine – opvangzakken met noodzakelijke hulpstukken ter bevestiging aan bed, beenkatheters met blaasvloeistoffen al dan niet met toebehoren.

Voorwaarden:

- hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt;
- voorafgaande toestemming is niet vereist indien u zich met een toelichting van een behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige tot een gecontracteerde leverancier wendt.

Gemiddelde gebruiksduur en maximale gebruiksaantallen:

- eenmalige katheters maximaal 375 stuks per 3 maanden
- verblijfskatheters maximaal 4 stuks per 3 maanden
- externe katheters maximaal 100 stuks per 3 maanden
- urinezakken maximaal 100 stuks per 3 maanden
- Draagurinalen maximaal 2 stuks per jaar

4.6d Stomamaterialen en spoelapparatuur voor anaal spoelen

Voorwaarden:

- hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt;
- voorafgaande toestemming is niet vereist indien u zich met een toelichting van een behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige tot een gecontracteerde leverancier wendt.

Gemiddelde gebruiksduur en maximale aantallen

Colostoma	Tweedelig	maximaal 4 plakken per week en maximaal 4 zakjes per dag
	Ééndelig	maximaal 4 zakjes per dag
Irrigatie	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	
Stomapluggen	Tweedelig	maximaal 1 plak en 4 pluggen per dag
	Ééndelig	maximaal 4 pluggen per dag
Ileostoma	Tweedelig	maximaal 4 plakken per week en maximaal 2 zakjes per dag
	Ééndelig	maximaal 2 zakjes per dag
Urostoma	Tweedelig	maximaal 4 plakken per week en maximaal 2 zakjes per dag
	Ééndelig	maximaal 2 zakjes per dag
Continentstoma	afdekpleisters en catheters	2-6 per dag afhankelijk van voorschrift

4.6e Incontinentie-absorptiematerialen

Voorwaarden:

- hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt;
- voorafgaande toestemming is niet vereist indien u zich met een toelichting van een behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige tot een gecontracteerde leverancier wendt.

Gemiddelde gebruiksduur en maximale aantallen:

- Eenmalig te gebruiken inlegluiers en /of luierbroeken ten hoogste 455 stuks per 3 maanden. Van dit aantal kan worden afgeweken als uit een schriftelijke toelichting van een arts de noodzaak daartoe blijkt.
- Wasbare luierbroeken of inlegluiers maximaal 7 stuks per 12 maanden
- Wegwerpfixatiebroeken maximaal 365 stuks per 12 maanden.

4.6f De zorg omvat niet:

1. Schoonmaakmiddelen en geurmiddelen;
2. Huidbeschermende middelen anders dan bij stomapatiënten, voor zover deze niet vallen onder de te verzekeren prestatie farmaceutische zorg;
3. Kleding met uitzondering van netbroekje;
4. Plaswekkers voor behandeling van enuresis nocturna;
5. Bedbeschermende onderleggers tenzij sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.

4.7 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onder h en artikel 2.15 van de Regeling omvatten:

1. kappen ter bescherming van de schedel;
2. verbandmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen

4.7a Voorwaarden:

- Deze hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.

4.7b In aanvulling op het bovenstaande gelden bij de verstrekking van verbandmiddelen als bedoeld onder 4.7, onderdeel 2 bovendien de volgende eisen/voorwaarden:

1. Aanspraak op bandagelenzen zonder visuscorrigerende werking bestaat, voor zover van andere therapieën geen

resultaat is verkregen of te verwachten is en voldaan is aan één van de zorginhoudelijke criteria zoals hieronder genoemd, bij:

- keratitis sicca en pemphigoid;
- keratitis bullosa;
- indolente cornea-ulceraties;
- cornea-etsingen;
- keratitis-neuroparalytica;
- cornea-dystrophieën;
- status na cornea-operaties en cornea-traumata;
- bijzondere individuele zorgvragen.

2. Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing of wijziging van verbandmiddelen, zijnde bandagelenzen, is een schriftelijke toelichting van een oogarts vereist.
3. De bandagelens valt onder hulpmiddelenzorg als deze langdurig dan wel levenslang gebruikt moet worden. Bij kortdurend gebruik valt deze onder medisch-specialistische behandeling en is deze opgenomen in de DBC.
4. De aanspraak van de verzekerde op verbandmiddelen is vastgelegd in artikel 32.5 van de Polisdekking. De verzekerde heeft aanspraak op het goedkoopste adequate verbandmiddel in relatie tot de indicatie en het gebruiksdoel. Voor verschaffing van verbandmiddelen is een voorschrift nodig van de behandelend arts met een gemotiveerde toelichting waarbij de wondindicatie, het verbandtype, het volume en de gebruiksduur zijn aangegeven. Voorafgaande toestemming is niet vereist mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
5. Een eenmalige verstrekking voor kortdurend gebruik komt niet voor vergoeding in aanmerking.

