

Basisverzekering

In deze brochure

Modelpolis (voorwaarden)

INHOUDSOPGAVE

- I. Begripsomschrijvingen (artikel 1)
- II. Grondslag van de verzekering (artikel 2)
 - Artikel 3 Begin van de verzekering
 - Artikel 4 Duur van de verzekering
 - Artikel 5 Beëindiging van rechtswege
- III. Dekking (artikel 6)
 - Artikel 7 Premie
 - Artikel 8 Herziening van de premie
 - Artikel 9 Verplicht eigen risico
 - Artikel 10 Vrijwillig gekozen eigen risico
 - Artikel 11 Hulp door een huisarts
 - Artikel 12 Medisch-specialistische zorg
 - Artikel 13 Verloskundige zorg en kraamzorg
 - Artikel 14 Revalidatie
 - Artikel 15 Orgaantransplantaties
 - Artikel 16 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse
 - Artikel 17 Mechanische beademing
 - Artikel 18 Oncologische aandoeningen bij kinderen
 - Artikel 19 Trombosedienst
 - Artikel 20 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering
 - Artikel 21 Audiologische zorg
 - Artikel 22 Paramedische zorg
 - Artikel 23 Mondzorg
 - Artikel 24 Farmaceutische zorg
 - Artikel 25 Hulpmiddelenzorg
 - Artikel 26 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer
 - Artikel 27 Begripsomschrijvingen GGZ
 - Artikel 28 Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ
 - Artikel 29 Specialistische GGZ
 - Artikel 30 Persoonsgebonden budget GGZ
 - Artikel 31 Verzekeringsaanpakken in het buitenland
 - Artikel 32 Uitsluitingen
 - Artikel 33 Algemeen
- IV. Verplichtingen van de verzekerde
 - Artikel 34 Aansprakelijkheid van derden
 - Artikel 35 Verplichtingen
- V. Overige voorwaarden
 - Artikel 36 Onwaarachtige weergave van feiten
 - Artikel 37 Onrechtmatige inschrijving
 - Artikel 38 Kennisgeving relevante gebeurtenissen
 - Artikel 39 Geschillen
- Premiebijlage
- Reglement Restitutie
- Reglement Hulpmiddelen
- Reglement Farmaceutische zorg

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

I. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1

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

Apotheekhoudend huisarts: een huisarts aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheker: Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, vijfde lid van de Geneesmiddelenwet.

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 Fysiotherapeuten.

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.

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.

Dienstenstructuur: Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wet marktordening gezondheidszorg dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

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

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.

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

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

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

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

In-vitrofertilisatie (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. het afnemen van eicellen,
3. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium, en
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.

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 erkende instelling.

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, orthoptist 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 Fysiotherapeuten.

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 Nederlandse 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, orthoptist 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 tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, of een huidtherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het besluit opleidingseisen en deskundigheid huidtherapie of een (para)medicus die beschikt over een diploma van de Vodder-Schule en die voldoet aan de registratievoorwaarden in het Vodder-register.

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, orthoptist 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 tandarts-specialist, 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, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of krachtens wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

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'.

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.

Verzekerde: Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

Verzekeringnemer: Degene die de verzekeringsovereenkomst met Azivo is aangegaan.

Volledige vergoeding: Vergoeding van maximaal het marktconforme 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.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC): Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet 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.

Zorgverzekeraar: 'De Onderlinge Waarborgmaatschappij Azivo Algemeen Ziekenfonds de Volharding u.a.', hierna te noemen 'Azivo'.

II. GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

Artikel 2

lid 1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet en het polisblad welke integraal onderdeel uitmaakt van de zorgpolis. Deze zorgpolis wordt bij het aangaan van de verzekering en na wijziging van de voorwaarden verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.

lid 2 De Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van de modelovereenkomst. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit wet- en regelgeving bepalend.

lid 3 Naast de zorgpolis verstrekt Azivo als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een inschrijvingsbewijs op vertoon waarvan de verzekerde de zorg kan inroepen bij een zorgverlener(s) waarop op basis van deze polis aanspraak bestaat.

lid 4 Azivo vermeldt de grondslag van de premie op de premiebijlage.

lid 5 Azivo sluit met zorgverleners overeenkomsten ten behoeve van haar verzekerden. De overeenkomst die Azivo met de zorgverlener sluit omvat in ieder geval afspraken over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg kan worden verleend. Het overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is op te vragen bij Azivo en te vinden op de website (www.azivo.nl).

lid 6 De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

lid 7 De verzekerde heeft slechts recht op zorg indien en voor zover er een medische noodzaak daartoe bestaat en de verzekerde gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 3 Begin van de verzekering

lid 1 De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop Azivo het volledig ingevulde verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.

lid 2 Indien degene ten behoeve van wie de verzekering wordt gesloten op de dag waarop Azivo het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een verzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de verzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.

lid 3 Indien de verzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonedig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.

lid 4 Indien de verzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden is geëindigd door opzegging, werkt deze terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

Artikel 4 Duur van de verzekering

lid 1 De verzekeringnemer kan de verzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.

lid 2 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de verzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere verzekering wordt verzekerd. De verzekeringnemer dient daartoe een bewijs van inschrijving van de nieuwe zorgverzekeraar te overleggen.

lid 3 Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de verzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval heeft de verzekeringnemer hiervoor 30 dagen nadat de wijziging hem is medegedeeld.

lid 4 De opzegging, bedoeld in het tweede lid, gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.

lid 5 In afwijking van het vierde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere verzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door Azivo is ontvangen.

lid 6 Indien de verzekering eindigt, verstrekt Azivo de verzekeringnemer en/of de verzekerde een bewijs van het eind van de verzekering.

lid 7 De opzegging dient schriftelijk met ondertekening door de verzekeringnemer plaats te vinden.

lid 8 Indien een opzegging door de verzekeringnemer voor een bepaalde datum dient plaats te vinden, dient Azivo de opzegging door verzekeringnemer voor deze datum ontvangen te hebben.

lid 9 Indien de verzekeringnemer de verzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

Artikel 5 Beëindiging van rechtswege

lid 1 De verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:

- a. Azivo ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekerings-bedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van Azivo komt te wonen;
- c. de verzekeringnemer dan wel de verzekerde overlijdt. Azivo dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld;
- d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt doordat de verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt. De verzekerde wordt geacht Azivo hiervan op de hoogte te stellen.

lid 2 Azivo stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een verzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a of b eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

lid 3 De verzekeringnemer stelt Azivo onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel c of d tot het einde van de verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

lid 4 Indien Azivo op grond van het in het derde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

lid 5 Aan een opzegging of ontbinding van de verzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.

lid 6 Azivo heeft niet het recht de verzekering te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in artikel 7 lid 5 en na geconstateerde fraude als bedoeld in artikel 32 van deze overeenkomst

III. DEKKING

Artikel 6

lid 1 De verzekering omvat aanspraken op zorg en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekerings-plichtige.

lid 2 De verzekerde heeft aanspraak op verlening van zorg door een gecontracteerde zorgverlener (zorg in natura of gecontracteerde zorg). Daar waar in de polis wordt gesproken over aanspraken op zorg kan ook worden gelezen vergoeding van gemaakte kosten van zorg (restitutie) indien hij zich wendt tot een zorgverlener die geen overeenkomst met Azivo heeft, één en ander met inachtneming van de leden 3 tot en met 6.

lid 3 Indien de verzekerde kiest voor gecontracteerde zorg dient hij zich te wenden tot een door Azivo gecontracteerde zorgverlener. In dat geval vindt betaling rechtstreeks aan de zorgverlener plaats en ontvangt de verzekerde geen nota. Een eventuele eigen bijdrage wordt afzonderlijk in rekening gebracht. Het overzicht van de gecontracteerde zorgverleners is op te vragen bij Azivo en te vinden op de website (www.azivo.nl).

lid 4 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de verzekeraar gecontracteerde zorgverlener en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling binnen Nederland worden de werkelijk gemaakte kosten daarvan vergoed met een maximum van het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) vastgestelde (maximum-)tarief, tenzij anders is bepaald bij de betreffende zorgaanspraak.

Indien en voor zover er geen op basis van de WVG vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding plaats conform het in het Reglement Restitutie bepaalde.

In geen geval vindt vergoeding plaats boven het wettelijk vastgestelde maximumtarief of, indien dat niet bestaat, het in Nederland geldende marktconforme tarief. Het Reglement Restitutie maakt deel uit van deze verzekerings-overeenkomst.

lid 5 In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft wordt de toestemming tot het invoeren van niet-gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft de verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten met in achtneming van hierna genoemde. De verzekerde dient in dat geval Azivo zo spoedig mogelijk maar in ieder geval binnen 48 uur van deze situatie op de hoogte te stellen. In geen geval vindt vergoeding plaats boven het wettelijk vastgestelde maximumtarief of, indien dat niet bestaat, het in Nederland geldende marktconforme tarief.

lid 6 Indien de verzekerde kiest voor zorg in natura en de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door Azivo gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden vergoed.

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voor zover er geen op basis van de WVG vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgverlener, of in de nabijheid van de woonplaats van de verzekerde niet op kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert Azivo voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend, medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

lid 7 Het bepaalde in lid 3 tot en met 6 geldt onverminderd het verplicht eigen risico en het vrijwillig gekozen eigen risico.

lid 8 Indien en voor zover Azivo aan de zorgverlener meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande is gehouden, wordt de verzekerde geacht aan Azivo te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van Azivo van het door Azivo aan de zorgverlener te veel betaalde.

Lid 9 Voor het invoeren van extramurale zorg, dat wil zeggen zorg die niet gepaard gaat met verblijf of opname, is in principe geen voorafgaande toestemming vereist.

Voor het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen zorg die gepaard gaat met opname of verblijf, is altijd voorafgaande toestemming vereist, tenzij sprake is van acute zorg.

Artikel 7 Premie

lid 1 Krachtens de verzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

lid 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

lid 3 De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico en / of een eventuele collectiviteitskorting (zie premiebijlage). Zowel de korting wegens het gekozen eigen risico als de collectiviteitskorting worden direct op de premiegrondslag in mindering gebracht.

lid 4 Premiebetaling

a. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

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

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

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

lid 5 Schorsing

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

Indien Azivo maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke, buitengerechtelijke, incassokosten als administratiekosten, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Azivo zijn ontvangen.

Zodra de opschorting wordt opgeheven komen de kosten die de verzekerde gemaakt heeft in de opgeschorte periode niet met terugwerkende kracht voor vergoeding in aanmerking. Indien de verzekeringnemer niet binnen de gestelde termijn betaalt kan Azivo de betreffende verzekering beëindigen tegen de datum als genoemd in de laatste aanmaning.

lid 6 Detentie

De verzekering wordt van rechtswege opgeschort gedurende de periode dat een verzekerde gedetineerd is.

Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten derhalve weer.

Artikel 8 Herziening van de premie

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

lid 2 Indien een wijziging in de premie ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de verzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de premiewijziging ingaat en in ieder geval heeft de verzekeringnemer hiervoor 30 dagen nadat de wijziging hem is medegedeeld.

Artikel 9 Verplicht eigen risico

Lid 1 Het verplicht eigen risico bedraagt € 150 per kalenderjaar en geldt uitsluitend voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Als een verzekerde de leeftijd van achttien jaren bereikt, is hij vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt premieplichtig. Vanaf dat moment heeft de verzekerde ook een verplicht eigen risico. Het bedrag wordt jaarlijks geïndiceerd.

Lid 2 Voor de berekening van het eigen risico tellen de eigen betalingen die voor rekening van de verzekerde blijven niet mee voor het volmaken van het verplicht dan wel het vrijwillig eigen risico.

Lid 3 Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico, zoals bedoeld in artikel 10 van deze polis, betrokken.

Lid 4 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het verplicht eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de verzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

Lid 5 Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:

- de kosten van het gebruik van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- de kosten voor het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.
- de kosten van noodzakelijke zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten die plegen te bieden voor verzekerden jonger dan 22 jaar. Het verplicht eigen risico is voor hen wel van toepassing op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese.

lid 6 Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

lid 7 Nota's waarop het verplicht eigen risico van het onderhavige verzekeringsjaar in rekening moet worden gebracht, moeten voor 31 december van het volgende verzekeringsjaar door Azivo zijn ontvangen. Nota's die na deze datum door Azivo worden ontvangen tellen niet mee voor de berekening van het verplicht eigen risico tenzij de (te) late ontvangst van deze nota's is te wijten aan de verzekerde.

lid 8 Indien Azivo rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande verplicht eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. De verzekeringnemer wordt geacht daartoe aan Azivo een machtiging tot automatisch incasso af te geven ter hoogte van het bedrag van het verplicht eigen risico.

Artikel 10 Vrijwillig gekozen eigen risico

lid 1 Het vrijwillig gekozen eigen risico is ≥ 0 tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.

lid 2 Een verzekeringnemer kan voor de verzekerde van achttien jaar of ouder en/of voor zichzelf voor de verzekering een vrijwillig gekozen eigen risico van € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 eigen risico per kalenderjaar overeenkomen.

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

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

lid 4 Op het vrijwillig eigen risico zijn niet van toepassing:

- de kosten van het gebruik van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- de kosten voor het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.
- de kosten van noodzakelijke zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten die plegen te bieden voor verzekerden jonger dan 22 jaar. Het vrijwillig eigen risico is voor hen wel van toepassing op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese.

lid 5 Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 9 van deze polis, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.

Voor de berekening van het eigen risico tellen de eigen betalingen die voor rekening van de verzekerde blijven niet mee voor het volmaken van het verplicht dan wel het vrijwillig eigen risico.

