

Basisverzekering BeterDichtbij 2014

Deze voorwaarden zijn onder voorbehoud van goedkeuring van de NZa.

Polisvoorwaarden

Inhoudsopgave

1	Begripsomschrijvingen	17	Geschillen en klachten
2	Grondslag van de verzekering	18	Geneeskundige zorg
3	Prestatiewijze en dekking	Audiologische zorg	18.1
4	Premie	Buitenland	18.2
5	Verplicht eigen risico	Dialyse	18.3
6	Vrijwillig gekozen eigen risico	Dyslexiezorg	18.4
7	Algemeen	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	18.5
8	Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	Farmaceutische zorg	18.6
9	Regres	GGZ - Generalistische Basis GGZ	18.7
10	Fraude	GGZ - Gespecialiseerde GGZ	18.8
11	Onrechtmatige inschrijving	Huisarts	18.9
12	Premiebetaling en betalingsachterstand	Hulpmiddelenzorg	18.10
13	Declaraties en schorsing	Mechanische beademing	18.11
14	Kennisgeving relevante gebeurtenissen	Medisch specialistische zorg	18.12
15	Herziening van premie of voorwaarden	Mondzorg	18.13
16	Begin en einde van de verzekering	Oncologische zorg bij kinderen	18.14
		Transplantaties van weefsels en organen	18.15
		Paramedische zorg	18.16
		Revalidatie	18.17
		Stoppen met roken	18.18
		Trombosedienst	18.19
		Verloskundige zorg en kraamzorg	18.20
		Voetzorg bij diabetes mellitus	18.21
		Ziekenvervoer	18.22
		19	Uitsluitingen
		20	Diensten BeterDichtbij Zorgcoach
			Clause Terrorisme

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1.1 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.

1.2 Apotheker

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

1.3 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

1.4 Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

1.5 Bekkenthapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenthapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

1.6 Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.

1.7 Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde betreft tandheelkundige

zorg aan bijzondere patiëntengroepen die door de moeilijkheidsgraad van de verrichtingen of bepaalde omstandigheden niet door de huistandarts kan worden verleend.

1.8 Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

1.9 Centrum voor erfelijkheidsadvies

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

1.10 CONO-beroepenstructuur

Beroepenstructuur voor beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn in de GGZ die is vastgesteld door het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding (CONO).

1.11 Consultatiebureauarts

Arts die is ingeschreven als Jeugdarts KNMG in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is in de Jeugdgezondheidszorg.

1.12 CVZ

College voor Zorgverzekeringen.

1.13 Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

1.14 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de NZa vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject voor GGZ de specialistische (tweedelijns) zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint 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.

1.15 DBC-Zorgproduct

Een DBC-Zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit subtrajecten en zorgactiviteiten via door de NZa vastgestelde beslisbomen.

1.16 Diëtist

Een persoon aan wie een getuigschrift is uitgereikt, waaruit blijkt dat betrokkene met goed gevolg het afsluitende examen heeft afgelegd van een opleiding voor voeding en diëtetiek die is opgenomen in het Centraal register opleidingen hoger onderwijs. De diëtist is aangesloten is bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).

1.17 Dienstenstructuur

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

1.18 Eerstelijns psychologische zorg

Niet-specialistische GGZ wat inhoudt diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

1.19 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).

1.20 Ergotherapeut

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”. (Stb.1997.523)

1.21 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, Kroatië, 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.

1.22 Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van apotheekzorg alsmede advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden.

Apotheekzorg betreft de vergoeding voor terhandstelling van uitsluitend op recept verkrijgbare geneesmiddelen en medicatiebeoordeling chronisch.

1.23 Gemiddeld contractstarief

Het gemiddelde tarief van alle zorgaanbieders waarmee Beter Dichtbij voor een bepaalde behandeling of verstrekking een prijsafpraak heeft gemaakt.

1.24 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.

1.25 Gecontracteerde zorg

De zorg die de zorgverzekeraar op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst te verlenen dan wel te vergoeden.

1.26 Geriatrisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als geriatrisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

1.27 Gezondheidszorgpsycholoog

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

1.28 GGZ-instellingen

Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en dat als zodanig conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten.

1.29 Huidtherapeut

Een huidtherapeut, die voldoet aan de eisen uit het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

1.30 Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.31 Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen Beter Dichtbij inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

1.32 IVF of ICSI

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode of intracytoplasmatische sperma-injectie methode inhoudende:

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

1.33 Jeugdarts

Arts die is ingeschreven als Jeugdarts KNMG in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is in de Jeugdgezondheidszorg.

1.34 Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS).

1.35 Ketenzorg

Zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

1.36 Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

1.37 Kinder- en jeugdpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat bij het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen) als kinder- en jeugdpsycholoog en voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals gesteld door het NIP.