- 4.8** Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel i en omschreven in artikel 2.16 van de Regeling omvatten:
- a. pessaria;
 - b. koperhoudende spiraaltjes.

Hierbij gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- de aanvraag voor verschaffing gaat vergezeld met een voorschrift van de behandelend arts.
- Deze hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt.
- De minimale gebruikstermijn is 5 jaren.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
- Uitsluitend voor vrouwen jonger dan 21 (eenentwintig) jaar.

Condooms worden niet begrepen onder anti-conceptiemiddelen.

- 4.9** Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel j, en omschreven in artikel 2.17 van de Regeling omvatten:
- a. Krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken, rollators en loopwagens, als de verzekerde hier langdurig op is aangewezen om te kunnen lopen, niet kan worden volstaan met een eenvoudiger hulpmiddel en sprake is van:
 1. evenwichtsstoornissen,
 2. functiestoornissen van de onderste extremiteiten, al dan niet gepaard gaande met defecten, of,
 3. stoornissen in het uithoudingsvermogen dan wel vormen van lichamelijke zwakte, waarbij de verschaffing van een loophulpmiddel strekt tot behoud van de zelfredzaamheid of ter voorkoming van opname in een instelling;
 - b. Serveerwagens als de verzekerde hier langdurig op is aangewezen, niet volstaan kan worden met een eenvoudiger hulpmiddel en sprake is van een hand- of armfunctiestoornis;
 - c. Blindentaststokken;
 - d. Stoelen voorzien van een trippelfunctie, als de verzekerde langdurig op dit middel is aangewezen en:
 1. de verzekerde zich binnenshuis alleen zittend kan verplaatsen en niet beschikt over een in huis bruikbare rolstoel,
 2. de verzekerde voldoet aan de voorwaarde voor een hulpmiddel als bedoeld in onderdeel a, maar dit niet kan gebruiken vanwege een gestoorde hand- of armfunctie, of,
 3. zich niet zonder gebruik van de handen staande kan houden;
 - e. Loopfietsen als de verzekerde langdurig op dit middel is aangewezen, sprake is van functiestoornissen van de onderste extremiteiten, al dan niet gepaard gaande met defecten en de verzekerde niet kan volstaan met een eenvoudiger loophulpmiddel.

Voor hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen 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 de behandelend 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.
- Deze hulpmiddelen, met uitzondering van blindentaststokken en rollators, worden in bruikleen verstrekt tenzij Azivo anders beslist. 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 de behandelend 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 en de minimale gebruikstermijn bedraagt vijf jaren.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, met uitzondering van trippelstoelen en loopfietsen, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.

4.10a Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel l en omschreven in artikel 2.19 van de Regeling, omvatten injectiespuiten met toebehoren dan wel injectiepen met toebehoren, als sprake is van een aandoening die een langdurig gebruik van dit middel noodzakelijk maken (uitgezonderd injectiespuiten/penen bij stoornissen in de regulering of controle van de bloedglucose waarden).

4.10b Een hulpmiddel als bedoeld in 4.10a omvat tevens een aan een handicap aangepaste uitvoering, als de verzekerde ten gevolge van een ernstige motorische handicap dan wel een verminderd gezichtsvermogen redelijkerwijs niet kan volstaan met een injectiespuit of injectiepen in een niet aangepaste uitvoering.

4.10c Voor hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 sub l en injectiespuiten als omschreven in artikel 2.19 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor een eerste verschaffing van injectiespuiten en toebehoren is een schriftelijke toelichting van de behandelend arts vereist.
- Deze hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.

4.11 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 sub m van de Regeling 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 aantrekhulpmiddelen, uittrek-hulpmiddelen en hulpmiddelen die zowel voor het aan- als voor het uittrekken kunnen worden gebruikt.
- Bij de aanvraag voor verschaffing van therapeutische elastische kousen is een schriftelijke toelichting van de behandelend arts vereist. Bij vervanging van de kousen is geen schriftelijke toelichting van de behandelend arts vereist.
- Aanspraak bestaat op 2 stuks of 2 paar kousen per 12 maanden.
- Geen aanspraak bestaat op de verstrekking van elastische kousen in geval van nabehandeling van het verwijderen van spataderen.
- Deze hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
- Gebruikstermijn aan- en/of uittrekhulpmiddelen is: 2 jaar.
- Voorafgaande toestemming bij aan- en of uittrekhulpmiddelen is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier én het bedrag van het hulpmiddel niet hoger is dan € 25. Bij hulpmiddelen duurder dan € 25 is voorafgaande toestemming noodzakelijk. Ter bepaling of de verzekerde redelijkerwijs op een aan- en / of uittrekhulpmiddel is aangewezen geldt dat het hulpmiddel ter vervanging van de inzet van persoonlijke verzorging is. Als sprake is van persoonlijke verzorging, als bedoeld in de AWBZ, dient ter beoordeling van de aanvraag de verzekerde aanvullende gegevens van het CIZ te overleggen. Mede aan de hand van deze gegevens wordt beoordeeld of de verzekerde redelijkerwijs op een aan en/ of uittrekmiddel is aangewezen, waarbij mede in acht wordt genomen de doelmatigheidsafweging als bedoeld in artikel 2.6 van de Algemene Bepalingen.