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

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

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

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

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

Geneeskundige zorg

Artikel 11 Hulp door een huisarts

Aanspraak bestaat op geneeskundige hulp door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen BIG-geregistreerde arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als hulp plegen te bieden. [Onder de huisartsenhulp valt onder andere georganiseerde gestructureerde zorg voor patiënten met chronische aandoeningen zoals diabetes, astma, COPD en hartfalen.](#)

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

Artikel 12 Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

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

Dit geldt niet voor acute zorg. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing door de verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 23 van deze overeenkomst.

lid 2 a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen.

Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

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

2 b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

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

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

Indien en voor zover er geen op basis van de WMG vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief. Een overzicht van de

marktconforme tarieven per DBC uit het B-segment is op te vragen bij Azivo en te vinden op de website www.azivo.nl. De kosten van de overige 20% van het op basis van de WMG vastgestelde (maximum)tarief of marktconforme tarief zijn voor eigen rekening, tot een maximum van € 500,- per behandeling. In geval van spoedeisende zorg vindt een kostenvergoeding plaats van 100% van het op basis van de WMG vastgestelde (maximum)tarief of marktconforme tarief.

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

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

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

2 c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

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

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of 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 gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- de buikwand (het zogenaamde abdominoplastiek). Op het abdominoplastiek bestaat uitsluitend aanspraak indien er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooien of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid.

2 d. uitgesloten behandelingen

Geen aanspraak bestaat op - daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg - de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap.

Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dit is een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie.

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

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

Een IVF poging wordt geacht te zijn aangevangen als:

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

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

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

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

- Geen aanspraak bestaat op:

- behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie van de buik;

- het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen en vervangen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op circumcisie van de verzekerde (mannelijke besnijdenis).

Artikel 13 Verloskundige zorg en kraamzorg

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

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

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

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

Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op verloskundige zorg en kraamzorg. De eigen bijdrage voor de verloskundige hulp bedraagt in dit geval € 276,50.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 104,50 per dag te boven gaat.

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

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

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

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 104,50 per dag te boven gaat.

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

c. Bevalling en kraambed thuis

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

1. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de huisarts of verloskundige;
2. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
3. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende, gedurende ten hoogste 10 dagen, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraambureau op basis van het landelijk indicatie protocol kraamzorg en zondig in overleg met Azivo. Op deze aanspraak blijft een bedrag van € 3,70 per uur zorg, de wettelijke eigen bijdrage, voor rekening van de verzekerde.

d. Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 104,50 per dag te boven gaat.

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

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg zoals omschreven in lid d sub 3, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid c sub 3 genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

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

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

Overige medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Artikel 14 Revalidatie

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

lid 2 a. Aanspraak bestaat op revalidatie, doch uitsluitend indien en voor zover:

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

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).

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

Artikel 15 Orgaantransplantaties

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

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

Voorts vallen onder de aanspraak het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

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

Voorts kan de donor aanspraak maken op vervoer dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – indien en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige

donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeerde inkomsten.

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

Artikel 16 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse

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

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

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

- 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), alsmede 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 het tweede lid, onder c en d is voorafgaande toestemming van Azivo vereist.

Artikel 17 Mechanische beademing

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

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

- 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 18 Oncologische aandoeningen bij kinderen

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

Artikel 19 Trombosedienst

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

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

Artikel 20 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

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

lid 2 Aanspraak bestaat op centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een tot dat doel door Azivo gecontracteerd centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de 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.

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

Artikel 21 Audiologische zorg

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

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen 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 22 Paramedische zorg

lid 1 Paramedische zorg

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieet-advisering.

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

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

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

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

lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat – vanaf de tiende behandeling – de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage wordt desgevraagd toegezonden en is te raadplegen op www.azivo.nl

lid 3 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat tevens voor andere aandoeningen dan bedoeld in het tweede lid de eerste negen behandelingen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, manueel therapeut, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Indien er sprake is van een ontoereikend resultaat bestaat aanspraak op nog negen extra behandelingen op verwijzing van een arts.

lid 4 Ergotherapie

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar, op voorschrift van een arts of medisch specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

lid 5 Logopedie

Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van de (tand)arts of orthopedagoog door een logopedist, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

lid 6 Dieetadvisering

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een medisch doel, op verwijzing van een arts, medisch specialist of tandarts, gedurende maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 23 Mondzorg

lid 1 Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
- c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

lid 2 Onder zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.

lid 3 Orthodontische zorg is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak-, mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Vergoeding vindt alleen plaats als Azivo op een daartoe strekkend verzoek, voorzien van een begroting, vooraf toestemming heeft verleend. Toestemming wordt uitsluitend verleend aan een orthodontist.

lid 4 Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan 22 jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die zorg is aangewezen;
- 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, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg.

lid 5 Mondzorg omvat voor verzekerden van 22 jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c,

- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.

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

lid 6 De verzekerde van 22 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder a, onderscheidelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder b, tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.

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

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

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

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

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

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

lid 13 Gebitsprothese

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding in aanmerking een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.

Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed.

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

Toestemming:

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

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

Artikel 24 Farmaceutische zorg

lid 1 Farmaceutische zorg omvat de terhandstelling van:

- a. de door Azivo op basis van de ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 - 1^e: artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet;

- 2^e: 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^e: 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.

lid 2 De onder lid 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. Een en ander is nader uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg dat onderdeel uitmaakt van deze polis. Deze is tevens in te zien via www.azivo.nl.

Azivo heeft besloten voor haar verzekerd alle aangewezen geneesmiddelen aan te wijzen.

Tenzij Azivo nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgverlener, dienen de onder lid 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/apotheekhoudend huisarts.

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

Per voorschrift worden niet meer geneesmiddelen ter hand gesteld c.q. worden de kosten van terhandstelling slechts vergoed voor een periode van:

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

lid 3 Farmaceutische zorg omvat geen:

- a. Farmaceutische zorg bij 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 e, van de Geneesmiddelenwet.

lid 4 Het recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten bestaat alleen indien sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis of een dreigende ernstige ondervoeding door een chronisch obstructief longlijden, een cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand. Bij deze aandoeningen is er sprake van situaties waarbij de toediening van dieetpreparaten een essentieel onderdeel uitmaakt van adequate zorg en normale aangepaste voeding of dieetproducten niet volstaan.

Artikel 25 Hulpmiddelenzorg

lid 1 Aanspraak bestaat op verstrekking van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). Deze worden afgeleverd door een door Azivo tot dat doel gecontracteerde leverancier. In het Reglement Hulpmiddelen zijn de algemene voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Deze is tevens in te zien via www.azivo.nl.

lid 2 Daar waar Azivo dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel zijn voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

lid 3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

lid 4 De te verstrekken hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van Azivo.

lid 5 Aanspraak op verstrekking van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

lid 6 Hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling, en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder deze aanspraak maar onder die van de Ziekenhuisopname, zie artikel 12 lid 2 onder a van de azivo Modelpolis.

Evenmin vallen onder de aanspraak die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolgde de AWBZ.

lid 7 Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden die door de zorgverzekeraar in het betreffende reglement zijn opgenomen.

Artikel 26 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

lid 1 Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar vervoer, taxi of eigen auto.

lid 2 Ambulancevervoer

Aanspraak bestaat op medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, door een door Azivo tot dat doel gecontracteerde ambulancevervoerder, doch uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij Azivo toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

lid 3 De aanspraak omvat:

- a. 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;
- b. het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;
- c. 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.
- d. het vervoer naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen bedoeld zoals bedoeld in onderdeel a, b en c.

lid 4 Tot de aanspraak behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

lid 5 Zittend ziekenvervoer

Mits vooraf aangevraagd, bestaat aanspraak op vervoer per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in lid 3 van dit artikel, per door Azivo tot dat doel gecontracteerde taxivervoerder of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- a. de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorg-verlener bij wie, of instelling waarin, de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;

- d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie, of instelling waarin, de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.

Azivo kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt. Indien Azivo de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van ten hoogste 200 kilometer niet.

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

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

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

lid 9 Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 86,- per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,25 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

Lid 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. Het formulier is door de verzekerde via de website op te vragen : www.azivo.nl of telefonisch bij de afdeling informatie, telefoonnummer 070-4402400. Indien de verzekerde gebruik wenst te maken van openbaar vervoer of van de eigen auto, dient de verzekerde het ingevulde aanvraagformulier naar Azivo op te sturen. Indien de verzekerde gebruik wenst te maken van rolstoel- of taxivervoer, kan de verzekerde direct contact opnemen met de Azivo Zorgvervoercentrale, telefoonnummer 070-3110333.

Geestelijke Gezondheidszorg

Artikel 27 Begripsomschrijvingen GGZ

Azivo GGZ-tarieven: de tarieven die door of namens Azivo zijn overeengekomen met de verschillende GGZ-zorgaanbieders (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.

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

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.

Specialistische GGZ: Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

Dekking GGZ

Artikel 28 Eerstelijns psychologische zorg, niet-specialistische GGZ

Lid 1 a. Voor de eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ is een verwijzing nodig van de huisarts of bedrijfsarts. Dit geldt niet voor acute zorg.

b. 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 indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Lid 2 Aanspraak bestaat op eerstelijns psychologische zorg door een eerstelijnspsycholoog. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat

- a. de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;
- b. voor eerstelijnspsychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van EUR 10,- per zitting betaalt aan de eerste lijnspsycholoog.

Deze zorg omvat niet de specialistische zorg genoemd in artikel 29.

Lid 3 Indien de verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde eerste lijnspsycholoog, wordt per behandeling maximaal 80% van het van kracht zijnde Azivo GGZ tarief vergoed. Ook bij niet-gecontracteerde eerste-lijns psychologische zorg is de verzekerde de wettelijke eigen bijdrage verschuldigd aan de eerste-lijns psycholoog.

Artikel 29 Specialistische GGZ

Lid 1 a. voor de specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts. Dit geldt niet voor acute zorg.

b. 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 indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Lid 2 De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijnspsychologische zorg genoemd in artikel 28.

Lid 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 de 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.

Lid 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, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Indien de verzekerde zich wendt tot een niet-gecontracteerde psychiater, zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en/of toegelaten GGZ instelling, worden wordt per behandeling maximaal 80% van het van kracht zijnde Azivo GGZ tarief vergoed..

Lid 5 Voor een psychotherapeutische (waaronder ook psychoanalytische) behandeling geldt een eigen bijdrage. Deze wordt door of namens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (nader) bekend gemaakt. De actuele eigen bijdragen worden vermeld op www.azivo.nl.

De verzekerde is de eigen bijdrage verschuldigd aan de zorgaanbieder.

Persoonsgebonden budget GGZ

Artikel 30 – Algemeen

1. Een persoonsgebonden budget kan, op aanvraag, worden verstrekt voor geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychiatrische aandoening, tenzij deze zorg wordt verleend ten tijde

van verblijf als bedoeld in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering.

2. De verzekerde heeft recht op een persoonsgebonden budget indien Azivo hem schriftelijk een persoonsgebonden budget heeft toegekend.

3. Het recht op uitkering van een persoonsgebonden budget is mede onderworpen aan de voorwaarden en beperkingen die worden opgenomen in de beslissing van Azivo waarin het PGB is toegekend.

Artikel 30 A – Aanvraag persoonsgebonden budget GGZ

1. Een persoonsgebonden budget wordt toegekend indien, overeenkomstig het bepaalde in dit artikel, aannemelijk is gemaakt dat de verzekerde behoefte heeft aan de desbetreffende vorm van zorg.

2. De verzekerde moet een verwijzing overleggen van:

- a. een huisarts, of
- b. een psychiater

3. Indien het een jeugdige betreft als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg, kan ook een verwijzing worden overgelegd van een stichting als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg respectievelijk een arts of andere behandelaar.

4. Voorts moet een behandelplan van de hand van de beoogde zorgaanbieder worden overgelegd, dat de volgende gegevens bevat:

- a. naam, adres en geboortedatum van de verzekerde;
- b. de indicatie voor zorg;
- c. de aard, inhoud en duur van de beoogde zorg;
- d. naam, adres en kwalificatie van de beoogde zorgaanbieder;
- e. als het gaat om een prestatie waarvoor een DBC is vastgesteld: de toepasselijke DBC.

5. Bij de aanvraag om een persoonsgebonden budget moet worden vermeld of:

- a. aan de verzekerde reeds anders dan op grond van een persoonsgebonden budget ten laste van de zorgverzekering zorg wordt verleend voor de aandoening waarvoor het persoonsgebonden budget wordt aangevraagd;
- b. hem voor de behandeling van dezelfde aandoening reeds een persoonsgebonden budget is toegekend.

6. De verzekerde is verplicht desgevraagd nadere informatie te verstrekken of zijn behandelaar te machtigen nadere informatie te verstrekken aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

Artikel 30 B – Toekenning persoonsgebonden budget GGZ

1. Een persoonsgebonden budget kan worden toegekend voor zorg, te verlenen door een van de volgende zorgaanbieders:

- a. een als psychiatrisch ziekenhuis toegelaten instelling;
- b. een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis;
- c. een RIAGG;
- d. een vrijgevestigd psychiater of zenuwarts;
- e. een klinisch psycholoog;
- f. een psychotherapeut;
- g. een eerste-lijns psycholoog.

2. Onverminderd het hiervoor bepaalde wordt een persoonsgebonden budget niet toegekend:

- a. aan de verzekerde aan wie reeds anders dan op grond van een persoonsgebonden budget ten laste van de zorgverzekering zorg wordt verleend voor de aandoening waarvoor het persoonsgebonden budget wordt aangevraagd;
- b. voor zorg waarvoor reeds een persoonsgebonden budget is toegekend;
- c. voor zorg, te verlenen door een niet daartoe door de modelpolis aangewezen zorgaanbieder (artikel 28 en artikel 29 Modelpolis Azivo);
- d. voor een behandeling waarmee een aanvang is gemaakt voordat Azivo een beslissing op de aanvraag om een persoonsgebonden budget heeft genomen.