1.38 Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

1.39 Kraambureau

Een instelling voor het verlenen van kraamzorg, conform bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling. Hieronder wordt tevens verstaan een kraamcentrum.

1.40 Kraamhotel

Een instelling verblijf met kraamzorg, conform bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

1.41 Kraamzorg

De zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zorg

verleent zoals kraamverzorgers die plegen te bieden.

1.42 Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat volgens bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

1.43 Logopedist

Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". (Stb.1997.523)

1.44 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 is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

1.45 Marktconforme vergoeding

Vergoeding naar Nederlandse marktomstandigheden, welke gelijk is aan het notabedrag tenzij de rekening onredelijk hoog is.

1.46 Medisch adviseur

Een arts die ingeschreven is als arts Beleid en Advies in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is bij een zorgverzekeraar.

1.47 Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven als medisch specialist in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

1.48 Mondhygiënist

Een mondhygiënist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” (Stb.1997.523).

1.49 NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit.

1.50 Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven als oedeemtherapeut in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

1.51 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

1.52 Opname

Opname van langer dan 24 uur 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, terwijl onafgebroken

behandeling door een medisch specialist noodzakelijk moet zijn.

1.53 Orthodontist

Een tandarts-specialist, die als orthodontist is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS).

1.54 Orthopedagoog generalist

Een orthopedagoog generalist, die geregistreerd staat in het register van de Nederlandse Vereniging van pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO) Orthopedagoog-Generalist en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in het register NVO Orthopedagoog-Generalist.

1.55 Orthoptist

Een orthoptist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” (Stb.1997.523).

1.56 Pedicure

Een pedicure die met de aantekening voor diabetes- of risicovoet geregistreerd staat in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP).

1.57 Podotherapeut

Een podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” (Stb.1997.523).

1.58 Psychiater

Een arts die is ingeschreven als psychiater in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister

van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

1.59 Psychotherapeut

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

1.60 Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een instelling voor revalidatie, dat als zodanig conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten.

1.61 Second opinion

Het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts.

1.62 SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International, Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam. Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

1.63 Specialistische GGZ

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

1.64 Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die is ingeschreven als specialist ouderengeneeskunde in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld register van erkende specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.65 Tandarts

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

1.66 Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het “Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus”.

1.67 TSN Kraamzorg

Voor kraamzorgbemiddeling.
Telefoon: (079) 343 04 68, www.tsn-kraamzorg.nl

1.68 Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

1.69 Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders dan lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland. Deze staten zijn: Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië, Turkije en Australië (alleen tijdelijk verblijf).

1.70 Verloskundige

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

1.71 Verpleegkundige

Een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

1.72 Verpleegkundig specialist GGZ

Een verpleegkundig specialist GGZ die als zodanig geregistreerd staat in een Specialistenregister conform artikel 14 Wet BIG.

1.73 Verwijsbrief

Het advies van een zorgverlener of zorginstelling aan een verzekerde om zich onder behandeling te stellen van of een behandeling voort te zetten bij een andere zorgverlener of instelling. Op een verwijsbrief moet staan: naam verzekerde, geboortedatum verzekerde, naam en handtekening arts, datum afgifte, reden van verwijzing en eventuele overige relevante gegevens.

1.74 Verzekerde

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

1.75 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

1.76 Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

1.77 WTZi

Wet Toelating Zorginstellingen.

1.78 Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), zoals bedoeld in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

1.79 Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, zoals bedoeld in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlandse Astma Centrum Davos.

1.80 Zorgverzekeraar

ASR Basis Ziektelkostenverzekeringen N.V.

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

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 modelovereenkomst, als bedoeld in artikel 1 sub h van de Zorgverzekeringswet, is vastgelegd in de zorgpolis als bedoeld in artikel 1 sub i van de Zorgverzekeringswet. Deze zorgpolis (welke is neergelegd in het polisblad) wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekeringnemer. Indien deze een andere persoon is dan de verzekerde, wordt het polisblad verstrekt aan verzekerde.

lid 2 Naast de zorgpolis verstrekt de verzekeraar als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een verzekeringspas op vertoon waarvan de

verzekerde de zorg kan inroepen bij de door de verzekeraars (gecontracteerde) zorgaanbieder(s) waar op basis van deze polis aanspraak bestaat.

lid 3 De kosten van zorg op basis van deze zorgpolis kunnen behoudens eigen bijdragen door de verzekerde bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst is tussen zorgaanbieder en verzekeraar op grond waarvan rechtstreekse declaratie bij de zorgverzekeraar plaatsvindt.

Voor zover met name genoemd, wordt de zorg op basis van deze zorgpolis behoudens eigen bijdragen rechtstreeks door de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar gedeclareerd op basis van een tussen beide partijen gesloten overeenkomst. De overeenkomst omvat in ieder geval afspraken over de hoogte van de prijs, kwaliteit en doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg kan worden verleend.