4.12 Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedglucosespiegel als bedoeld in artikel 2.6 onderdeel o van de Regeling.

4.12a Hulpmiddelen bij diabetes (injectiepen, apparatuur voor het zelf afnemen van bloed, de bloedglucosemeter en teststrips).

Voorwaarden:

- hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt
- toelichting van behandelend arts of gespecialiseerd verpleegkundige is noodzakelijk
- voorafgaande toestemming is niet noodzakelijk.
- levering alleen via gecontracteerde leverancier

Gemiddelde gebruiksduur en maximale aantallen:

- diabetes 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;
- diabetes met een vastgesteld doseringsschema voor 1 tot 2 insuline-injecties per dag; maximaal 100 teststrips per drie maanden;

- diabeten die op geleide van het bloedsuikergehalte 3 of meer insuline-injecties per dag gebruiken, dan wel gebruiken van een insulinepomp; maximaal 400 teststrips per drie maanden;
- een in eigendom verstrekt apparaat voor het zelf afnemen van bloed wordt niet eerder vervangen dan twee jaar na de verschaffing en een bloedglucosemeter niet eerder dan na drie jaar na de verschaffing.
- Insulineafhankelijke diabeten hebben recht op maximaal 2 insulinepennen per 3 kalenderjaren (dat is inclusief een reserve pen).

4.12b Draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren.

Voorwaarden

- Uitwendige draagbare infuuspompen worden in bruikleen verstrekt.
- De toebehoren worden in eigendom verstrekt
- Voorafgaande toestemming van een medisch specialist is vereist inclusief een offerte
- Gebruikstermijn 5 jaren.

4.13 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 sub p en omschreven in artikel 2.22 van de Regeling omvatten draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren, als sprake is van continue parenterale toediening in de thuissituatie van een geneesmiddel dat valt onder de farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering, met uitzondering van insuline.

Hiervoor 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.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
- Voor een eventuele tweede infuuspomp is wel voorafgaande toestemming nodig

4.14 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 sub q en omschreven in artikel 2.23 van de Regeling omvatten:

4.14a Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel q, omvatten:

1. verbandschoenen, als voldaan is aan één van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 7, van de Regeling;
2. allergeenvrije schoenen, als er sprake is van een allergie.

4.14b Als de aanschaffingskosten van het hulpmiddel, bedoeld in 4.14a, onderdeel 1, hoger zijn dan € 143,50 betaalt de verzekerde een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.

4.14c De verzekerde betaalt voor een hulpmiddel als bedoeld in 4.14a, onderdeel 2, een bijdrage van:

1. als hij 16 jaar of ouder is, € 136,50 per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 323,50;
2. als hij jonger is dan 16 jaren, € 68,50 per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 255,50.

4.14d Bijlage 3 onderdeel 7 van de Regeling

De zorginhoudelijke criteria voor verbandschoenen zijn: huiddefecten, huidulcera, sensibiliteits- en circulatiestoornissen aan de voet, alsmede in de herstelperiode na partiële amputaties, traumatische beschadigingen of operatieve ingrepen aan de voet.

Hiervoor gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor de verschaffing van verbandschoenen is een schriftelijke toelichting van de behandelend arts inhoudende de aard van de aandoening vereist.
- Bij de aanvraag voor de verschaffing van allergeenvrije schoenen is een schriftelijke toelichting van een dermatoloog inhoudende de aard van de allergie noodzakelijk.
- Bij vervanging van allergeenvrije schoenen kan worden volstaan met een schriftelijke toelichting van de behandelend 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.
- De verzekerde heeft eenmaal per 3 jaar aanspraak op een extra paar allergeenvrije schoenen.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits het hulpmiddel wordt betrokken bij een gecontracteerde leverancier.
- De vergoeding uit de zorgverzekering bedraagt nooit meer dan € 187.

4.15 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 sub r en omschreven in artikel 2.24 van de Regeling omvatten:

4.15a Als het gebruik om medische redenen aangewezen is:

1. niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren;

2. uitwendige voedingspompen met toebehoren;
3. uitwendige toebehoren, benodigd bij de toediening van parenterale voeding;
4. eetapparaten.