3. Een verzekerde die op 31 december 2007 aanspraak had op een persoonsgebonden budget op grond van de AWBZ, behoudt die aanspraak ten hoogste tot en met 31 december 2008. Dit geldt uitsluitend voor de duur van de indicatie, op grond waarvan het budget ingevolge de AWBZ is toegekend. De voorwaarden van de overige leden zijn van overeenkomstige toepassing.

4 De verzekerde moet zorgdragen voor een schriftelijke behandelovereenkomst met de zorgverlener.

Artikel 30 C – Hoogte van het persoonsgebonden budget GGZ

1. Het persoonsgebonden budget bedraagt, indien de zorg wordt geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, maximaal 100% van de kosten van de zorg waarvoor het is toegekend, verminderd

met, indien en voorzover van toepassing, een eventueel geldende eigen bijdrage voor de zorg of dienst.

2. Als kosten van zorg worden in aanmerking genomen de werkelijke kosten, echter ten hoogste de kosten die overeenkomen met de Azivo GGZ-tarieven.

3. Het uit te keren percentage bedraagt 80% van de in lid 2 van dit artikel vastgestelde kosten indien de verzekerde zich wendt tot een niet door Azivo gecontracteerde of in dienst genomen zorgaanbieder, verminderd met, indien en voorzover van toepassing, een eventueel geldende eigen bijdrage voor de zorg of dienst.;

Artikel 30 D – Uitkering van het persoonsgebonden budget GGZ

1. De verzekerde heeft recht op uitkering van het persoonsgebonden budget onder de voorwaarde dat:

- a. aan de verzekerde de zorg is verleend waarvoor het persoonsgebonden budget is toegekend,
- b. de zorgaanbieder de kosten van deze zorg aan de verzekerde in rekening heeft gebracht, en
- c. Azivo de nota voor de kosten van zorg heeft ontvangen.

2. Uitkering van het persoonsgebonden budget vindt plaats door betaling van de kosten van zorg, tot het onder 30 C omschreven maximum, door Azivo aan de zorgaanbieder.

3. Azivo doet van deze (gedeeltelijke) uitkering van het persoonsgebonden budget schriftelijk mededeling aan de verzekerde.

4. De verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat de door of namens de zorgverlener ondertekende declaratie gespecificeerd is. De betreffende declaratie dient te bevatten: aard van de behandeling, datum behandeling, duur van de behandeling, gedeclareerde bedrag, het uurtarief, het sofi-nummer en de naam en het adres van de zorgverlener.

5. De verzekerde dient overeenkomsten met de door hem gecontracteerde zorgverlener en de declaraties van de betreffende zorgverlener gedurende een periode van vijf jaar te bewaren. Indien Azivo naar betreffende gegevens informeert, dient de verzekerde deze te kunnen overleggen.

6. De verzekerde moet bij de verantwoording na afloop van het persoonsgebonden budget een overzicht aan Azivo verstrekken met de namen, adressen en sofi-nummers van de ingeschakelde zorgverleners.

7. Azivo mag het persoonsgebonden budget intrekken als de verzekerde geen adequate administratie voert en / of niet juist en tijdig verantwoording aflegt van de gemaakte kosten conform het bepaalde in lid 4, 5 en 6. Azivo zal wel continuïteit van de zorg moeten organiseren.

Artikel 31 Buitenland

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

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

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

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

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

lid 5 In alle gevallen geldt dat voor het inroepen van intramurale zorg, dat wil zeggen zorg gepaard gaand met verblijf of opname, voorafgaande toestemming van Azivo is vereist, tenzij sprake is van medisch noodzakelijke zorg, dat wil zeggen zorg, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

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

Artikel 32 Uitsluitingen

lid 1 Geen aanspraak bestaat op:

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

lid 2 De verzekerde kan zich bij een aanspraak op zorg niet beroepen op mondelinge c.q. telefonische toezeggingen van Azivo, tenzij deze aan de verzekerde schriftelijk zijn bevestigd.

lid 3 Geen dekking wordt verleend indien de schade is veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf.

lid 4 Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura uitvaartverzekeraars waarop de Wet financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

lid 5 In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in lid 3 van dit artikel, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

Artikel 33 Algemeen

lid 1 Aanspraak op andere zorg dan in de polis omschreven

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

lid 2 Opname in een andere dan de verzekerde klasse

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

lid 3 Begin en einde van de aanspraak

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

lid 4 Registratie van persoonsgegevens

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

lid 5 Verwerking van medische gegevens

De verwerking van medische gegevens vindt separaat plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur, waarbij een geheimhoudingsplicht geldt. Deze medische gegevens worden uitsluitend gebruikt voor het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en het leveren van de overeengekomen dienst(en) ten behoeve waarvan de medische gegevens zijn aangeleverd.

Medische gegevens worden alleen aan anderen binnen het bedrijf verstrekt indien zij de gegevens voor de uitvoering van hun werkzaamheden nodig hebben. Op deze andere personen rust in een dergelijk geval dezelfde geheimhoudingsplicht als op de medisch adviseur uit hoofde van zijn medisch beroepsgeheim.

lid 6 Machtiging

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

lid 7 Niet-gecontracteerde zorg

Indien de verzekerde kiest voor zorg verleend door een niet gecontracteerde zorgverlener is de verzekerde zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van zijn nota aan de niet-gecontracteerde zorgverlener.

lid 8 Declaraties

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

V VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE

Artikel 34 Aansprakelijkheid van derden

lid 1 Wanneer bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel, een derde is betrokken, dient hiervan zo spoedig mogelijk door of namens de verzekerde melding te worden gemaakt bij Azivo en aangifte te worden gedaan bij de bevoegde politie-instantie. Van aangifte bij de bevoegde politie-instantie kan – zo mogelijk na overleg met Azivo – worden afgezien als deze aangifte het verhaal door Azivo van de ziektekosten op die derde, niet vergemakkelijkt.

lid 2 De verzekerde verleent zijn medewerking aan Azivo om de schade op de derde te verhalen. Ook verstrekt de verzekerde aan Azivo kosteloos alle informatie die voor het verhalen van de schade nodig is.

lid 3 Voordat de verzekerde voor zijn eigen schade een regeling treft met de aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij, neemt hij contact op met Azivo. Alleen met uitdrukkelijke toestemming van Azivo kan de verzekerde een dergelijke regeling treffen.

lid 4 Als de verzekerde zich niet houdt aan voorgaande afspraken dan is de verzekerde tegenover Azivo gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van Azivo veroorzaakte schade.

Artikel 35 Verplichtingen

lid 1 De verzekeringsnemer of verzekerde is verplicht

- a. bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- b. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de medisch-adviseur hierom vraagt;
- c. aan Azivo, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste relevante informatie met inachtneming van privacyregelgeving die voor een goede uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst nodig is;
- d. binnen een maand Azivo aanvang en beëindiging van detentie te melden in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en de premieplicht tijdens de duur van de detentie;
- e. zijn verzekeringspas niet meer te gebruiken na beëindiging van de verzekering;
- f. bij beëindiging van de verzekering de naam van de nieuwe zorgverzekeraar te melden voor een correcte afwikkeling van de verzekering.

lid 2 In voorkomende gevallen de originele nota's binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij Azivo in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de declaratiedatum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de declaratie betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van kracht is.

lid 3 Azivo is niet gehouden tot vergoeding van enige kosten indien de verzekerde de in lid 1 en lid 2 genoemde verplichtingen niet nakomt en de belangen van Azivo daardoor zijn geschaad.

V OVERIGE VOORWAARDEN

Artikel 36 Onwaarachtige weergave van feiten

lid 1 Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van de ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

lid 2 Azivo heeft de bevoegdheid alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken bij verzekeringnemer terug te vorderen.

lid 3 Azivo heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.

lid 4 Azivo kan de registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen alsmede het terugvorderen van de uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks)kosten.

Artikel 37 Onrechtmatige inschrijving

lid 1 Indien ten behoeve van een verzekerde een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen (of niet langer) verzekeringsplicht bestaat.

lid 2 Azivo zal de premie die de verzekerde vanaf de dag dat zijn verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door hem sindsdien voor zijn rekening genoten zorg en het saldo aan de verzekerde uitbetalen dan wel bij hem in rekening brengen.

Artikel 38 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

lid 1 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen 14 dagen aan Azivo schriftelijk kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte en overlijden en dergelijke. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

lid 2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een minderjarige verzekerde

Azivo benadert de minderjarige verzekerde tenminste vier weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig gekozen eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan Azivo kenbaar maakt binnen de genoemde termijn van zes weken wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder vrijwillig gekozen eigen risico.

Artikel 39 Geschillen

lid 1 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

lid 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door Azivo, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing of over door Azivo gehanteerde formulieren, kan hij Azivo verzoeken deze beslissing te heroverwegen.

lid 3 Azivo streeft ernaar een verzoek tot heroverweging binnen 5 weken af te handelen. Indien de verzekerde niet met het resultaat van de heroverweging kan instemmen, kan hij zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering, Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.

lid 4 In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de bevoegde rechter.

lid 5 In afwijking van de twee voorgaande leden kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist.

lid 6 Consumenten, zorgaanbieders, en ziektekostenverzekeraars kunnen beklag indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over door Azivo gehanteerde formulieren. Een dergelijk beklag heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit strekt de zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar en consument tot bindend advies.

Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit (www.nza.nl) is aangegeven waar en op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

lid 7 Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Azivo gevoerde persoonsregistratie.

Premiebijlage

Premie basisverzekering Azivo 2008

Grondslag van de premie De grondslag van de premie (genoemd in artikel 7 lid 3) bedraagt ₣

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

Eigen risico per jaar

Korting per jaar

Korting per maand

Termijn

Korting

Per kwartaal

0,5 %

Per halfjaar

1,25 %

Per jaar

3,0 %

26 ZORGVERZEKERAAR AZIVO

Reglement Restitutie

1. Toepassingsbereik

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

2. Algemene bepalingen

2.1 De werkelijk gemaakte kosten voor zorg die is verleend in Nederland, worden vergoed tot ten hoogste het op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) vastgestelde (maximum)tarief. Indien en voorzover er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van gemaakte kosten voor zorg plaats tot ten hoogste het in Nederland geldende marktconforme tarief.

Heeft de zorgverlening in het buitenland plaatsgevonden dan worden de werkelijk gemaakte kosten voor zorg tot ten hoogste het buitenlandse marktconforme tarief vergoed mits dit tarief niet boven een in Nederland vastgesteld WVG-tarief uitkomt.

De behandelingen waarvoor een op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat en de betreffende tarieven, 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.

Indien er verschillende restitutie-vergoedingen van toepassing kunnen zijn, geldt in alle gevallen de laagste vergoeding.

2.2. In uitzondering op het bepaalde in artikel 2.1 geldt voor nota's voor niet klinische medisch-specialistische zorg dat de werkelijk gemaakte kosten daarvan worden vergoed tot maximaal 80% van het vigerende op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) vastgestelde (maximum-) tarief of maximaal 80% van het Nederlandse of buitenlandse marktconforme tarief.

2.3. In uitzondering op het bepaalde in artikel 2.1 geldt voor nota's voor eerstelijnszorg psychologische zorg, zorg in een psychiatrisch ziekenhuis, of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, zorg door een psychiater, zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en/of toegelaten GGZ instelling, worden de werkelijk gemaakte kosten daarvan vergoed tot maximaal 80% het van toepassing zijnde Azivo GGZ-tarief of maximaal 80% van het Nederlandse of buitenlandse marktconforme tarief.

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 nagegaan tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden.

2.5 De verzekerde is zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota van de zorgverlener.

3. Paramedische zorg

3.1 Indien een verzekerde aanspraak kan maken op paramedische zorg, is vanaf de leeftijd van 18 jaar en ouder, per indicatie vanaf de tiende zitting een machtiging noodzakelijk. Dit is niet van toepassing wanneer de zorg verstrekt wordt door een therapeut met een overeenkomst met Azivo. Verzekerden jonger dan 18 jaar kunnen bij een indicatie voor oefen- en (kinder)fysiotherapie zonder machtiging gebruik maken van paramedische zorg voor de eerste achttien behandelingen. Vanaf de negentiende zitting dient een machtiging aangevraagd te worden.

3.2 In aanvulling op het in artikel 2.4 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.

4. Hulpmiddelenzorg

4.1 Voor hulpmiddelen waarop de verzekerde ingevolge de Azivo Modelpolis aanspraak heeft die worden geleverd door een zorgverlener waarmee Azivo hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt Azivo op restitutiebasis maximaal het marktconforme bedrag.

4.2 Voor hulpmiddelen waarvoor door de zorgverzekeraar een bedrag is gerestitueerd gelden dezelfde gebruikstermijnen als welke gelden bij een verschaffing als zorg in natura. Indien aan de

verzekerde een bedrag is gerestitueerd voor een hulpmiddel waarvan achteraf blijkt dat dit hulpmiddel voor de verzekerde niet doelmatig of niet adequaat is, heeft de verzekerde binnen de geldende gebruikstermijnen, geen recht meer op verschaffing van zorg in natura of op vergoeding op basis van restitutie van een zelfde of een soortgelijk hulpmiddel, tenzij er sprake is van een wijziging van de functionele beperking van de verzekerde.

4.3 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.