Een lijst met gecontracteerde zorgaanbieders is te vinden op www.beterdichtbij.nl.

lid 4 De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in deze zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de 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 5 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 3 Prestatiewijze en dekking

lid 1 Deze zorgpolis omvat de aanspraak op zorg en/of de vergoeding van kosten. Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede in buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen worden afgesloten.

lid 2 Maximale vergoeding

De aanspraak (op vergoeding van kosten) vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voor zover geen (maximum-) tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal de in Nederland geldende marktconforme vergoeding.

lid 3 Als aanspraak op zorg bestaat en als de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. 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 vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voor zover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt

vergoeding van de kosten plaats tot maximaal de in Nederland geldende marktconforme vergoeding.

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

Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar 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 4 In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft, wordt de toestemming tot het inroepen van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De verzekerde dient in dat geval de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

lid 5 Ook om andere redenen dan in lid 3 genoemd, kan de verzekerde aanspraak maken op bemiddeling. Meer informatie over zorgbemiddeling is te vinden in artikel 20 van deze voorwaarden: Diensten BeterDichtbij Zorgcoach.

lid 6 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de verzekeraar gecontracteerde

zorgaanbieder en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling binnen Nederland, vindt vergoeding plaats tot maximaal het gemiddelde contractstarief. Een overzicht van de gecontracteerde zorg en de contractstarieven is terug te vinden op www.beterdichtbij.nl of op te vragen bij de afdeling Ziektekosten Claimbehandeling via (033) 464 22 33.

lid 7 Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde/verzekeringnemer geacht aan de zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het voor/door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

Lid 8 Voor kosten gemaakt in het buitenland gelden andere vergoedingsregels. Zie hiervoor artikel 18.2 Buitenland.

Artikel 4 Premie

lid 1 Krachtens de basisverzekering 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 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.

Artikel 5 Verplicht eigen risico

lid 1 Voor iedere verzekerde van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 360,- aan kosten van zorg of overige diensten die voor rekening van verzekerde blijft.

Op het verplichte eigen risico zijn niet van toepassing:

- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van nacontroles van levende donoren van een nier of lever ten behoeve van nier- of levertransplantaties. Het gaat om die controles, die ten laste van de basisverzekering van de donor komen. Dit zijn de nacontroles die plaatsvinden nadat een periode van 13 weken, respectievelijk een half jaar zijn verstreken;
- de kosten van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomanagement en COPD. Onder ketenzorg wordt verstaan: Zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Een aantal behandelingen/indicaties laten wij geheel of gedeeltelijk buiten uw verplichte eigen risico vallen. Hiervoor krijgt u dus geen verplicht eigen risico in rekening gebracht. Het verplichte eigen risico wordt niet in rekening gebracht voor die behandelingen als u deze zorg krijgt in een bij SAZ aangesloten ziekenhuis.

Kijk op www.beterdichtbij.nl voor de lijst behandelingen en aangesloten ziekenhuizen.

In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het volmaken van het verplichte eigen risico.

lid 2 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het verplichte 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 basisverzekering heeft gelopen dan wel zal lopen en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

lid 3 Voor de bepaling van de hoogte van het verplichte eigen risico is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend.

Indien de verzekerde in de loop van het kalenderjaar achttien jaar is geworden, wordt het verplichte eigen risico berekend door het bedrag in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover premie verschuldigd is en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

lid 4 Voor de berekening van het verplichte eigen risico wordt de DBC of het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

lid 5 Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risico worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.

lid 6 Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplichte eigen risico, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.

Artikel 6 Vrijwillig gekozen eigen risico

lid 1 Het vrijwillig gekozen eigen risico is € 0,- tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.

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

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

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

- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of

instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;

- de kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van nacontroles van levende donoren van een nier of lever ten behoeve van nier- of levertransplantaties. Het gaat om die controles, die ten laste van de basisverzekering van de donor komen. Dit zijn de nacontroles die plaatsvinden nadat een periode van 13 weken, respectievelijk een half jaar zijn verstreken;
- de kosten van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomanagement en COPD. Onder ketenzorg wordt verstaan: Zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Een aantal behandelingen/indicaties laten wij geheel of gedeeltelijk buiten uw vrijwillige eigen risico vallen. Hiervoor krijgt u dus geen vrijwillig eigen risico in rekening gebracht. Het vrijwillige eigen risico wordt niet in rekening gebracht voor die behandelingen als u deze zorg krijgt in een bij SAZ aangesloten ziekenhuis.

Kijk op www.beterdichtbij.nl voor de lijst behandelingen en aangesloten ziekenhuizen.

In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het volmaken van het vrijwillig gekozen eigen risico.

lid 5 Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplichte eigen risico, bedoeld in artikel 5 en

worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.