- 4.15b** Hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid omvatten geen voedings-, genees- en verbandmiddelen.
- 4.15c** Hiervoor 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.
 - Voor de hulpmiddelen hierboven genoemd onder 4.15a, onder 1, 2 en 3 is voorafgaande toestemming niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
 - Voor de hulpmiddelen hierboven genoemd onder 4.15a, onder 4 is voorafgaande toestemming vereist.
 - Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding worden in bruikleen verstrekt, met uitzondering van sondes en disposables.
 - De minimale gebruikstermijn voor 2 en 4 is 5 jaren.
- 4.16** Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 sub t en omschreven in artikel 2.26 van de Regeling, omvatten:
- 4.16a** computers met bijbehorende apparatuur voor lichamenlijk gehandicapten, als de lichamenlijk gehandicapte voor informatie en communicatie of bediening van huishoudelijke hulpmiddelen geheel of nagenoeg geheel op deze middelen is aangewezen;
- 4.16b** schrijfmachines voor lichamenlijk gehandicapten, als de lichamenlijk gehandicapte voor het onderhouden van maatschappelijke contacten geheel of nagenoeg geheel op deze middelen is aangewezen;
- 4.16c** rekenmachines in een uitvoering, aangepast aan een lichamenlijke handicap;
- 4.16d** invoer- en uitvoerapparatuur en de daartoe benodigde programmatuur, noodzakelijke upgrades daarvan, alsmede accessoires voor een computer, een schrijfmachine en een rekenmachine, aangepast aan een lichamenlijke handicap;
- 4.16e** computerprogrammatuur voor grootlettersystemen voor visueel gehandicapten;
- 4.16f** bladoslagapparatuur;
- 4.16g** opname- en voorleesapparatuur voor gehandicapten, zijnde:
1. memorecorders voor visueel gehandicapten;
 2. daisy-spelers of daisy-programmatuur voor visueel gehandicapten, dyslectici en motorisch gehandicapten;
 3. voorleesapparatuur voor zwartdruk-informatie voor visueel gehandicapten;
- 4.16h** telefoons en een telefoneerhulpmiddel, zijnde:
1. hulpmiddelen voor het kiezen van telefoonnummers;
 2. telefoonhoornhouders;
 3. met omgevingsbesturingsapparatuur te bedienen telefoons;
 4. teksttelefoons dan wel beeldtelefoons voor auditief gehandicapten, als voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdelen 8 en 9, van de Regeling;
 5. spraakvervangende hulpmiddelen bij een spraakhandicap.
- 4.16i** signaleringsapparatuur en een alarmeringssysteem, zijnde:
1. wek- en waarschuwingsinstallaties ten behoeve van auditief gehandicapten als voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 10, van de Regeling;
 2. persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamenlijk gehandicapten, als de lichamenlijk gehandicapte in een verhoogde risicosituatie verkeert.
- 4.16j** Bijlage 3 onderdeel 8 van de Regeling
Zorginhoudelijke criteria voor teksttelefoons zijn:
1. Er is een toon-drempelverlies op het beste oor van 70 dB gemiddeld over 500, 1000, 2000 en 4000 Hz; of
 2. het verstaan van spraak, in stilte aangeboden met normale sterkte (55 dB), zelfs door toepassing van een hoortoestel, bedraagt met het beste oor niet meer dan 50%;
 3. bijzondere individuele zorgvragen.
- 4.16k** Bijlage 3 onderdeel 9 van de Regeling
Een indicatie voor een beeldtelefoon is aanwezig:
1. als een indicatie voor een teksttelefoon aanwezig is, maar deze telefoon of apparatuur voor de verzekerde niet bruikbaar is, en de verzekerde de Nederlandse Gebarentaal voldoende beheerst;
 2. bijzondere individuele zorgvragen.

4.16l Bijlage 3 onderdeel 10 van de Regeling

Een indicatie voor wek- en waarschuwingsinstallatie is aanwezig:

1. als er sprake is van een toondrempelverlies op het beste oor van 60 dB gemiddeld over 500, 1000, 2000 en 4000 Hz;
2. bijzondere individuele zorgvragen.

4.16m Voor de hulpmiddelen in dit artikel genoemd 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, wek- of waarschuwingsinstallaties en spraakvervangende hulpmiddelen - is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist noodzakelijk.
- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing van een teksttelefoon 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 spraakhandicap is zowel een schriftelijke toelichting van een medisch specialist als een schriftelijk advies van een ergotherapeut vereist.
- De kosten van abonnementsgelden komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Deze hulpmiddelen worden in bruikleen verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
- De minimale gebruikstermijn bedraagt 5 jaren.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, behalve voor spraakvervangende hulpmiddelen
- Voor bladomslag apparatuur en reparaties onder is geen voorafgaande toestemming nodig
- Voor persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamenlijk gehandicapten is geen toestemming vereist mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier en geen aanspraak gemaakt kan worden op sociale alarmering zoals om schreven in Wet Maatschappelijke Ondersteuning.
- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing van hulpmiddelen voor persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamenlijk gehandicapten, is een voorschrift vereist van de behandelend arts.