4.4 Het hulpmiddel dient geleverd te worden door een erkende en/of gecertificeerde leverancier.

5. Zittend ziekenvervoer

5.1 Zittend ziekenvervoer dient altijd vooraf te worden aangevraagd bij Zorgverzekeraar Azivo.

5.2 De nota dient vergezeld te gaan van een afsprakenkaart waaruit duidelijk blijkt waar het ziekenvervoer betrekking op heeft gehad.

6. Farmaceutische zorg

6.1 De vergoeding van een geleverd generiek geneesmiddel bedraagt 100 procent van het in rekening gebrachte bedrag, maar niet meer dan 4% boven het op één na goedkoopste generieke geneesmiddel uit het cluster waartoe het geneesmiddel behoort. Een specialité heeft een merknaam, het generiek daarentegen wordt onder de naam van de werkzame stof op de markt gebracht.

6.2 Medicijnen worden alleen vergoed, wanneer u een voorschrift van een huisarts, tandarts of specialist hebt.

Bij de declaratie van medicijnen die zijn afgeleverd in het buitenland moeten de volgende stukken worden meegestuurd: voorschrift van de arts (opgesteld in het Nederlands, Engels, Duits of Frans of een officiële vertaling daarvan) met daarop het stempel van de arts en de apotheek en de rekening van de apotheek. Voor in Marokko afgeleverde medicijnen geldt dat ook de vignetten/bijsluiters van de medicijnen moeten worden meegestuurd.

Reglement Hulpmiddelen

Reglement Hulpmiddelen Zorgverzekeraar AZIVO

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 laatstelijke gewijzigd op 13 oktober 2005, Staatscourant 2005 nr. 203.

Reglement: Het reglement hulpmiddelen van de onderlinge waarborgmaatschappij Azivo u.a. verder te noemen Azivo. Dit reglement is onderdeel van de Azivo polisvoorwaarden.

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:
- een offerte van een leverancier, tenzij uit dit reglement anders blijkt of met een leverancier anders is overeengekomen;
 - een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts, behandelend medisch specialist of audiologisch centrum of;
 - een schriftelijke toelichting van een arts of schriftelijk advies van een ergotherapeut, daar waar dit in het reglement is genoemd.
- 2.2 Azivo verleent alleen toestemming voor de verstrekking van een aangevraagd hulpmiddel indien wordt voldaan aan de in de Regeling zorgverzekering genoemde indicatievereisten voor dat hulpmiddel.
- 2.3 Azivo kan ten aanzien van het verbruik of gebruik op de machtiging het aantal materialen vermelden waarop aanspraak bestaat.
- 2.4 Indien 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 en een gespecificeerde prijsopgave, tijdig en vooraf bij Azivo in te dienen.
- 2.5 Azivo verleent geen toestemming indien de aanschaf, vervanging, correctie, herstel dan wel bruikleen van een hulpmiddel redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd, dan wel niet doelmatig is. Azivo deelt zijn beslissing schriftelijk mee aan de verzekerde.
- 2.6 Indien 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.
- 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 indien het hulpmiddel uitsluitend is bestemd voor het gebruik op de werkplek of ten behoeve van onderwijsvoorzieningen. De kosten van deze hulpmiddelen komen krachtens (andere) wettelijke regelgeving voor vergoeding in aanmerking.
- 2.9 Ongeacht het bepaalde in paragraaf 5 van dit reglement kan Azivo te allen tijde besluiten een hulpmiddel in bruikleen te verstrekken.

3. Algemene bepalingen

- 3.1 De wetgever heeft in de Regeling in het algemeen bepaald welke medische hulpmiddelen op grond van de Zorgverzekeringswet voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. Van belang daarbij is artikel 2.1 Besluit zorgverzekering.
- 3.2 Indien het een hulpmiddel betreft waarvoor geen voorafgaande toestemming van Azivo nodig is, kunt u met het voorschrift direct naar de leverancier. In de lijst van hulpmiddelen in dit reglement kunt u per hulpmiddel zien of er wel of geen voorafgaande toestemming van Azivo nodig is.
- 3.3 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 onze internetsite www.azivo.nl vindt u een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgverleners.

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 het marktconforme bedrag. Indien u een hulpmiddel dat in bruikleen wordt verschaft, betreft van een niet-gecontracteerde leverancier, vindt een vergoeding plaats tot ten hoogste de kosten van het hulpmiddel die 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. Indien 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.

- 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. Vervanging binnen de in dit reglement gestelde termijnen is derhalve mogelijk. In dat geval dient de aanvraag voor vervanging aan dezelfde eisen te voldoen als de aanvraag voor een eerste verschaffing van het hulpmiddel, terwijl bovendien uit de aanvraag moet blijken dat er geen sprake meer is van een adequaat functionerend hulpmiddel. Technologische vernieuwingen zijn geen reden voor vervanging van hulpmiddelen.
- 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: indien de aanspraak op enig in deze regeling genoemd middel of de hoogte van de door de verzekerde verschuldigde bijdrage afhankelijk is gesteld van de leeftijd van de verzekerde, wordt diens leeftijd telkens beoordeeld naar het moment waarop de verzekerde zich wendt tot de leverancier, indien geen toestemming is vereist, naar het moment van verschaffing.

- 3.7 Bekendheid met voorziening: indien in dit reglement bekendheid met de voorziening wordt vereist, dient uit een verklaring van de behandelend specialist te blijken dat verzekerde bekend is met de toepassing van de voorziening en een verbetering niet op eenvoudiger wijze is te verkrijgen.
- 3.8 Toerekenbare schade: de verzekerde is gehouden het hem in eigendom verschaft middel goed te verzorgen. Indien door toerekenbare onachtzaamheid van de verzekerde schade aan of verlies van het hulpmiddel ontstaat, en voor dat middel een gebruikstermijn in deze bepalingen is opgenomen, bestaat er géén aanspraak op vervanging, wijziging of herstel van het middel binnen deze termijn. Een verzoek tot vervanging dient door de verzekerde te worden gemotiveerd.
- 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.

4. Specifieke bepalingen per hulpmiddel

- 4.1 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel a en omschreven in artikel 2.8 van de Regeling, omvatten:
- a. prothesen voor schouder, arm of hand;
 - b. algemeen gangbare hulp- en aanzetstukken voor armprothesen;
 - c. prothesen voor been of voet;
 - d. een oplaadinrichting en batterijen, indien de prothese voor schouder, arm of hand in bekrachtigde uitvoering is.
- 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 een 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.
- 4.2 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel b en omschreven in artikel 2.9 van de Regeling omvatten:
- a. de gebruiksklaar verkrijgbare mammaprothesen voor uitwendige toepassing ter vervanging van een geheel of nagenoeg geheel ontbrekende borstklier;
 - b. ten behoeve van een verzekerde afzonderlijk vervaardigde mammaprothese indien het gebruik van gebruiksklaar verkrijgbare mammaprothesen niet mogelijk of redelijkerwijs niet verantwoord is.

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

- Bij de aanvraag voor verschaffing van een mammaprothese voor uitwendige toepassing is een schriftelijke toelichting van een behandelend arts vereist.
- Mammaprothesen worden niet eerder vervangen dan 1 jaar na de verstrekking.
- Deze hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.

- 4.3 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel c en omschreven in artikel 2.10, van de Regeling omvatten ten behoeve van de verzekerde afzonderlijk vervaardigde prothesen ter bedekking van het gelaat of een gedeelte ervan, neus en oorschelpen daarbij inbegrepen.

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

- Bij de aanvraag voor de verschaffing of wijziging van een gelaatsprothese is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.

- 4.4 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel d en omschreven in artikel 2.11 van de Regeling omvatten:

- a. volledige oogprothesen bij het ontbreken van de oogbol;
 - b. scleraschalen;
 - c. scleralenzen, al dan niet voorzien van een ingekleurde iris en pupil en al dan niet met visuscorrectie, bij een ernstig misvormd oog of na traumatische veranderingen van een oog.
- Hierbij gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden van het Reglement:
- Bij de aanvraag voor verschaffing, wijziging of herstel van een oogprothese is een schriftelijke toelichting van een oogarts vereist.
 - Deze hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt.
 - Gebruikstermijn van een oogprothese is 2 jaar, van een scleraschaal en lens 1 jaar.
 - Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.

- 4.5 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel e en omschreven in artikel 2.12 van de Regeling, omvatten

1.:

- a. korsetten voor afwijkingen aan de wervelkolom;
- b. orthopedische beugelapparatuur;
- c. 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 indien 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;
- d. kappen ter bescherming van de schedel indien er sprake is van een schedeldefect of indien door frequente evenwichts- of bewustzijnsstoornissen grote kans op vallen bestaat;
- e. tracheacanules;
- f. stemprothesen of spraakversterkers, al dan niet gecombineerd;
- g. breukbanden;
- h. orthopedisch schoeisel en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 1, van deze regeling, en de verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met confectieschoenen, te weten:
 - 1°. volledig individueel vervaardigd orthopedisch maatschoeisel, indien 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.

- 2.: Onder langdurig gebruik, bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, valt niet preventief gebruik in verband met het beoefenen van sport.
- 3.: De verzekerde betaalt voor hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel h, subonderdelen 1 en 3:
- indien hij zestien jaar of ouder is, een eigen bijdrage van € 115 per paar;
 - indien hij jonger is dan zestien jaar, een eigen bijdrage van € 57,50 per paar.

Onderdeel 1 van Bijlage 3

Zorginhoudelijke criteria voor orthopedisch schoeisel zijn:

- ontbreken van delen van de voet, waarop, bij gaan en staan, gesteund wordt;
- ernstige objectiveerbare anatomische afwijkingen en functiestoornissen van de voet bestaande uit:
 - afwijkingen van de asstand in bovenste of onderste spronggewricht of andere steunende voetgewrichten;
 - afwijkingen van de lengte-breedte-verhouding, onder meer ten gevolge van arthrosis of arthritis;
- afwijkingen ten gevolge van sensibiliteits- of circulatiestoornissen;
- functioneel of anatomisch beenlengteverschil van vier cm of meer;
- het dragen van bijzondere typen beugels of binnenschoenen, waardoor een afwijkende voetvorm of functie ontstaat als aangegeven onder b of c;
- bijzondere individuele zorgvragen.

Voor orthesen voor de romp, arm, been, voet, hoofd of hals als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub e en artikel 2.12 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden van het Reglement:

- 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 beugelapparaat en versterkte spalk-, redressie-, of correctieapparaat voor langdurig gebruik kan met een schriftelijke toelichting van een arts worden volstaan.
- Bij de aanvraag voor verschaffing of wijziging van een breukband is een schriftelijke toelichting van een arts vereist.
- Verzekerde heeft alleen aanspraak op een individueel aangemeten hulpmiddel indien uit de schriftelijke toelichting blijkt dat een confectie-uitvoering niet doelmatig is.
- Korsetten, orthopedisch beugelapparaat en versterkte spalk-, redressie-, of correctieapparaat worden niet eerder vervangen dan twee jaar na de verstrekking.
- Breukbanden worden niet eerder vervangen dan één jaar na de verstrekking.
- Stabeugels (staplanken, statafels of sta-units) alsmede dynamische ligorthesen worden in bruikleen verstrekt.
- Deze hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde de hulpmiddelen betreft van een gecontracteerde leverancier en / of deze in bruikleen worden gegeven.

In afwijking van het bovenstaande gelden voor orthopedisch schoeisel en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen als bedoeld in artikel 2.12 lid 1 sub h 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.
- Bij vervanging van (semi-)orthopedisch schoeisel of van een orthopedische voorziening aan een confectieschoen is geen schriftelijke toelichting van een arts vereist.

- (Semi-)orthopedisch schoeisel wordt bij een verzekerde van 16 jaar of ouder niet eerder vervangen dan na 12 maanden na de verstrekking en bij een verzekerde jonger dan 16 jaar niet eerder dan zes maanden na de verstrekking.
- Aanspraak op verschaffing van orthopedische voorzieningen aan een confectieschoen bestaat niet meer dan vier maal per jaar.
- De verzekerde, ouder dan 16 jaar, heeft één maal per drie jaar aanspraak op een extra paar (semi-)orthopedische schoenen.
- het hulpmiddel orthopedisch schoeisel kent voor verzekerden tot 16 jaar een eigen bijdrage van € 57,50 per paar. Voor verzekerden vanaf 16 jaar geldt een eigen bijdrage van € 115,- per paar.
Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.

4.6 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel f en omschreven in artikel 2.13 van de Regeling omvatten:

- a. brillenglazen, waaronder filterglazen met of zonder visuscorrigerende werking, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 2, van deze regeling en de aanschaf plaatsvindt binnen twaalf maanden na een eerdere aanschaf van dit hulpmiddel;
- b. contactlenzen, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 2, van deze regeling en de aanschaf plaatsvindt binnen twaalf maanden na een eerdere aanschaf van dit hulpmiddel;
- c. bandagelenzen zonder visuscorrigerende werking voor zover van andere therapieën geen resultaat is verkregen of te verwachten is en voldaan is aan één van de zorginhoudelijke criteria als bedoeld in bijlage 3, onderdeel 3, van deze regeling;
- d. bijzondere optische hulpmiddelen, bestemd voor rechtstreekse waarneming, met inbegrip van montuur, statief of verlichting, indien deze met het hulpmiddel één geheel vormen en de verzekerde een dusdanig verlies van gezichtsvermogen heeft dat redelijkerwijs niet kan worden volstaan met een middel als bedoeld in onderdeel a of b.

Onderdeel 2 bijlage 3

Zorginhoudelijke criteria voor vervanging van brillenglazen, waaronder filterglazen met of zonder visuscorrigerende werking, en contactlenzen zijn:

- a. hoornvliesonregelmatigheden ten gevolge van keratoconus dan wel ten gevolge van littekens na hoornvliestransplantatie, na ontstekingen van de cornea zoals bijvoorbeeld herpes of na cornea perforatie;
- b. sterke graden van brekingsafwijkingen als regel van meer dan 10 dioptrieën;
- c. bijzondere individuele zorgvragen.