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 basisverzekering heeft gelopen dan wel zal lopen 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 basisverzekering had gesloten, wordt het vrijwillig gekozen eigen risico 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 vrijwillig gekozen 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 op hele euro's.

lid 8 Voor de berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt de DBC of het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

lid 9 Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg

heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risico worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.

Artikel 7 Algemeen

lid 1 Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de polis omschreven

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

lid 2 Opname in een andere dan de verzekerde klasse

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

lid 3 Begin en einde van de vergoeding

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

lid 4 Registratie van de persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gegevens gebruikt de zorgverzekeraar voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, het

beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij de gegevens raadplegen bij de Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 124, 3700 AC te Zeist.

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kan de zorgverzekeraar, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, de persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door de zorgverzekeraar getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS.

Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Ook het van toepassing zijnde privacyreglement is daar te vinden.

lid 5 BurgerServiceNummer

De zorgverzekeraar is wettelijk verplicht het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde in de administratie op te nemen. De zorgaanbieder, het indicatieorgaan of de zorgverzekeraar zijn wettelijk verplicht dit BSN te gebruiken bij het

verstrekken van persoonsgegevens. Dit geldt alleen bij:

- indicatiestelling voor zorg;
- verlening van zorg;
- verzekering van zorg.

lid 6 Machtiging

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan gedurende de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving. Indien in de machtiging een periode is vermeld die langer strekt dan de looptijd van de verzekering, dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over.

lid 7 Kennisgeving

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Artikel 8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

lid 1 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht:

- a. bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een geldig legitimatiebewijs zijnde een rijbewijs, paspoort of 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 daarom vraagt;
- c. aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast

medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacy wet- en regelgeving;

- d. binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar te melden dat de verzekerde gedetineerd is. Bij einde detentie dient dit eveneens binnen 30 dagen te worden gemeld aan de zorgverzekeraar. Dit in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting en premieplicht tijdens de duur van de detentie.

lid 2 De originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de datum van behandeling bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn. Een betalingsoverzicht, offerte, orderbevestiging, bewijs van aanbetaling of voorschotnota worden niet beschouwd als nota.

lid 3 Indien de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft de verzekerde geen aanspraak op zorg dan wel behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden of mag deze de kosten terugvorderen.

Artikel 9 Regres

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- a. de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.
- b. alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde -

een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling te treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het bepaalde, is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

Indien verzekerde het verplicht of vrijwillig gekozen eigen risico moet betalen voor medische hulp ten gevolge van een ongeval waarbij een schuldige tegenpartij betrokken is, dient verzekerde dit zelf bij de tegenpartij te verhalen.

Artikel 10 Fraude

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van een (basis)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendsels.

Uitsluitingen

"Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Fraude kan ook tot gevolg hebben dat:

1. er aangifte wordt gedaan bij de politie;
2. de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;
3. er een registratie plaatsvindt in het tussen financiële instellingen gangbare waarschuwingssysteem. Een eventueel al gedane uitkering (waaronder ook begrepen kosten) zal worden teruggevorderd."

Artikel 11 Onrechtmatige inschrijving

lid 1 Indien ten behoeve van een verzekerde een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet of aanmelding via Regeling onverzekerden van het CVZ 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 Indien de verzekerde op grond van Regeling onverzekerden van het CVZ is verzekerd kan deze de basisverzekering gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CVZ hem daarvan mededeling heeft gedaan, vernietigen indien de verzekerde aan het CVZ en de zorgverzekeraar aantoonde in de periode bedoeld in de Regeling onverzekerden van het CVZ reeds bij een andere zorgverzekeraar verzekerd is.

lid 3 De zorgverzekeraar zal de premie die de verzekerde vanaf de dag dat de verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de sindsdien

voor zijn rekening genoten zorg en het saldo aan de verzekerde uitbetalen dan wel bij hem in rekening brengen.

Artikel 12 Premiebetaling en betalingsachterstand lid 1 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, bij vooruitbetaling te voldoen.
Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie te (her)berekenen of te restitueren. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding. Indien is gekozen voor premiebetaling per jaar, halfjaar of kwartaal en de betaling is niet binnen de gestelde betalingstermijn van 30 dagen voldaan, behouden wij ons het recht voor de premiebetalingstermijn om te zetten in maandbetaling. Het recht op betalingskorting komt dan te vervallen.
- b. In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd verrekening of restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

lid 2 Betalingsachterstand

- a. Als verzekeringnemer de premie niet-tijdig betaalt, stuurt de zorgverzekeraar verzekeringnemer een aanmaning. Als verzekeringnemer niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste

14 dagen, kan de zorgverzekeraar de dekking schorsen. In dat geval bestaat vanaf de dag volgend op de in de aanmaning genoemde termijn geen recht op vergoeding van de kosten van zorg. Verzekeringnemer blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop de zorgverzekeraar het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten heeft ontvangen. De zorgverzekeraar heeft het recht bij niet-tijdige betaling de basisverzekering te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