4.17 Voor beeldschermloepen als bedoeld in artikel 2.6 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 via een gecontracteerde leverancier.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
- De minimale gebruikstermijn bedraagt 5 jaren.

4.18 Voor uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren als bedoeld in artikel 2.6 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 dat de verbetering niet op eenvoudiger wijze is te bereiken.
- Deze hulpmiddelen worden in bruikleen verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist.
- De minimale gebruikstermijn bedraagt 5 jaren.

4.19 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel aa en omschreven in artikel 2.29 van de Regeling omvatten solo-apparatuur met toebehoren, als er sprake is van een indicatie, vermeld in bijlage 3, onderdeel 12, van de Regeling alsmede als de verzekerde:

- a. De apparatuur gebruikt voor het volgen van her- of bijscholing, dan wel niet tot het reguliere onderwijs behorende beroepsopleidingen in klassikaal-, of groepsverband,
- b. De apparatuur gebruikt voor het volgen van regulier onderwijs of,
- c. De apparatuur gebruikt voor het volgen van speciaal onderwijs in klassikaal-, onderscheidenlijk groepsverband dat niet specifiek gericht is op dove en slechthorende leerlingen of,
- d. De apparatuur gebruikt tijdens het op medische gronden noodzakelijk ondergaan van een groepsgewijze therapeutische behandeling of,
- e. De apparatuur gebruikt bij het in een gestructureerd en georganiseerd verband verrichten van betaalde of niet betaalde werkzaamheden.

Bijlage 3 onderdeel 12 van de Regeling

Zorginhoudelijke criteria voor solo-apparatuur zijn:

- a. Er is sprake van een toondrempelverlies op het beste oor van 40 dB gemiddeld over 500, 1000 en 2000 Hz (zogenoemde Fletcherindex), of 50 dB gemiddeld over 1000, 2000 en 4000 Hz op het beste oor.
- b. Er is volgens de meetmethode van Plomp sprake van een hinderlijk verlies voor spraakverstaan in ruis van minimaal 3 dB, waarbij er rekening mee dient te worden gehouden dat dit met name bij jonge kinderen moeilijk of niet te meten is.

Voor solo-apparatuur als bedoeld in artikel 2.6 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 KNO-arts of audiologisch centrum vereist.
- Solo-apparatuur wordt in bruikleen verstrekt.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
- De minimale gebruikstermijn bedraagt 5 jaren.

- 4.20** Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel bb en omschreven in artikel 2.30 van de Regeling omvatten: tactiellesapparaten met toebehoren en vergoeding van de kosten, voor zover andere hulpmiddelen voor het lezen van zwart-schrift voor de visueel gehandicapte niet doelmatig zijn en de verzekerde in staat is met het apparaat om te gaan.

Voor tactiellesapparatuur 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.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
- De minimale gebruikstermijn bedraagt 5 jaren.

- 4.21** Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel cc en omschreven in artikel 2.31 van de Regeling, omvatten vervanging van BAHA-hoortoestellen die kunnen worden aangesloten op een te implanteren beengeleider, als voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 4, van de Regeling en een luchtgeleidingstoestel redelijkerwijs niet kan worden aangepast.

Bijlage 3 onderdeel 4 van de Regeling

Zorginhoudelijke criteria voor hoortoestellen zijn:

- a. voor één hoortoestel, dat het drempelverlies van het audiogram van het beste oor ten minste 35 dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen) bedraagt en dat het verstaan van spraak, in stilte aangeboden, met normale sterkte (55 dB) door toepassing van het hoortoestel ten minste 20% toeneemt.
- b. voor twee hoortoestellen, dat de winst van spraakverstaanbaarheid ten minste 10% bedraagt ten opzichte van de aanpassing met één hoortoestel, dan wel het richtinghoren hersteld wordt tot een hoek van 45 graden;
- c. bijzondere individuele zorgvragen.

Voor de vervanging van BAHA-hoortoestellen gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor de verschaffing is een schriftelijke toelichting van een KNO arts / audiologisch centrum vereist.
- De minimale gebruikstermijn is 5 jaar.
- BAHA-hoortoestellen worden in bruikleen verstrekt.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist.

- 4.22** Uitwendige Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel n van de Regeling, te gebruiken bij stoornissen in de functies van het haematologische systeem.

Voor zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden gelden de volgende voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor de verschaffing is een schriftelijke toelichting van de behandelend arts van de trombosedienst vereist.
- Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden wordt in eigendom verstrekt.
- De minimale gebruikstermijn bedraagt 5 jaren.
- In de meeste gevallen wordt de apparatuur direct geleverd door de trombosedienst en is voorafgaande toestemming niet nodig.