Onderdeel 3 bijlage 3.

Zorginhoudelijke criteria voor bandagelenzen zonder visuscorrigerende werking zijn:

- a. keratitis sicca en pemphigoid;
- b. keratitis bullosa;
- c. indolente cornea-ulceraties;
- d. cornea-etsingen;
- e. keratitis-neuroparalytica;
- f. cornea-dystrophieën;
- g. status na cornea-operaties en cornea-traumata;
- h. bijzondere individuele zorgvragen.

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

- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing 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 vereist.
- De bijzondere optische hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.13 lid d van de regeling, in dit Reglement opgenomen onder artikel 5.6 sub d, worden in bruikleen verstrekt. Op de

toelichting van een oogarts moet de visus vermeld worden en het specifieke doel waarvoor het hulpmiddel dient.

- 4.7 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel g, en omschreven in artikel 2.14 omvatten:
1.
 - a. electro-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 verschaffing en vervanging van oorstukjes, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 4, van de Regeling;
 - b. 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, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 5, van de Regeling;
 - c. een maskeerder ter behandeling van ernstig oorsuizen alsmede verschaffing en vervanging van oorstukjes.
 2. Als een bijzondere uitvoering van een elektro-akoestisch hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, wordt beschouwd:
 - a. een cros-uitvoering;
 - b. een bicros-uitvoering;
 - c. een beengeleider-uitvoering;
 - d. een uitvoering met één ingebouwde microfoon en twee aansluitingen;
 - e. een uitvoering met één uitwendige microfoon en één aansluiting;
 - f. een uitvoering met één ingebouwde microfoon, één uitwendige microfoon en één aansluiting.
 3. Indien de aanschaffingskosten van een hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, hoger zijn dan € 476 én een toestel voor de eerste keer wordt verstrekt, dan wel korter dan zes jaar geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde van zestien jaar of ouder een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag.
 4. Indien de aanschaffingskosten van een hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, hoger zijn dan € 566,50 en een toestel langer dan zes, maar korter dan zeven jaar geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde van zestien jaar of ouder een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag.
 5. Indien de aanschaffingskosten van een hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, hoger zijn dan € 657,50 en een toestel zeven 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 zestien jaar geldt de gebruiksduur van zeven jaar of langer geleden niet.
 6. Indien sprake is van een hoortoestel in cros-, bicros- of beengeleideruitvoering, opgenomen in een brilmontuur, wordt het bedrag, genoemd in het derde, vierde en vijfde lid, vermeerderd met € 61,50.

Bijlage 3, onderdeel 4:

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 spraakverstaanvaardigheid 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.

Bijlage 3, onderdeel 5.

Zorginhoudelijke criteria voor ringleidingen, infrarood-apparatuur en FM-apparatuur voor geluidsoverdracht zijn:

- a. indien 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
- b. indien 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.

Hierbij gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden van het reglement

- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing, wijziging of herstel van een gehoorhulpmiddel is een schriftelijke toelichting van een KNO-arts of een audiologisch centrum noodzakelijk. Hierbij dient te zijn opgenomen een volledig toonaudiogram (luchtgeleiding en beengeleiding) en een spraakaudiogram.
- Toestemming wordt slechts verleend indien uit een schriftelijke verklaring van een audiologisch centrum of KNO-arts blijkt dat een proefperiode succesvol is verlopen en dat er sprake is van adequaat gebruik.
- Azivo kan bij zijn toestemming aangeven op welk soort of type gehoorhulpmiddel de verzekerde aanspraak heeft.
- Het gehoorhulpmiddel wordt niet eerder vervangen dan na vijf jaar na de verstrekking.
- Voor hoortoestellen geldt bovendien dat:
 - a. Toestemming voor verschaffing of wijziging van hoortoestellen in cros-, bicos- of beengeleideruitvoering dan wel opgenomen in een brilmontuur slechts wordt verleend indien deze uitvoering het behoud, het herstel of de bevordering van de arbeidsgeschiktheid of verbetering van leefomstandigheden van verzekerde het gebruik van een hoortoestel in een ander model redelijkerwijs niet toelaat.
 - b. Oorstukjes niet eerder worden vervangen dan na 24 maanden na de verstrekking, tenzij verzekerde jonger is dan 16 jaar. In dat geval worden oorstukjes niet eerder vervangen dan na zes maanden na de verstrekking.
 - c. Voor maskeerders geldt bovendien dat oorstukjes niet eerder worden vervangen dan na 24 maanden na de verstrekking, tenzij verzekerde jonger is dan 16 jaar. In dat geval worden oorstukjes niet eerder vervangen dan na zes maanden na de verstrekking.
- Deze hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
- Dit hulpmiddel kent een maximale vergoeding voor verzekerden tot 16 jaar van € 657,50. Voor verzekerden vanaf 16 jaar geldt een maximale vergoeding die afhankelijk is van de gebruikstijd.
Bij de eerste aanschaf is deze € 476,-. Bij een vervolgaanschaf na 5 jaar is deze € 476,- na 6 jaar € 566,50 en na 7 jaar € 657,50. Is het hoortoestel opgenomen in een brilmontuur dan wordt het te vergoeden bedrag vermeerderd met € 61,50.
- maximale vergoeding van een maskeerder bedraagt 467 euro en de gebruikstermijn is vijf jaar
- gebruikstermijn voor Fm en infrarood apparatuur bedraagt 5 jaar.
- Voorafgaande toestemming is vereist.

4.8 Hulpmiddelen als bedoeld artikel 2.6 lid 1 sub h en omschreven in artikel 2.15 van de regeling, omvatten:

- 1
 - a. urine-opvangzakken met de noodzakelijke hulpstukken ter bevestiging aan het been of bed;
 - b. voorzieningen voor stomapatiënten, te weten:
 - 1°. systemen ter bevestiging op een stoma voor de opvang van faeces of urine, bestaande uit opvangzakjes en kleefplaten, daarbij benodigde hulp- en verbindingstukken, opvulmaterialen, reinigungs-gaasjes, wegwerpzakjes, spoelapparatuur met toebehoren, stomapluggen, stomapleisters en indikmiddelen;
 - 2°. noodzakelijke huidbeschermende middelen, voor zover daarop niet reeds aanspraak bestaat op grond van artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering;
 - 3°. afdekpleisters en katheters bestemd voor een continentstoma;
 - 4°. stomabeschermers, niet zijnde verbandmiddelen, voor een gelaryngectomeerde;
 - c. stompkousen;
 - d. katheters met blaasspoelvoelstoffen, al dan niet met toebehoren;
 - e. incontinentie-absorptiematerialen als omschreven in het tweede lid;
 - f. spoelapparatuur voor anaalspoelen, zonodig met toebehoren, indien sprake is van ernstige

problemen met de ontlasting ten gevolge van anatomische of functionele afwijkingen van de darm of anus dan wel de zenuwvoorziening daarvan;

- g. slijmuitzuigapparatuur voor het wegzuigen van slijm uit het mond- of keelgebied, zonodig met toebehoren.

2. Incontinentie-absorptiematerialen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel e, omvatten:

- a. inlegluiers en luiierbroeken voor incontinentie voor verzekerden van vijf jaar en ouder, indien sprake is van:

1°. incontinentie voor faeces die langer bestaat dan twee weken;

2°. incontinentie voor urine, niet zijnde enuresis nocturna, die langer bestaat dan twee maanden;

3°. ondersteuning van bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining ten laste van de zorgverzekering voor de behandeling van urine-incontinentie, niet zijnde enuresis nocturna, voor de duur van deze behandeling;

4°. ziektebeelden waarvan mag worden aangenomen dat de incontinentie niet vanzelf geneest, of waarbij bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining niet helpen;

- b. inlegluiers en luiierbroeken voor incontinentie voor verzekerden van drie of vier jaar, indien sprake is van een niet-fysiologische vorm van incontinentie;

c. anaaltampons;

- d. beschermende onderleggers, indien het verlies van bloed, exsudaat, vocht, urine of faeces dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door het gebruik van een bedbeschermende onderlegger kunnen worden ondervangen.

Hierbij gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Aanspraak op stompkousen bestaat voor maximaal vier stuks per half jaar. Een hoger aantal per aflevering kan alleen indien uit schriftelijke toelichting van een behandelend arts de noodzaak daartoe blijkt.
- Bij de aanvraag voor toestemming voor de eerste verschaffing van urine-opvangzakken, voorzieningen voor stomapatiënten, stompkousen, katheters, incontinentiemateriaal en spoelapparatuur voor anaal spoelen is een schriftelijke toelichting van een behandelend arts vereist. Bij vervolgaanvragen is geen toestemming noodzakelijk. Dit laatste geldt niet indien het een vervolgaanvraag voor incontinentiemateriaal betreft en de verzekerde jonger dan 18 jaar is.
- Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing van slijmuitzuigapparatuur is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.
- Voorafgaande toestemming is vereist
- Voor stompkousen is geen voorafgaande toestemming vereist.
- Deze hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt.

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

- Bij de voorzieningen voor stomapatiënten gelden de onderstaande maximumaantallen.

Colostoma	tweedelig	maximaal 4 plakken per week en maximaal 4 zakjes per dag
Irrigatie	ééndelig spoelsets	maximaal 4 zakjes per dag
	spoelpomp	Eerste jaar maximaal 2 spoelsets, voorts maximaal 1 spoelset per jaar 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
Ileostoma	ééndelig	maximaal 4 pluggen per dag
	tweedelig	maximaal 4 plakken per week en maximaal 2 zakjes per dag
Urostoma	ééndelig	maximaal 2 zakjes per dag
	tweedelig	maximaal 4 plakken per week en maximaal 2 zakjes per dag
Continentstoma	ééndelig	maximaal 2 zakjes per dag
	afdekleisters en catheters	2-6 per dag afhankelijk van voorschrift

- Van deze aantallen kan worden afgeweken indien uit een schriftelijke toelichting van een arts of stomaverpleegkundige de noodzaak daartoe blijkt.
 - De aanspraak op voorzieningen voor stomapatiënten omvat ten hoogste een hoeveelheid per aflevering welke voldoende is voor gebruik gedurende twee maanden.
- 4.8.2 In aanvulling op de eerste alinea van dit artikel gelden bij de verstrekking van incontinentie-absorptiemateriaal als bedoeld in artikel 2.15 lid 1 sub e van de Regeling bovendien de volgende eisen/voorwaarden:
- De aanspraak op wegwerpinlegluiers en wegwerpluierbroeken bij incontinentie en op beschermende onderleggers omvat ten hoogste 455 stuks per drie maanden. Van dit aantal kan worden afgeweken indien uit een schriftelijke toelichting van een arts de noodzaak daartoe blijkt.
 - Aanspraak op anaaltampons, beschermende onderleggers en luierbroeken alsmede wegwerpinlegluiers en wegwerpluierbroeken voor incontinentie omvat slechts een hoeveelheid per aflevering welke voldoende is voor gebruik gedurende ten hoogste een maand.
 - Indien de verzekerde aanspraak maakt op wasbare inlegluiers, dient in de aanvraag tevens gemotiveerd te worden aangegeven hoeveel inlegluiers de verzekerde nodig heeft.
 - Voorafgaande toestemming is vereist.
- 4.9 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, 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.
 - Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
- 4.10 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, indien 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 indien 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, indien 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 indien 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 een arts vereist.
- Krukken worden niet eerder vervangen dan twee jaar na de verstrekking.
- Loophulpen met drie of vier poten, looprekken en rollators worden niet eerder vervangen dan vijf jaar na de verstrekking.
- Loopwagens en serveerwagens worden niet eerder vervangen dan zeven jaar na de verstrekking.
- Blindentaststokken worden niet eerder vervangen dan drie jaar na de verstrekking.
- Deze hulpmiddelen 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 een arts noodzakelijk.
- Bij de aanvraag voor stoel met trippelfunctie is bovendien een schriftelijk advies van een ergotherapeut nodig.
- Stoelen met trippelfunctie en loopfietsen worden in bruikleen verstrekt.
- Voorafgaande toestemming is vereist.

4.11 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub k, en omschreven in artikel 2.18 van de Regeling omvatten:

1. haarwerken ter gehele of gedeeltelijke vervanging van het hoofdhaar, indien de verzekerde van een blijvende of langdurige, gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid zodanige psychische bezwaren ondervindt, dat het gebruik van een haarwerk redelijkerwijs is aangewezen.
2. Indien de aanschaffingskosten van hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid hoger zijn dan € 264,50, betaalt de verzekerde een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.

Voor de bedoelde hulpmiddelen van artikel 18 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- 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.
- Deze hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
- dit hulpmiddel kent een maximale vergoeding van € 264,50.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.

4.12

- 1 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel l en omschreven in artikel 2.19 van de Regeling, omvatten injectiespuiten met toebehoren dan wel injectiepen met toebehoren, indien sprake is van een aandoening die een langdurig gebruik van dit middel noodzakelijk maken.
2. Een hulpmiddel als bedoeld in het eerste lid omvat tevens een aan een handicap aangepaste uitvoering, indien 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.

Voor hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 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 een arts vereist.
- Deze hulpmiddelen worden in eigendom verstrekt.