- b. De zorgverzekeraar kan administratiekosten en daarnaast de (buiten-)gerechtelijke incassokosten en wettelijke rente bij verzekeringnemer in rekening brengen.
- c. Als verzekeringnemer al is aangemaand voor niet-tijdige betaling van premie hoeft de zorgverzekeraar verzekeringnemer bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- d. De zorgverzekeraar heeft het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door verzekeringnemer gedeclareerde kosten van zorg of andere van de zorgverzekeraar te ontvangen bedragen.
- e. Als verzekeringnemer een betalingsachterstand heeft van twee maandpremies, biedt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer, uiterlijk tien werkdagen nadat deze betalingsachterstand is vastgesteld een betalingsregeling aan. Deze betalingsregeling bestaat ten minste uit:

1. een machtiging van verzekeringnemer voor automatische incasso van nieuwe verschuldigde premie, of een opdracht van verzekeringnemer aan de werkgever, pensioenfonds, uitkeringsinstantie of een andere derde van wie verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens verzekeringnemer de nieuwe verschuldigde premies rechtstreeks aan de zorgverzekeraar te betalen;
2. afspraken over de wijze waarop verzekeringnemer de schulden, inclusief rente- en incassokosten, aan de zorgverzekeraar betaalt en binnen welke termijnen;
3. de toezegging van de zorgverzekeraar om de basisverzekering niet te beëindigen, schorsen of opschorten zolang de machtiging of opdracht tot betaling zoals opgenomen onder punt e.1 van dit artikel niet wordt ingetrokken en de afspraken zoals opgenomen in de betalingsregeling na worden gekomen.

De zorgverzekeraar geeft de verzekeringnemer vier weken de tijd om het aanbod voor een betalingsregeling te accepteren. Ook informeert de zorgverzekeraar de verzekeringnemer over de gevolgen als verzekeringnemer het aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot zes of meer maandpremies; zie punt g van dit artikel. Het kan ook zijn dat verzekeringnemer een ander heeft verzekerd voor een basisverzekering bij de zorgverzekeraar. In dat geval neemt de zorgverzekeraar in het aanbod voor een betalingsregeling ook een bereidverklaring tot opzegging van deze verzekering op met ingang van de dag waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:

- de verzekerde zich uiterlijk met ingang van dezelfde dag op grond van een andere basisverzekering heeft verzekerd;
- en de verzekerde de machtiging of opdracht tot betaling zoals omschreven onder punt e.1 van dit artikel heeft afgegeven indien de nieuwe basisverzekering ook bij de zorgverzekeraar is gesloten.

De zorgverzekeraar stuurt deze verzekerde een kopie van alle in dit artikel genoemde stukken op hetzelfde moment dat de stukken aan de verzekeringnemer worden gestuurd.

- f. 1. Als de verzekeringnemer een betalingsachterstand heeft van vier maandpremies, delen wij verzekeringnemer mee dat de zorgverzekeraar verzekeringnemer bij het CVZ zal aanmelden zoals opgenomen in punt g. van dit artikel. Als de basisverzekering voor een ander is gesloten, zullen wij deze verzekerde informeren.
2. Verzekeringnemer of de verzekerde kan de zorgverzekeraar uiterlijk binnen vier weken laten weten het bestaan of de hoogte van de schuld te betwisten. Als de zorgverzekeraar de betwisting tijdig heeft ontvangen, zal de zorgverzekeraar een onderzoek instellen. Als de zorgverzekeraar de verzekeringnemer meedeelt het standpunt te handhaven, kan verzekeringnemer binnen vier weken een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijke rechter voorleggen.
3. Als de betalingsregeling zoals opgenomen in punt e. van dit artikel ingaat nadat er een betalingsachterstand van vier maandpremies is ontstaan stuurt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer geen mededeling zoals

vermeld onder punt f.1 van dit artikel zolang verzekeringnemer de nieuwe premies voldoet.

- g. Als verzekeringnemer een betalingsachterstand heeft van zes of meer maandpremies, meldt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer aan bij het CVZ. Na de aanmeldingsbevestiging van het CVZ, is verzekeringnemer verplicht een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie aan het CVZ te betalen. Het CVZ int deze premie totdat verzekeringnemer alle verschuldigde bedragen inclusief rente- en incassokosten heeft betaald. De zorgverzekeraar meldt de verzekeringnemer niet aan bij het CVZ als:
1. verzekeringnemer de premieachterstand tijdig heeft betwist en de zorgverzekeraar het standpunt nog niet aan verzekeringnemer heeft meegedeeld;
 2. verzekeringnemer binnen 4 weken nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft meegedeeld het standpunt te handhaven en de premieschuld te zullen melden aan het CVZ, het geschil heeft voorgelegd aan de SKGZ of burgerlijke rechter en zolang er op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 3. verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoonbaar een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van de schulden te hebben gesloten.