- 4.23a** Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel ee en omschreven in artikel 2.33 van de Regeling omvatten, als de verzekerde langdurig daarop is aangewezen:
1. aan functiebeperkingen aangepaste tafels;
 2. aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, als sprake is van problemen bij het zitten, en niet kan worden volstaan met een stoel die voldoet aan de normale ergonomische eisen en niet uitsluitend sprake is van vetzucht, reuzen- of dwerggroei, waarbij de stoelen zijn voorzien van een of meer van de volgende functies of aanpassingen:
 - I. specifieke polstering;
 - II. Abductiebalk;
 - III. arthrodese-zitting;
 - IV. pelottes voor zijwaartse steun;
 3. anti-decubituszitkussens;
 4. bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen;
 5. anti-decubitusbedden, -matrassen en -overtrekken ter behandeling en preventie van decubitus;

6. dekenbogen, onrusthekken, bedgalgen, papegaaien en portalen;
7. bedverkorters en -verlengers.
8. bedbeschermende onderleggers (wasbaar en disposable)

4.23b Onder de in 4.23a, onderdeel 2, bedoelde hulpmiddelen zijn hulpmiddelen in een uitvoering met zwenkwielen, beremming of hoog/laag-mechanisme begrepen, als het hulpmiddel op diverse plaatsen of met een verschillende werkhoogte moet worden gebruikt.

4.23c Hulpmiddelen als bedoeld in 4.23a, onderdelen 4 tot en met 7, zijn slechts als hulpmiddelen aangewezen, als het gebruik daarvan strekt tot behoud van de zelfredzaamheid en met de verschaffing opnemings in een instelling wordt voorkomen, dan wel als de verzekerde is aangewezen op verpleging.

4.23d Voor inrichtingselementen voor woningen gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing van inrichtingselementen van woningen is een schriftelijke toelichting van de behandelend arts vereist.
- Bij de aanvraag voor aangepaste tafels en stoelen, antidecubituszittkussens, antidecubitusbedden, -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.
- Bedbeschermende onderleggers
- Voorwaarden: indien het verlies van bloed of exsudaat dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door gebruik van een bedbeschermende onderlegger kunnen worden ondervangen.
 - wasbare bedbeschermende onderleggers: maximaal 3 stuks per jaar.
 - disposable bedbeschermende onderleggers maximaal 455 stuks per kwartaal.
- Tenzij bij de machtiging anders wordt bepaald, worden inrichtingselementen voor woningen in bruikleen verstrekt.
- Voorafgaande toestemming is vereist. Voor bedbeschermende onderleggers is geen voorafgaande toestemming noodzakelijk. De minimale gebruikstermijn bedraagt 5 jaren met uitzondering van de AD bedden, hierbij is de minimale gebruikstermijn 7 jaren.
- Onder aanpassingen die voldoen aan de normale ergonomische eisen en die aldus niet voor vergoeding in aanmerking komen, worden de volgende aanpassingen begrepen:
- Neksteun, hoofdsteun, beensteun, lendensteun, verstelbare rugleuning, voetsteun, verstelbare zitting, verstelbare armleuningen, aanpassingen met betrekking tot zithoogte, zitdiepte of zitbreedte.

4.24 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel ff en omschreven in artikel 34 van de Regeling omvatten:

4.24a blindengeleidehonden die een substantiële bijdrage leveren aan de mobiliteit of oriëntatie in het maatschappelijke verkeer van een verzekerde die blind is of dusdanig slechtziend dat hij hierop is aangewezen;

4.24b hulphonden die een substantiële bijdrage leveren aan de mobiliteit en de algemene of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen van een verzekerde die volledig doof is of die als gevolg van blijvende, ernstige lichamelijke functiebeperkingen aangewezen is op hulp bij die mobiliteit of bij algemene of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen, waardoor zijn zelfstandigheid wordt vergroot en het beroep op zorgondersteuning vermindert.

4.24c De hulpmiddelen, bedoeld in 4.24a en 4.24b omvatten, tevens een tegemoetkoming in de redelijk te achten gebruikskosten.

4.24d Voor de verschaffing van geleidehonden 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 minimale gebruikstermijn bedraagt 7 jaren.
- 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.
- Voorafgaande toestemming is vereist.

4.25 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel gg, en omschreven in artikel 35 van de Regeling omvatten hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie, als de verzekerde als gevolg van blijvende, ernstige lichamelijke functiebeperkingen in arm-, hand-, en vingerfunctie aangewezen is op professionele hulp bij algemene of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen.

Voor de verschaffing van hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand-, en vingerfunctie gelden de vol-

gende 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.
- Voorafgaande toestemming is vereist.