- 4.13 Voor uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub m 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 aan- en/of uittrekhulpmiddelen.
 - Bij de aanvraag voor verschaffing van therapeutische elastische kousen is een schriftelijke toelichting van een arts vereist. Bij vervanging van de kousen is geen schriftelijke toelichting van een arts vereist.
 - Aanspraak bestaat op 2 stuks kousen danwel 2 paar 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 uittrekhulpmiddelen is: 2 jaar.
 - Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits de verzekerde het hulpmiddel betreft van een gecontracteerde leverancier.
- 4.14 Hulpmiddelen bij diabetes als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub n en omschreven in artikel 2.20 van de Regeling omvatten:
1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel n, omvatten, indien sprake is van diabetes die met insuline wordt behandeld dan wel indien de diabetes nagenoeg is uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen en behandeling met insuline wordt overwogen:
 - a. apparatuur voor het zelf afnemen van bloed en de daarbij behorende lancetten;
 - b. bloedglucosetestmeters, indien de verzekerde aangewezen is op teststrips, alsmede de daarbij behorende teststrips;
 - c. draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren, indien tevens voldaan is aan een van de zorginhoudelijk criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 6, van deze regeling.
 2. Een hulpmiddel als bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, omvat tevens een aan een handicap aangepaste uitvoering indien de verzekerde redelijkerwijs niet kan volstaan met een middel in een niet aangepaste uitvoering.

Bijlage 3

De zorginhoudelijke criteria voor een draagbare insuline-infuuspomp voor continue subcutane insuline injectie zijn:

- a. dat bij optimale zelfregulatie de bloedsuikerwaarden bij herhaling onaanvaardbare schommelingen vertonen, zijnde schommelingen groter dan 10 mmol/l, of dat geen HbA1c-gehalte van minder dan 10% of een HbA1c-gehalte van minder dan 8% bereikt kan worden;
- b. dat ondanks goede gemiddelde instelling en zelfregulatie geregeld hypoglycaemieën optreden of dat goede gemiddelde instelling slechts kan worden bereikt door drie of meer injecties per dag;
- c. lijden aan diabetes en zwanger willen worden of in verwachting zijn en bij wie met maximaal twee injecties per dag geen optimale gemiddelde instelling kan worden bereikt ondanks goede instructie, motivatie en begeleiding;
- d. het lijden aan diabetes met pijnlijke en progressieve neuropathie, indien optimale zelfregulatie niet tot voldoende verbetering leidt;
- e. het leiden aan diabetes met groeistoornissen dan wel verlate puberteit, indien optimale zelfregulatie niet tot voldoende verbetering leidt;
- f. bijzondere individuele zorgvragen.

Hierbij gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing van teststrips is een schriftelijke toelichting van een arts vereist. Een offerte van een leverancier is niet nodig.
- Bij vervolgvragen voor verschaffing van teststrips is geen schriftelijke toelichting van een arts vereist, tenzij verzekerde aanspraak maakt op meer teststrips dan in de eerste aanvraag werd verlangd.

- Een in eigendom verstrekt apparaat voor het zelf afnemen van bloed wordt niet eerder vervangen dan twee jaar na de verschaffing en een bloedglucosetestmeter niet eerder dan na drie jaar na de verschaffing.
 - Insulineafhankelijke diabeten hebben recht op maximaal 2 insulinepennen per 3 kalenderjaren (dat is inclusief een reserve pen).
 - We onderscheiden de volgende groepen diabeten:
 - a. diabeten die nagenoeg zijn uitbehandeld met orale bloedsuikerverlagende middelen waarbij behandeling met insuline wordt overwogen, op voorschrift van de behandelend arts: maximaal 100 teststrips per kalenderjaar;
 - b. diabeten met een vastgesteld doseringsschema voor 1 tot 2 insuline-injecties per dag; maximaal 100 teststrips per drie maanden;
 - c. diabeten die op geleide van het bloedsuikergehalte 3 of meer insuline-injecties per dag gebruiken, dan wel gebruikmaken van een insulinepomp; maximaal 400 teststrips per drie maanden;
 - Indien een verzekerde in redelijkheid is aangewezen op een afwijkende hoeveelheid teststrips dient dit te worden aangevraagd bij de zorgverzekeraar. De aanvraag gaat in dat geval vergezeld van een schriftelijke toelichting van een arts waaruit de noodzaak van de afwijkende hoeveelheid teststrips blijkt, en van een kopie van het diabetesdagboek van de afgelopen drie maanden.
 - Voorafgaande toestemming is vereist.
- 4.15 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub o en omschreven in artikel 2.21 van de Regeling omvatten:
aangezichtsmaskers, dan wel mondstukken, met aanzetstukken bestaande uit een weerstandsbuis en een, in- en uitademingsweg scheidend, ademventiel, waarbij deze hulpmiddelen dienen om bij het uitademen een positieve druk te bewerkstelligen ter bevordering van de sputumproductie.
- Hiervoor gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing of wijziging van apparaten voor positieve uitademingsdruk is een schriftelijke toelichting van een longarts of kinderarts vereist.
 - Deze hulpmiddelen worden in bruikleen verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
 - Voorafgaande toestemming is vereist
- 4.16 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub p en omschreven in artikel 2.22 van de Regeling omvatten:
draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren, indien 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 vereist.
- 4.17 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub q en omschreven in artikel 2.23 van de Regeling omvatten:
1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel q, omvatten:
 - a. verbandschoenen, indien voldaan is aan één van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 7, van de Regeling;
 - b. allergeenvrije schoenen, indien er sprake is van een allergie.
 2. Indien de aanschaffingskosten van het hulpmiddel, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, hoger zijn dan € 136,50 betaalt de verzekerde een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.
 3. De verzekerde betaalt voor een hulpmiddel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, een bijdrage van:

- a. indien hij zestien jaar of ouder is, € 115,- per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 292,50;
- b. indien hij jonger is dan zestien jaren, € 57,50 per paar, vermeerderd met het verschil tussen de aanschaffingskosten en € 235,-.

Bijlage 3 onderdeel 7

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 een arts inhoudende de aard van de aandoening vereist.
- Bij de aanvraag voor de verschaffing van allergeenvrije schoenen is een schriftelijke toelichting van een huidarts inhoudende de aard van de allergie noodzakelijk.
- Bij vervanging van allergeenvrije schoenen kan worden volstaan met een schriftelijke toelichting van een arts.
- Allergeenvrije schoenen worden bij een verzekerde van 16 jaar of ouder niet eerder vervangen dan 12 maanden na de verstrekking en bij een verzekerde jonger dan 16 jaar niet eerder dan 6 maanden na de verstrekking.
- De verzekerde heeft één maal per drie jaar aanspraak op een extra paar allergeenvrije schoenen.
Voor verzekerden vanaf 16 jaar kent het hulpmiddel een maximale vergoeding van € 292,50 per paar en geldt een eigen bijdrage van € 115,-. Voor verzekerden tot 16 jaar is de maximale vergoeding € 235,- per paar en geldt een eigen bijdrage van € 57,50.
- Voorafgaande toestemming is niet vereist, mits het hulpmiddel wordt betrokken bij een gecontracteerde leverancier.
- De vergoeding uit de zorgverzekering bedraagt nooit meer dan € 177,50.

4.18 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub r en omschreven in artikel 2.24 van de Regeling omvatten,

1. indien het gebruik om medische redenen aangewezen is:
 - a. niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren;
 - b. uitwendige voedingspompen met toebehoren;
 - c. uitwendige toebehoren, benodigd bij de toediening van parenterale voeding;
 - d. eetapparaten.
2. Hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid omvatten geen voedings-, genees- en verbandmiddelen.

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.
- Voorafgaande toestemming is vereist.
- Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding worden in bruikleen verstrekt, met uitzondering van sondes.

4.19 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub s en omschreven in artikel 2.25 van de Regeling omvatten:

Een allergeenvrije en stofdichte matrashoes, een dekbedhoes en een kussenhoes, indien uit de resultaten van laboratoriumonderzoek of een huidtest blijkt dat sprake is van een allergie voor uitwerpselen van huisstofmijt.

Hierbij gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor verschaffing van allergeenvrije en stofdichte hoezen is een schriftelijke toelichting van medisch specialist of een arts vereist. De schriftelijke toelichting van een arts dient tevens de uitslag van een allergietest te bevatten.

- Allergeenvrije en stofdichte hoezen worden niet eerder vervangen dan tien jaar na de verstrekking.
- 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.

4.20 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub t en omschreven in artikel 2.26 van de Regeling, omvatten:

1.
 - a. computers met bijbehorende apparatuur voor lichamenlijk gehandicapten, indien de lichamenlijk gehandicapte voor informatie en communicatie of bediening van huishoudelijke hulpmiddelen geheel of nagenoeg geheel op deze middelen is aangewezen;
 - b. schrijfmachines voor lichamenlijk gehandicapten, indien de lichamenlijk gehandicapte voor het onderhouden van maatschappelijke contacten geheel of nagenoeg geheel op deze middelen is aangewezen;
 - c. rekenmachines in een uitvoering, aangepast aan een lichamenlijke handicap;
 - d. 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;
 - e. computerprogrammatuur voor grootlettersystemen voor visueel gehandicapten;
 - f. bladomslagapparatuur;
 - g. 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 zwartdrukinformatie voor visueel gehandicapten;
 - h. telefoons en een telefoneerhulpmiddel, zijnde:
 - 1°. hulpmiddelen voor het kiezen van telefoonnummers;
 - 2°. telefoonhoornhouders;
 - 3°. met omgevingsbesturingsapparatuur te bedienen telefoons;
 - 4°. teksttelefoons, faxapparatuur dan wel beeldtelefoons voor auditief gehandicapten, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdelen 8 en 9, van deze regeling;
 - i. spraakvervangende hulpmiddelen bij een ernstige spraakhandicap;
 - j. signaleringsapparatuur en een alarmeringssysteem, zijnde:
 - 1°. wek- en waarschuwingsinstallaties ten behoeve van auditief gehandicapten indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 10, van deze regeling;
 - 2°. persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamenlijk gehandicapten, indien de lichamenlijk gehandicapte in een verhoogde risicosituatie verkeert.
2. Indien de aanschaffingskosten van faxapparatuur als bedoeld in het eerste lid, onderdeel h, subonderdeel 4, hoger zijn dan € 95, betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.

Bijlage 3 onderdeel 8

Zorginhoudelijke criteria voor teksttelefoons of faxapparatuur zijn:

- a. Er is een toon-drempelverlies op het beste oor van 70 dB gemiddeld over 500, 1000, 2000 en 4000 Hz; of
- b. 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%;
- c. bijzondere individuele zorgvragen.

Bijlage 3 onderdeel 9

Een indicatie voor een beeldtelefoon is aanwezig:

- a. indien een indicatie voor een teksttelefoon of faxapparatuur aanwezig is, maar deze telefoon of apparatuur voor de verzekerde niet bruikbaar is, en de verzekerde de Nederlandse Gebarentaal voldoende beheerst;
- b. bijzondere individuele zorgvragen.

Bijlage 3 onderdeel 10

Een indicatie voor wek- en waarschuwingsinstallatie is aanwezig:

- a. indien er sprake is van een toondrempelverlies op het beste oor van 60 dB gemiddeld over 500, 1000, 2000 en 4000 Hz;
- b. bijzondere individuele zorgvragen.

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, faxapparaat, 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, faxapparaat of wek- en waarschuwingsinstallaties ten behoeve van auditief gehandicapten is een schriftelijke toelichting van een KNO-arts of audiologisch centrum vereist.
- Bij de aanvraag voor toestemming voor verschaffing van een spraakvervangend hulpmiddel bij een ernstige spraakhandicap is zowel een schriftelijke toelichting van een medisch specialist als een schriftelijk advies van een ergotherapeut vereist.
- De kosten van abonnementsgelden komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Deze hulpmiddelen worden in bruikleen verstrekt tenzij Azivo anders beslist. Een faxapparaat wordt in eigendom verstrekt.
- Voorafgaande toestemming is vereist
- Indien de aanschaffingskosten van faxapparatuur hoger zijn dan €95,= betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.

- 4.21 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub u en artikel 2.27 van de Regeling omvatten:
- a. zuurstofapparaten met de daarbij behorende zuurstof;
 - b. 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.

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

- Bij de aanvraag voor de verschaffing van longvibrators is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.
- Longvibrators worden in bruikleen verstrekt.
- Voorafgaande toestemming is vereist.

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

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

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

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

- 4.25 Voor uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren als bedoeld in artikel

- 2.6 lid 1 sub y van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor de verschaffing van uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn en toebehoren is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.
- De toelichting bevat ten minste een verklaring dat de verzekerde met goed resultaat een proefbehandeling heeft doorlopen en dat de verbetering niet op eenvoudiger wijze is te bereiken.
- Deze hulpmiddelen worden in bruikleen verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
- Voorafgaande toestemming is vereist.

4.26 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel z, en omschreven in artikel 2.28 van de Regeling omvatten hulpmiddelen met

- toebehoren voor continue positieve luchtdruk tijdens het ademen, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 11, van de Regeling. Voor CPAP-apparatuur als bedoeld in artikel 2.6 lid 1 sub z en artikel 2.28 van de Regeling geldt de volgende aanvullende eis/voorwaarde:
- Bij de aanvraag voor de verschaffing is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist vereist.
- Deze hulpmiddelen worden in bruikleen verstrekt tenzij Azivo anders beslist.
- Voorafgaande toestemming is vereist.