Onderdeel van de melding bij het CVZ vormt de verklaring van de zorgverzekeraar artikel 18b en het tweede lid van artikel 18c Zvw in acht te hebben genomen.

- h. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer en het CVZ meteen op de hoogte van de datum waarop:
1. de uit de basisverzekering voortvloeiende schulden volledig zijn voldaan of tenietgaan;
 2. de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet op de verzekeringnemer van toepassing heeft verklaard;
 3. verzekeringnemer gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waarin de zorgverzekeraar deelneemt.

De plicht om de bestuursrechtelijke premie aan het CVZ te betalen, eindigt met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de data zoals hierboven vermeld. Vanaf dit moment herleeft de plicht om de premie aan de zorgverzekeraar te betalen.

- i. Verzekeringnemer is geen premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18d, eerste lid, of 18e, Zvw.

lid 3 Opschorting bij detentie

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

Artikel 13 Declaraties en schorsing

lid 1 Rechtstreeks betaalde declaraties

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te

voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen.

lid 2 Verschuldigde bedragen

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voor zover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

lid 3 Vordering in het algemeen

De in het vorige lid 2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer hiervan bericht heeft ontvangen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

lid 4 Schorsing

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de genoemde termijn betaalt, volgt een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in

op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd.

Artikel 14 Kennisgeving relevante gebeurtenissen lid 1 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

lid 2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een verzekerde

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

lid 3 Bereiken van de zevenentwintigjarige leeftijd door een medeverzekerd kind op een werkgeverscollectief

Op de eerste van de maand volgend op het bereiken van de 27-jarige leeftijd dient een kind dat is meeverzekerd op een werkgeverscollectief van zijn ouder(s) zich zelfstandig te verzekeren. Dit geldt niet voor een collectiviteit via een vereniging of een tussenpersonencollectiviteit. De

zorgverzekeraar benadert hiervoor zes weken voor deze datum de verzekeringnemer.

Artikel 15 Herziening van premie of voorwaarden

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties. 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 medegedeeld.

Artikel 16 Begin en einde van de verzekering

16.1 Begin van de basisverzekering

lid 1 De basisverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de basisverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.

lid 2 Indien degene ten behoeve van wie de basisverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een basisverzekering verzekerd is en de verzekeringnemer aangeeft de basisverzekering 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 basisverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zo nodig in afwijking van artikel 925, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.

lid 4 Indien de basisverzekering in gaat binnen een maand nadat een eerdere basisverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden (of premie) is geëindigd door opzegging, werkt deze terug tot en met de dag na die waarop de eerdere basisverzekering is geëindigd.

16.2 Duur van de basisverzekering

lid 1 De verzekeringnemer kan de basisverzekering voor 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de basisverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

Opzeggen kan op de volgende manieren:

- de verzekeringnemer zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op;
- de verzekeringnemer maakt gebruik van de overstapservice. Als de verzekeringnemer uiterlijk op 31 december een nieuwe basisverzekering sluit voor het daaropvolgende jaar, zegt de nieuwe zorgverzekeraar de oude basisverzekering op.

lid 2 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de basisverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere basisverzekering wordt verzekerd.

lid 3 De verzekeringnemer kan de basisverzekering opzeggen bij wijziging in de grondslag van de premie ten nadele van de verzekeringnemer. De verzekeringnemer kan de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, binnen 30 dagen nadat de wijziging hem is medegedeeld.

lid 4 Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de basisverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, binnen 30 dagen nadat de wijziging hem is medegedeeld.

lid 5 De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging een overstap betreft van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van dezelfde kalendermaand.

lid 6 Bij het beëindigen van de polis vervallen alle kortingsrechten en overige afspraken van het collectieve deel.

lid 7 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 8 In afwijking van het zevende lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere basisverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.

lid 9 De opzegmogelijkheden zoals genoemd in artikel 16.2 gelden niet gedurende de periode dat verzekeringnemer de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet binnen de gestelde termijnen heeft voldaan, zoals vermeld in artikel 12. Bovenstaande is niet van toepassing als de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

lid 10 De opzegmogelijkheden zoals genoemd in artikel 16.2 gelden niet gedurende de eerste 12 maanden van de verzekeringsovereenkomst, voor verzekerden die zijn verzekerd via de Regeling onverzekerden van het CVZ.