4.26a Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel hh en omschreven in artikel 36 van de Regeling omvatten thuisdialyse-apparatuur met toebehoren alsmede:

1. de regelmatige controle en het onderhoud ervan en de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor het verrichten van dialyse;
2. vergoeding van de kosten voor de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
3. vergoeding van overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien,
4. de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.

4.26b Voor thuisdialyse-apparatuur 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.
- De minimale gebruikstermijn bedraagt vijf jaren.
- Voorafgaande toestemming is vereist.

4.26c De onderdelen 1 tot en met 4 van 4.26a zijn zowel van toepassing op hemodialyse als op de verschillende vormen van peritoneaal dialyse.



E Reglement Farmaceutische Zorg

Artikel 1 Algemeen

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

Artikel 2 Definities

2.1 Regeling

De Regeling zorgverzekering zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, nr 171 en volgens de meest recente wijzigingen zoals gepubliceerd in de Staatscourant.

Artikel 3 Uitsluitingen

3.1 Farmaceutische zorg omvat geen:

- Farmaceutische zorg bij de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- Geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;
- Geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet
- Geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.
- Geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

3.2 Aanspraken

Het recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten bestaat alleen als de verzekerde lijdt aan een resorptiestoornis, een voedselallergie, een stofwisselingsstoornis of als de verzekerde lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop of als de verzekerde op dieetpreparaten is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Bij deze aandoeningen is er sprake van situaties waarbij de toediening van dieetpreparaten een essentieel onderdeel uitmaakt van adequate zorg en normale aangepaste voeding en andere producten van bijzondere voeding niet volstaan.

3.3 Preferentiebeleid

- a. Op grond van artikel 31 van deze zorgpolis heeft Azivo de geneesmiddelen aangewezen als omschreven in artikel 2.5 van de Regeling zorgverzekering, behoudens voor zover deze behoren tot een productcategorie waarvoor Azivo een of meer geneesmiddelen als preferent heeft aangewezen.
- b. Onder productcategorie wordt verstaan: een groep van geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, toedieningsweg en sterkte.
- c. Als Azivo voor een productcategorie een of meer geneesmiddelen als preferent heeft aangewezen, worden de productcategorie en het (de) aangewezen geneesmiddel(en) vermeld in de door de Azivo vastgestelde lijst van preferente middelen opgenomen.
- d. De geldende lijst van preferente geneesmiddelen kan geraadpleegd worden op www.azivo.nl en wordt op verzoek toegezonden.
- e. Als Azivo voor een productcategorie een of meer geneesmiddelen als preferent heeft aangewezen, heeft verzekerde slechts recht op de als preferent aangewezen geneesmiddelen.
- f. In afwijking van lid 5 heeft verzekerde recht op een niet als preferent aangewezen geneesmiddel voor zover behandeling met een als preferent aangewezen geneesmiddel voor verzekerde medisch niet verantwoord is.
- g. Verzekerde dient bij aflevering van een niet preferent geneesmiddel zoals bedoeld in lid 6 van dit artikel een verklaring van de voorschrijver te overleggen waaruit blijkt dat behandeling met een aangewezen geneesmiddel voor verzekerde medisch niet verantwoord is.

Artikel 4 Toestemming

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

- a. Het verzoek om toestemming dient altijd 5 werkdagen vooraf door of namens de verzekerde te worden ingediend.
- b. Het verzoek om toestemming gaat vergezeld van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts.
- c. Bij de toestemming kan de verzekeraar bepalen voor welke termijn deze toestemming geldt.

Artikel 5 Afleverhoeveelheden

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

- a. 15 dagen, als het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- b. 15 dagen, als het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica betreft;
- c. ten hoogste 3 maanden, als het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica.
- d. ten hoogste zes maanden, als het orale anticonceptiva betreft;
- e. ten hoogste één maand in overige gevallen, of aanvullend door Azivo aan te wijzen geneesmiddelen of geneesmiddelen-groepen.
- f. vloeibare bereidingen worden bij de eerste uitgifte in de kleinste handelsverpakking afgeleverd.

Artikel 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 (Bijlage 1A) en in niet-onderling vervangbare geneesmiddelen (Bijlage 1B). Per GVS-groep is een vergoedingslimiet berekend. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger dan de vergoedingslimiet, is het verschil voor rekening van de verzekerde.

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.