Onderdeel 11 bijlage 3

Een indicatie voor continuos positive airway pressure (CPAP)-apparatuur is aanwezig, indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- a. er is sprake van een klinisch relevant obstructief slaap-apneu syndroom. Dit is het geval als sprake is van hinderlijke klachten overdag die potentieel toe te schrijven zijn aan het obstructief slaap-apneu syndroom (OSAS). Voorbeelden hiervan zijn vergrote slaperigheid en moeheid overdag, concentratiestoornissen, stemmingsstoornissen en verhoogde prikkelbaarheid. Bovendien moet de diagnose OSAS bij polysomnografisch onderzoek zijn bevestigd. Dit is het geval als er sprake is van een apneu-hypopneu index groter of gelijk aan 15, of een apneu-index groter dan 10, of een respiratoire arousal index groter dan 10. Bij hoge pretest waarschijnlijkheid op OSAS is polygrafie voldoende. De polygrafie dient dan minimaal te bestaan uit meting van het ademhalingspatroon, zuurstofsaturatie, snurkgeluid en slaaphouding;
- b. er is een indicatie voor CPAP-apparatuur met verlaagde expiratedruk indien er sprake is van OSAS en voor de behandeling van de verzekerde CPAP met een druk van meer dan 15 cm H₂O noodzakelijk is, maar door de verzekerde niet goed wordt verdragen;
- c. conservatieve maatregelen zijn of worden nagestreefd. Het gaat hierbij met name om gewichtsreductie, neusdoorgankelijkheid-verbeterende maatregelen en verbetering van de slaaphygiëne (onder meer het vermijden van het gebruik van tabak of alcohol voor de nachtslaap en het vermijden van slapen in rugligging);
- d. Er moet sprake zijn van een succesvolle proefaanpassing. Dat wil zeggen dat een afdoende verbetering van de polysomnografische en klinische afwijkingen tijdens CPAP-behandelingen is geconstateerd en dat sprake is van acceptatie van de CPAP-behandeling door de patiënt.

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

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 lid 1 sub aa en artikel 2.29 van de Regeling gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor de verschaffing van solo-apparatuur met toebehoren is een schriftelijke toelichting van een medisch specialist of audiologisch centrum vereist.
- Solo-apparatuur wordt in bruikleen verstrekt.
- Voorafgaande toestemming is vereist.

- 4.28 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, 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 zwartschrift 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 vereist.

- 4.29 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, 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, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 4, van deze regeling en een luchtgeleidingstoestel redelijkerwijs niet kan worden aangepast.

Bijlage 3 onderdeel 4

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 vereist.

- 4.30 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel dd en omschreven in artikel 2.32 van de Regeling omvatten apparatuur en toebehoren waarmee de verzekerde zelf de stollingstijd van zijn bloed kan meten, nadat hij voor het gebruik van die apparatuur is opgeleid;
Voor zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden gelden de volgende aanvullende eisen/voorwaarden:
- Bij de aanvraag voor de verschaffing is een schriftelijke toelichting van een arts vereist.
 - Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden wordt in bruikleen verstrekt.
- 4.31 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel ee en omschreven in artikel 2.33 van de Regeling omvatten, indien de verzekerde langdurig daarop is aangewezen:
- a. aan functiebeperkingen aangepaste tafels;
 - b. aan functiebeperkingen aangepaste stoelen, indien sprake is van problemen bij het zitten, gaan zitten of het opstaan, 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:
 - 1°. sta-opsysteem, indien de verzekerde niet zelfstandig kan opstaan uit een stoel met een optimale zithoogte;
 - 2°. specifieke polstering;
 - 3°. abductiebalk;
 - 4°. arthrodese-zitting;
 - 5°. pelottes voor zijwaartse steun;
 - c. anti-decubituszitkussens;
 - d. bedden in speciale uitvoering met inbegrip van daarvoor bestemde matrassen;
 - e. anti-decubitusbedden, -matrassen en -overtrekken ter behandeling en preventie van decubitus;
 - f. dekenbogen, onrusthekken, bedgalgen, papegaaien en portalen;
 - g. bedverkorters en -verlengers.
2. Onder de in het eerste lid, onderdeel b, bedoelde hulpmiddelen zijn hulpmiddelen in een uitvoering met zwenkwielen, beremming of hoog/laag-mechanisme begrepen, indien het hulpmiddel op diverse plaatsen of met een verschillende werkhoogte moet worden gebruikt.
 3. Hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid, onderdelen d tot en met g, zijn slechts als hulpmiddelen aangewezen, indien het gebruik daarvan strekt tot behoud van de zelfredzaamheid en met de verschaffing opneming in een instelling wordt voorkomen, dan wel indien de verzekerde is aangewezen op verpleging.
- 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 een arts vereist.
 - Bij de aanvraag voor aangepaste tafels en stoelen, antidecubituszitkussens, 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.
 - Tenzij bij de machtiging anders wordt bepaald, worden inrichtingselementen voor woningen in bruikleen verstrekt.
 - Voorafgaande toestemming is vereist
- 4.32 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel ff en omschreven in artikel 34 van de Regeling omvatten:
- 1a. 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;

1b. 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.

2. De hulpmiddelen, bedoeld in het eerste lid omvatten, tevens een tegemoetkoming in de redelijk te achten gebruikskosten.

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 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.

4.33 Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel gg, en omschreven in artikel 35 van de Regeling omvatten hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie, indien 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 volgende aanvullende eisen/voorwaarden:

- Bij de aanvraag voor toestemming voor de verschaffing van hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand-, en vingerfunctie is een schriftelijke toelichting vereist van een revalidatiearts die verbonden is aan een daartoe gespecialiseerd centrum. Uit de toelichting moet blijken dat de huidige benodigde professionele hulp bij algemene of huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen zal verminderen door de verschaffing van de genoemde hulpmiddelen. De toelichting bevat tevens een verklaring dat uit een test blijkt dat verzekerde in staat is met het apparaat om te gaan.
- Hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand-, en vingerfunctie worden in bruikleen verstrekt.
- Voorafgaande toestemming is vereist.

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

- a. de regelmatige controle en het onderhoud ervan en de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor het verrichten van dialyse;
- b. 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;
- c. vergoeding van overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.

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.
 - Voorafgaande toestemming is vereist.
- 4.35 De aanspraak van de verzekerde op verbandmiddelen is vastgelegd in artikel 25 lid 5 van de Azivo modelpolis. 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.
- 4.36 Persoonsgebonden budget hulpmiddelen
- 1 De verzekerde kan desgevraagd aanspraak maken op een door de zorgverzekeraar te verstrekken persoonsgebonden budget voor die hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking die in het Besluit zorgverzekering zijn aangewezen. Dit betreft de volgende categorieën hulpmiddelen: oogprothesen, gezichtshulpmiddelen, mobiliteitshulpmiddelen, informatie- en communicatiehulpmiddelen, beeldschermloepen, tactiellesapparatuur en geleidehonden.
 - 2 De verzekerde heeft aanspraak op een door de zorgverzekeraar te verstrekken budget indien hij door middel van een rapport van een regionale instelling voor blinden en slechtzienden aannemelijk heeft gemaakt aanspraak te kunnen maken op een persoonsgebonden budget voor de onder lid 1 genoemde hulpmiddelen. In dit rapport dient ten minste de ernst van de visuele beperking en de reeds bij de verzekerde aanwezige visuele hulpmiddelen te zijn vermeld. Tevens dient het rapport de leeftijd van de reeds aanwezige visuele hulpmiddelen te bevatten.
 - 3 Het persoonsgebonden budget wordt verstrekt in de vorm van een voorschot. De hoogte van het voorschot is gelijk aan de vergoeding die de verzekerde zou hebben ontvangen voor de aanschaf van de hulpmiddelen als hij naar een gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. In het voorschot is tevens een toeslag voor reparatiekosten, onderhoud en verzekering opgenomen. De hoogte van deze toeslag is afhankelijk van de geïndiceerde hulpmiddelen. **Het PGB wordt verstrekt per voorschotperiode van maximaal een jaar. De voorschotten van het PGB worden over maximaal 5 jaren verstrekt en indien het gaat om software voor maximaal 3 jaren.**
 - 4 De verzekerde kan geen aanspraak maken op een persoonsgebonden budget voor hulpmiddelen die reeds in zijn bezit zijn, hetzij in eigendom, hetzij in bruikleen van de zorgverzekeraar, en waarvan de technische levensduur nog niet is overschreden.
 - 5 De verzekerde is zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van het aangeschafte hulpmiddel.
 - 6a Per geïndiceerd hulpmiddel ontvangt de verzekerde een voorschot ter hoogte van het onder lid 3 bepaalde bedrag. De verzekerde dient dit voorschot binnen drie maanden na ontvangst te hebben besteed aan geïndiceerde hulpmiddelen.
 - 6b Een nieuw voorschot ontvangt de verzekerde eerst na het verstrijken van de technische levensduur van het geïndiceerde hulpmiddel waarvoor het voorschot is verstrekt.
 - 6c Indien tevens een hulp- of geleidehond is geïndiceerd, ontvangt de verzekerde een maandelijks voorschot ter hoogte van het marktconforme maandelijks huurbedrag vermeerderd met € 80,- voor onkostenvergoeding.
 - 7a De verzekerde verantwoordt op eigen initiatief de besteding van het voorschot binnen drie maanden na ontvangst ervan. Deze verantwoording vindt plaats door overlegging van de originele nota van het aangeschafte hulpmiddel. **Indien uit de verantwoording blijkt dat de verzekerde minder kosten heeft gemaakt of het geld aan iets anders heeft besteed zal de verzekeraar het verschil als onverschuldigd terug vorderen. Uit de verantwoording dient ook te blijken dat het hulpmiddel dezelfde functie vervult als het hulpmiddel waarvoor het is geïndiceerd.**
 - 7b De verantwoording van de besteding van het voorschot ten behoeve van reparatiekosten vindt plaats door overlegging van de originele reparatienota binnen één maand na ontvangst van die nota door de verzekerde.

- 7c Indien de verzekerde een nieuw voorschot ontvangt voor een geïndiceerd hulpmiddel zullen de niet-verantwoorde reparatiekosten daarop in mindering worden gebracht, dan wel bij de verzekerde worden teruggevorderd.
- 7d De onkostenvergoeding voor een geleidehond hoeft niet te worden verantwoord.
- 8 Indien de verzekerde het ontvangen voorschot niet binnen de in lid 6 genoemde termijn heeft verantwoord dan wel onjuist heeft besteed, kan de zorgverzekeraar het uitgekeerde voorschot terugvorderen of verrekenen met nog te ontvangen voorschotten of andere betalingen aan de verzekerde.
- 9 Aan het persoonsgebonden budget komt een einde indien de verzekerde een daartoe strekkende verklaring afgeeft aan de zorgverzekeraar. In dat geval kan de verzekerde eerst aanspraak maken op de hulpmiddelen als bedoeld in lid 1 nadat de technische levensduur van de nog in zijn bezit zijnde hulpmiddelen is verstreken. **Indien een verzekerde zelf het hulpmiddel heeft aangeschaft is de zorgverzekeraar niet gehouden binnen de normale gebruikstermijn een nieuw hulpmiddel te verschaffen indien het hulpmiddel niet bevat danwel ondeugdelijk is.**
- 10 De zorgverzekeraar kan een persoonsgebonden budget weigeren indien is gebleken dat de verzekerde niet in staat is een persoonsgebonden budget te beheren.

Verkort Reglement Hulpmiddelen

Artikel	Bepaling reglement	Soort hulpmiddel	voorschrijver	Richtlijn minimale gebruiksduur/ volume en frequenties	Eigendom of bruikleen	toestemmingsvereiste	Eigen bijdrage/vergoeding
2.6.2	4.35	verbandmiddelen	behandelend arts	n.v.t	eigendom	nee	nee
2.8 a	4.1	prothesen voor schouder, arm of hand	medisch specialist	3 jr.	eigendom	nee	nee
2.8 b	4.1	hulp- en aanzetstukken voor armprothese	medisch specialist	3 jr.	eigendom	nee	nee
2.8 c	4.1	prothesen voor been of voet	medisch specialist	3 jr.	eigendom	nee	nee
2.8 d	4.1	oplaadinrichting en batterijen bij bekrachtigde prothese voor schouder, arm of hand	medisch specialist	3 jr.	eigendom	nee	nee
2.9 a	4.2	gebruiksklaar verkrijgbare mammaprothesen	medisch specialist/arts	1 jr.	eigendom	nee	nee
2.9 b	4.2	afzonderlijk vervaardigde mammaprothese	medisch specialist/arts	1 jr.	eigendom	nee	nee
2.10	4.3	gelaatsprothesen	medisch specialist	1 jr.	eigendom	nee	nee
2.11 a	4.4	oogprothese	oogarts	2 jr.	eigendom	nee	nee
2.11 b	4.4	scleraschaal	oogarts	1 jr.	eigendom	nee	nee
2.11c	4.4	scleralens	oogarts	1 jr.	eigendom	nee	nee
2.12.1 a	4.5	korsetten	medisch specialist	2 jr.	eigendom	nee	nee
2.12.1 b	4.5	orthopedische beugelapparatuur	medisch specialist	2 jr.	eigendom m.u.v. stabeugels en ligorthese	nee, tenzij de hulpmiddelen in bruikleen worden gegeven	nee
2.12.1 c	4.5	verstevigde spalkdressie- of correctieapparatuur	medisch specialist	2 jr.	eigendom	nee	nee
2.12.1 d	4.5	schedelkappen	medisch specialist	2 jr.	eigendom	nee	nee
2.12.1 e	4.5	trachea canule	medisch specialist	5 jr	eigendom	nee	nee
2.12.1 f	4.5	stemprothesen of spraakversterkers	medisch specialist	5 jr	eigendom	nee	nee
2.12.1 g	4.5	breukbanden	arts	1 jr.	eigendom	nee	nee
2.12.1	4.5	volledig individueel vervaardigd	medisch	< 16 jr.: 6	eigendom	nee	eigen bijdrage