16.3 Beëindiging van rechtswege

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

- a. de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schade-verzekeringsbedrijf, geen basisverzekering meer mag aanbieden of uitvoeren;

- b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen;
- c. de verzekerde overlijdt. De zorgverzekeraar 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.

lid 2 De basisverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten basisverzekering aanbiedt of uitvoert.

lid 3 De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een basisverzekering 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 4 De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel c of d, dan wel het tweede lid tot het einde van de basisverzekering hebben geleid of kunnen leiden.

lid 5 Indien de zorgverzekeraar op grond van het in het vierde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de basisverzekering 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 6 Aan een opzegging of ontbinding van de basisverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.

lid 7 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na fraude als bedoeld in artikel 10.

Artikel 17 Geschillen en klachten

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Verzoek om heroverweging

Als u het niet eens bent met de beslissing die wij voor de uitvoering van de basisverzekering hebben genomen, dan kunt u ons verzoeken deze beslissing te heroverwegen. U kunt uw verzoek richten aan BeterDichtbij Postbus 42, 3800 AA Amersfoort.

SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op uw verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven, dan kunt u naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Lukt bemiddeling niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen. U kunt met uw verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

Klachten

Hebt u een klacht die niet gaat over de uitvoering van uw basisverzekering, neemt u dan eerst

contact op met uw verzekeringsadviseur. Deze zoekt, zo nodig in overleg met BeterDichtbij, naar een passende oplossing.

Als het overleg met uw verzekeringsadviseur geen oplossing biedt, kunt u een klacht bij ons indienen. Gebruik het klachtenformulier op www.beterdichtbij.nl of stuur een mailbericht aan klachten@beterdichtbij.nl

Vindt u dat uw klacht niet goed is afgehandeld? Leg uw klacht dan ook voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

U kunt met uw klacht ook naar de bevoegde rechter.

Klachten over standaardformulieren

Als u onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vindt, kunt u een klacht daarover indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa kan hierover een bindend advies geven.

Artikel 18 Geneeskundige zorg

Artikel 18.1 Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten voor) zorg verleend door een gecontracteerd audiologisch centrum dat als zodanig conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten, bestaande uit:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de gehoorapparatuur;

- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

Voor deze zorg is een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts, jeugdarts consultatiebureauarts of keel-, neus- en oorarts noodzakelijk.

Artikel 18.2 Buitenland

lid 1 Algemeen

De verzekerde die woont in Nederland en zorg geniet buiten Nederland heeft:

- aanspraak op (vergoeding van kosten van) zorg door een gecontracteerde zorgverlener;
- aanspraak op (vergoeding van kosten van) zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener. Hierbij vindt een vergoeding van kosten plaats zoals die zou plaatsvinden indien de zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener zou zijn verleend als bedoeld in artikel 3 lid 6.

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

- aanspraak op (de vergoeding van kosten voor) zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een zorgaanbieder conform de basisverzekering:
 - tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief, indien zorg

binnen Nederland zou zijn verleend;

- indien en voorzover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal de in Nederland geldende marktconforme vergoeding.

lid 3 De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU-land of verdragsland is, heeft aanspraak op (vergoeding van kosten van) zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder conform de basisverzekering:

- tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
- indien en voor zover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal de in Nederland geldende marktconforme vergoeding.

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

lid 5 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.

lid 6 Advies en bemiddeling BeterDichtbij heeft voor u met een aantal ziekenhuizen in Duitsland, België

en Spanje afspraken gemaakt. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij afspraken hebben gemaakt, ga dan naar www.beterdichtbij.nl. Wilt u advies over geplande zorg in het buitenland of heeft u vragen over zorgbemiddeling, neem dan contact op met BeterDichtbij Zorgcoach via (033) 464 22 33 of managed.care@beterdichtbij.nl.

lid 7 Ziekenhuisopname melden

Bij opname in een ziekenhuis is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg. Spoedeisende zorg is onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

lid 8 Betaling

Uitkering vindt plaats in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de uitkering vaststelt.

Artikel 18.3 Dialyse

Aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten voor) niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse alsmede de hiermee verband houdende medisch specialistische zorg verleend ten huize van de verzekerde al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging en voor de behandeling benodigde geneesmiddelen en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Tot de aanspraak op (de vergoeding van kosten voor) niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens:

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

Deze zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar.

Artikel 18.4 Dyslexiezorg

lid 1

- a. Aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten voor) diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie. Er bestaat alleen recht op vergoeding bij kinderen van zeven jaar of ouder die basisonderwijs volgen. Er is sprake van ernstige dyslexie als het gaat om een ernstige specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald. Ernstige dyslexie onderscheidt zich van andere lees- en spellingsstoornissen.
- b. Diagnostiek en behandeling worden uitgevoerd onder eindverantwoordelijkheid van het Regionaal Instituut Dyslexie (RID), een gecontracteerde gezondheidszorgpsycholoog, gecontracteerde kinder- en jeugdpsycholoog of gecontracteerde orthopedagoog-generalist, die werkt in een multidisciplinair team van deskundigen.
- c. Kosten van diagnostiek komen voor vergoeding in aanmerking onder de volgende voorwaarden:
 - Diagnostiek vindt plaats volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling 2006.
- d. Kosten van behandeling komen voor vergoeding in aanmerking onder de volgende voorwaarden:
 - Ernstige dyslexie is gediagnosticeerd volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling 2006;
 - Behandeling van ernstige dyslexie wordt uitgevoerd volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling 2006.
- e. Een verwijzing in het kader van ernstige dyslexie moet afgegeven zijn door een bevoegd en deskundig functionaris met bijbehorende expertise zoals beschreven in het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling 2006. Een aanmelding voor diagnostisch dyslexie