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 Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd en die tot de verzekerde zorg behoren

Het betreft hier de ongeregistreerde geneesmiddelen, die op grond van artikel 2.8 Besluit Zorgverzekering j.o. Artikel 40 lid 3 sub a & c Geneesmiddelenwet op verzoek van de arts kunnen worden geïmporteerd of door de apotheker zelf kunnen worden bereid.

a. Apotheekbereidingen

De aanspraak op apotheekbereidingen van ongeregistreerde geneesmiddelen 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.

b. Import ongeregistreerde geneesmiddelen

Conform het Besluit Zorgverzekering kunnen ongeregistreerde geneesmiddelen alleen worden geïmporteerd als 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 geneesmiddel 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.

c. Fabrieksbereidingen

De verzekerde heeft aanspraak op geneesmiddelen die in overeenstemming met bij ministeriele regeling vast te stellen regels in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling op initiatief van een arts die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht en die hetzij zijn bereid volgens zijn specificaties, hetzij in een andere lidstaat of een derde land in de handel zijn en op zijn verzoek zijn ingevoerd of anderszins binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht. Ook voor fabrieksbereidingen moet sprake zijn van rationele farmacotherapie.

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

6.4 Zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik

Voor zelfzorgmiddelen als bedoeld onder nummer 35 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 Azivo en is weergegeven op www.azivo.nl.

De voorschrijvend arts/specialist stelt de diagnose en beoordeelt of de verzekerde voldoet aan het wettelijke indicatievereiste voor de geneesmiddelen van Bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. De arts/specialist geeft dit aan op een standaard artsenverklaring. De apotheker beoordeelt namens Azivo of de verzekerde een indicatie als bedoeld in de Regeling zorgverzekering en de zorgverzekering heeft voor het geneesmiddel. De verzekerde kan het door de arts ingevulde formulier tegelijk met het recept bij de apotheek inleveren; dit bevordert een snelle afhandeling van de aanvraag. Als de verzekerde uit privacy overwegingen het formulier niet in de apotheek wil aanbieden, kan hij het formulier ook rechtstreeks naar Azivo (laten) sturen. De controle op het al dan niet terecht afgeven van de artsenverklaring zal achteraf door Azivo plaatsvinden.

Deze regeling voor geneesmiddelen van Bijlage 2 is van toepassing voor alle apotheek houdenden.

Artikel 7 Specifieke bepalingen voor dieetpreparaten

7.1 Voeding algemeen

Als is voldaan aan de voorwaarden van artikel 3.2, heeft de verzekerde aanspraak op het meest doelmatige middel en de meest doelmatige hoeveelheid af te leveren daar waar gelijkwaardige alternatieven aanwezig zijn tenzij hieronder anders is bepaald. Het dieetpreparaat dient te zijn aangevraagd door een specialist. De verzekerde heeft aanspraak op het dieetpreparaat als:

- de specialist alle vragen op de Verklaring voor Dieetpreparaten van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft ingevuld, de verklaring heeft ondertekend en deze heeft voorzien van een praktijkstempel;
- de Afleverinstructie voor Dieetpreparaten ontwikkeld door ZN het de leverancier/ apotheek toestaat deze ten laste te brengen aan Azivo;

De specialist voorziet de verzekerde van de Verklaring voor Dieetpreparaten van Zorgverzekeraars Nederland en de Afleverinstructie voor Dieetpreparaten.

Aanvullende terhandstellingsvoorwaarden als er sprake is van:

- Voeding bij koemelkallergie: Het dieetpreparaat dient te worden aangevraagd door een consultatiebureau-arts of kinderarts.
- Voeding bij COPD: Het dieetpreparaat dient te worden aangevraagd door een specialist.
- Voeding voor prematuur of dysmatuur geboren zuigelingen: Het dieetpreparaat is aangevraagd door een kinderarts.

AZIVO

ZORGVERZEKERING

2011

Meer informatie? Surf naar www.azivo.nl, mail naar info@azivo.nl
of bel (070) 440 24 00.

Azivo hoofdkantoor

Oude Haagweg 128
2552 GS Den Haag

T (070) 440 24 00
F (070) 440 24 01
E info@azivo.nl
W www.azivo.nl

Maandag t/m vrijdag
08.30 - 17.30 uur

Postadres

Postbus 13731
2501 BP Den Haag

**Stadskantoor
Den Haag-centrum**

Stationsweg 107a
2515 BL Den Haag

T (070) 440 24 00
F (070) 440 24 01

Maandag t/m vrijdag
08.30 - 17.00 uur

**Stadskantoor
Zoetermeer**

Markt 3
2711 CZ Zoetermeer

T (070) 440 24 00
F (070) 440 24 01

Dinsdag t/m donderdag
09.00 - 16.00 uur

Azivo Apotheek

Boomsluiterskade 299
2511 VJ Den Haag

T (070) 315 36 36
F (070) 385 41 05
E info@apotheekazivo.nl
W www.apotheekazivo.nl

Maandag t/m vrijdag
08.00 - 18.00 uur
Zaterdag 09.00 - 13.00 uur

Azivo Zorgservice

Zichtenburglaan 216-218
2544 EB Den Haag

T (070) 394 91 91
F (070) 394 28 45

Maandag t/m vrijdag
09.00 - 12.30 uur en
13.00 - 17.00 uur