h 1°		orthopedisch maatschoeisel (A-schoen)	specialist	mnd. ≥ 16 jr.: 12 mnd.			< 16 jr.: ≥ 16 jr.:
2.12.1 h 2°	4.5	volledig individueel vervaardigde orthopedische binnenschoen	medisch specialist	< 16 jr.: 6 mnd. ≥ 16 jr.: 12 mnd.	eigendom	nee	Nee
2.12.1 h 3°	4.5	semi-orthopedisch schoeisel met individuele aanpassing (B-schoen)	medisch specialist	< 16 jr.: 6 mnd. ≥ 16 jr.: 12 mnd.	eigendom	nee	eigen bij < 16 jr.: ≥ 16 jr.:
2.12.1 h 4°	4.5	orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen	medisch specialist	maximaal 4 x per jaar	eigendom	nee	Nee
2.13 a	4.6	brillenglazen/filterglazen, indien binnen 12 mnd na vorige aanschaf en op medische indicatie	oogarts	n.v.t.	eigendom	ja	Nee
2.13 b	4.6	contactlenzen, indien binnen 12 mnd. na vorige aanschaf en op medische indicatie	oogarts	n.v.t.	eigendom	ja	Nee
2.13 c	4.6	bandagelenzen	oogarts	n.v.t.	eigendom	ja	Nee
2.13 d	4.6	bijzondere optische hulpmiddelen	oogarts	5 jr.	bruikleen	ja	Nee
2.14 a	4.7	electro-akoestische hoortoestellen	KNO arts, audiologisch centrum	5 jr.	eigendom	Ja	maximal -bij eers verstrek vervang jr., indie € 476 -bij verva 6 - 7jr. in € 566,50 -bij verva indien ≥ € 657,50 -indien < € 657,50 Indien c of beengele in brilm genoem € 61,50 nee
2.14 b	4.7	ringleidingen/ infraroodapparatuur/ FM-apparatuur	KNO arts, audiologisch centrum	5 jr.	eigendom	Ja	max verp € 476 nee
2.14 c	4.7	(Tinnitus) maskeerders	audiologisch centrum	5 jr.	eigendom	Ja	max verp € 476 nee
2.14 c	4.7	oorstukjes	KNO arts, audiologisch centrum	> 16 jaar 24 mnd. en 6 mnd. voor jonge groeiende kinderen	eigendom	Ja	nee
2.15.1 a	4.8	urineopvangzakken	arts	n.v.t.	eigendom	Ja	nee
2.15.1 b	4.8	stomamaterialen	arts	Zie bepaling 5.8 voor max. aantallen	eigendom	Ja	nee
2.15.1 c	4.8	stompkousen	arts	4 stuks per half jaar	eigendom	nee	nee
2.15.1 d	4.8	katheters met blaasspoelvloeistoffen	arts	n.v.t.	eigendom	ja	nee
2.15.1 e	4.8	incontinentieabsorptiemateriaal	arts	455 stuks per 3 mnd; wasbaar: 3 stuks per jr.	eigendom	ja	nee
2.15.1 f	4.8	spoelapparatuur (anaal)	arts	n.v.t.	eigendom	ja	nee
2.15.1 g	4.8	slijmuitzuigapparatuur	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.16	4.9	pessaria	arts	5 jr.	eigendom	nee	nee

2.16	4.9	Koperhoudende spiraaltjes	arts	5 jr	eigendom	nee	nee
2.17 a	4.10	krukken	arts	2 jr.	bruikleen	ja	nee
2.17 a	4.10	loophulpen met 3 of 4 poten	medisch specialist	5 jr.	bruikleen	ja	nee
2.17 a	4.10	rollators	arts	5 jr.	bruikleen	ja	nee
2.17 a	4.10	loopwagens	arts	7 jr.	bruikleen	ja	nee
2.17 b	4.10	serveerwagens	arts	7 jr.	bruikleen	ja	nee
2.17 c	4.10	blindentaststokken	arts	3 jr.	bruikleen	ja	nee
2.17 d	4.10	trippeelstoel	arts en ergotherapeut	5 jr.	bruikleen	ja	nee
2.17 e	4.10	loopfiets	arts, ergotherapeut	5 jr.	bruikleen	ja	nee
2.18	4.11	haarwerken	behandelend arts	1 jr.	eigendom	nee	maximal € 264,50
2.19	4.12	injectiespuiten en injectiepenen	arts	zie bepaling 5.12	eigendom	nee	nee
2.6 m	4.13	therapeutisch elastische kousen, lymphepress, aan/uittrekhulp	Arts	12 mnd. kousen en 2 jr. aan/uittrekhulp	eigendom	nee	nee
2.20.1 a	4.14	bloedafnameapparatuur bij diabetes	Arts	zie bepaling 5.14	eigendom	nee	nee
2.20.1 a	4.14	lancetten bij diabetes	Arts	zie bepaling 5.14	eigendom	nee	nee
2.20.1 b	4.14	bloedglucose-testmeter	Arts	zie bepaling 5.14	eigendom	nee	nee
2.20.1 b	4.14	teststrips	arts	zie bepaling 5.14	eigendom	Ja	nee
2.20.1 c	4.14	insuline-infuus pomp	arts	5 jr.	bruikleen	ja	nee
2.21	4.15	pepmasker/apparatuur voor pos. uitademingsdruk	medisch specialist	n.v.t.	bruikleen	ja	nee
2.22	4.16	infuus pomp - niet voor insuline	medisch specialist	5 jr.	bruikleen	ja	nee
2.23.1. a	4.17	verband schoenen	arts	n.v.t.	eigendom	nee	maximal €136,50
2.23.1. b	4.17	allergeenvrije schoenen	dermatoloog	< 16 jr.: 6 mnd. ≥ 16 jr.: 12 mnd.	eigendom	nee	eigen bij < 16 jr.: ≥ 16 jr.: maximal < 16 jr.: ≥ 16 jr.:
2.24.1 a	4.18	voedingssonde	arts	n.v.t.	eigendom	ja	nee
2.24.1 b	4.18	voedingsspompen	arts	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.24.1 c	4.18	toebehoren bij parenterale voeding	arts	n.v.t.	bruikleen	ja	nee
2.24.1 d	4.18	eetapparaten	arts	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.25	4.19	allergeenvrije hoezen	medisch specialist, arts	10 jr.	eigendom	nee	nee
2.26.1 a	4.20	computers	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.26.1 b	4.20	schrijfmachines	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.26.1 c	4.20	rekenmachines	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.26.1 d	4.20	in- en uitvoerapparatuur en programmatuur	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.26.1 e	4.20	computerprogrammatuur	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.26.1 f	4.20	bladoms slagapparatuur	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.26.1 g 1°	4.20	memorecorders	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.26.1 g 2°	4.20	daisy-spelers of daisyprogrammatuur	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.26.1 g 3°	4.20	voorleesapparatuur voor zwartdrukinformatie	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee

2.26.1 h 1°	4.20	hulpmiddelen voor het kiezen van telefoonnummers	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.26.1 h 2°	4.20	telefoonhoornhouders	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.26.1 h 3°	4.20	met omgevingsbesturingsapparatuur te bedienen telefoons	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.26.1 h 4°	4.20	teksttelefoon, faxapparatuur, beeldtelefoon	KNO arts of audiologisch centrum	fax 5 jr. overige n.v.t.	Fax eigendom, overige bruikleen	ja	maximal fax. € 95
2.26.1 i	4.20	spraakvervangende hulpmiddelen	medisch specialist + ergotherapeut	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.26.1 j 1°	4.20	wek- en waarschuwingsinstallaties	KNO arts of audiologisch centrum	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.26.1 j 2°	4.20	persoonlijke alarmeringsapparatuur	arts	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.27	4.21	zuurstofapparatuur met daarbij behorende zuurstof	arts	5 jr	bruikleen	nee	nee
2.6.1 v	4.22	longvibrators	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.6.1 w	4.23	vernevelaars	medisch specialist, arts	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.6.1 x	4.24	beeldschermloepen	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.6.1 y	4.25	uitwendige elektrostimulators	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.28	4.26	Cpap-apparatuur	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.29	4.27	solo-apparatuur	audiologisch centrum of KNO arts	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.30	4.28	tactiellesapparatuur	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.31	4.29	BAHA-hoortoestellen	KNO arts/ audiologisch centrum	5 jr.	bruikleen	ja	nee
2.32	4.30	zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijd	arts	5 jr	bruikleen	nee	nee
2.33.1 a	4.31	aangepaste tafels	arts + advies ergotherapeut	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.33.1 b	4.31	aangepaste stoelen	arts + advies ergotherapeut	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.33.1 c	4.31	AD zitkussens	arts+ advies ergotherapeut	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.33.1 d	4.31	bedden	arts+ advies ergotherapeut	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.33.1 e	4.31	AD bedden	arts+ advies ergotherapeut	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.33.1 f	4.31	toebehoren bedden	arts	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.33.1 g	4.31	bedverkorters, verlengers	arts	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.34.1 a	4.32	blindengeleidehonden	medisch specialist + regionale instelling voor blinden en slechtzienden	5 jr	bruikleen	ja	vergoedi verzorgin € 240 per jaar:
2.34.1 b	4.32	hulphonden	revalidatie arts	7 jr	bruikleen	ja	vergoedi verzorgin € 240 per jaar:
2.35	4.33	hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand-, en vingerfunctie	revalidatie arts	5 jr	bruikleen	ja	nee
2.36	4.34	thuisdialyse apparatuur	medisch specialist	5 jr	bruikleen	ja	nee

Reglement Farmaceutische Zorg

1. Algemeen

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

2. Definities

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

3. Aanspraken

3.1 Farmaceutische zorg omvat geen:

- a. Farmaceutische zorg bij 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 e, van de Geneesmiddelenwet.

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

4. Toestemming

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

- 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.

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

6. Specifieke bepalingen voor geneesmiddelen

6.1 Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen

a. Op onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Het GVS houdt in het indelen van geneesmiddelen in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen volgens bepaalde criteria. Per GVS-groep is een vergoedingslimiet berekend. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger dan de vergoedingslimiet, dan betaalt de verzekerde het verschil bij.

Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. De eigen bijdrage is verschuldigd aan degene die het geneesmiddel aflevert, de apotheker of de apotheekhoudende huisarts.

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

b. Azivo heeft alle geregistreerde geneesmiddelen van bijlage 1a van de Regeling, aangewezen als geneesmiddelen waarop de verzekerde recht heeft op terhandstelling.

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 jo. Artikel 40 lid 3 sub a & c Geneesmiddelenwet 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 indien 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 overeenkomstig 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.

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 36 van bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden de volgende voorwaarden:

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

b. De eerste 15 dagen komen de kosten voor rekening van verzekerde.

6.5 Nadere voorwaarden waaronder bepaalde geneesmiddelen worden verstrekt

Een geneesmiddel dat op Bijlage 2 behorend bij de Regeling zorgverzekering is geplaatst, mag alleen worden verstrekt wanneer aan bepaalde (wettelijke) indicatievoorwaarden is voldaan. Deze wettelijke voorwaarden zijn opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 kan gedurende het jaar wijzigen en is opvraagbaar bij 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 heeft de keuze of hij de artsenverklaring aan Azivo geeft of aan zijn apotheker. 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 alleen van toepassing wanneer de apotheker een overeenkomst heeft met Azivo. Indien de apotheker geen overeenkomst heeft afgesloten met Azivo zal voorafgaande toestemming moeten worden aangevraagd bij Azivo.

Uitzondering

Indien het middel Plavix (Clopidogel) **niet** wordt voorgeschreven door een cardioloog, moet voorafgaande toestemming door Azivo worden verleend; er kan dan niet worden volstaan met een toetsing door de apotheker.

7. Specifieke bepalingen voor dieetpreparaten

7.1 Voeding algemeen

Indien is voldaan aan de voorwaarden van artikel 3.2, heeft de verzekerde aanspraak op het dieetpreparaat voor ten hoogste drie maanden, tenzij hieronder anders is bepaald. Deze termijn kan worden verlengd. Het dieetpreparaat dient te zijn aangevraagd door een specialist. Het dieetpreparaat komt voor vergoeding in aanmerking indien:

- 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;
- geen onnodig dure dieetpreparaten worden afgeleverd, daar waar gelijkwaardige alternatieven aanwezig zijn.

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

Deze regeling voor dieetpreparaten is alleen van toepassing wanneer de apotheker een overeenkomst heeft met Azivo.

Aanvullende terhandstellingsvoorwaarden indien 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;

www.azivo.nl

Azivo hoofdkantoor

Oude Haagweg 128
2552 GS Den Haag
Telefoon (070) 440 24 00
Fax (070) 440 24 01
E-mail info@azivo.nl

Postadres

Postbus 13731

2501 BP Den Haag
Maandag t/m vrijdag
van 08.30 – 17.30 uur

Stadskantoor
Den Haag-centrum
Stationsweg 107a
2515 BL Den Haag
Maandag t/m vrijdag
van 08.30 – 17.00 uur

Stadskantoor Zoetermeer
Markt 3
2711 CZ Zoetermeer
Dinsdag t/m donderdag
van 09.00 – 16.00 uur

Azivo Apotheek
Boomsluiterskade 299
2511 VJ Den Haag
Telefoon (070) 315 36 36
Fax (070) 385 41 05
E-mail info@apothek.azivo.nl
Maandag t/m vrijdag
van 08.00 – 22.00 uur
Zaterdag van 09.00 – 17.00 uur

Azivo Zorgservice
Zichtenburglaan 216 – 218
2544 EB Den Haag
Telefoon (070) 394 91 91
Fax (070) 394 28 45
E-mail info@zorgservice.azivo.nl
Maandag t/m vrijdag
van 09.00 – 12.30 en
van 13.00 – 17.00 uur

Adressen en openingstijden

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

Telefoonnummer
(070) 440 24 00

E-mail
info@azivo.nl

Website
www.azivo.nl