onderzoek vanuit de school is ontvankelijk indien de schoolanamnese en signaleringsgegevens stagnatie aantonen en de gegevens betreffende extra begeleiding op school aantonen dat hierin geen of onvoldoende verbetering optreedt.

- f. De kosten voor dyslexiezorg worden in rekening gebracht met een DBC.
- g. Het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling 2006 is opvraagbaar bij de zorgverzekeraar.

Artikel 18.5 Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing

Aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten van) centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een 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 erfelijkheidsadviesing 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 adviesing plaatsvinden. Voor deze zorg is een verwijzing door een medisch specialist noodzakelijk.

Artikel 18.6 Farmaceutische zorg

lid 1 Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op (de vergoeding van kosten van) apotheekzorg. Apotheekzorg betreft de vergoeding voor terhandstelling van uitsluitend op recept verkrijgbare geneesmiddelen en medicatiebeoordeling chronisch.

Terhandstelling betreft:

- a. de door de zorgverzekeraar op basis van bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen.
- b. andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft die:
 1. door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld;
 2. overeenkomstig artikel 40 derde lid onder c van de Geneesmiddelenwet vast te stellen regels in de handel worden gebracht en op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant. De geneesmiddelen zijn bestemd voor gebruik door individuele patiënten van die arts en zijn onder zijn toezicht bereid volgens zijn specificaties;
 3. overeenkomstig artikel 40 derde lid onder c van de Geneesmiddelenwet vast te stellen regels in de handel zijn in een andere lidstaat of een derde land en op verzoek van een arts in Nederland zijn ingevoerd of anderszins binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht en bestemd zijn voor een patiënt die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners.
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
Medicatiebeoordeling chronisch betreft: een controle door de apotheker bij gebruik van vijf of meer geneesmiddelen. Controle vindt plaats in een privégesprek thuis of in een apotheek. Vergoeding maximaal eenmaal per verzekerde per jaar.

lid 2 De onder artikel 18.6 lid 1 a genoemde aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten van) terhandstelling van die geneesmiddelen die

zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door de zorgverzekeraar. Een en ander is nader uitgewerkt in Het Reglement Farmaceutische Zorg BeterDichtbij. Het Reglement Farmaceutische Zorg BeterDichtbij maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Deze is te raadplegen op de website www.beterdichtbij.nl en wordt desgevraagd toegezonden.

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

Tenzij de zorgverzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder, dienen de onder lid 1 genoemde middelen ter hand te zijn gesteld op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, consultatiebureauarts, orthodontist, kaakchirurg of verloskundige. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Voor sommige geneesmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen.

Voor de aanspraak op de vergoeding van een aantal geneesmiddelen gelden nadere voorwaarden zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In aansluiting daarop stelt de zorgverzekeraar in zijn Reglement Farmaceutische Zorg BeterDichtbij nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de terhandstelling van een aantal geneesmiddelen en over het aanvragen van de toestemming.

Daarnaast staan er in dit reglement specifieke bepalingen over het recht op vergoeding.

Tevens geldt de onder lid 1 genoemde aanspraak (op vergoeding van kosten) niet voor:

- farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- geneesmiddel waarvoor hetzij een aanvraag om een handelsvergunning bij het Bureau is ingediend, hetzij waarmee nog klinische proeven gaande zijn en dat overeenkomstig bij ministeriële regeling te stellen voorwaarden beschikbaar is gesteld voor gebruik in schrijnende gevallen;
- homeopatische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
- voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitaminen;
- andere kosten (bijvoorbeeld administratie- of verzendkosten);
- geneesmiddelen die een apotheek levert, maar die gebruikelijk in het ziekenhuis worden toegediend, in art. 5 van het Reglement Farmaceutische Zorg BeterDichtbij zijn deze geneesmiddelen en/of nadere voorwaarden

opgenomen;- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel.

lid 3 Op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten bestaat uitsluitend aanspraak als een verzekerde niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en de verzekerde:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- b. lijdt aan een voedselallergie;
- c. lijdt aan een resorptiestoornis;
- d. lijdt aan een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
- e. daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Dieetpreparaten die niet via een infuus worden toegediend, komen uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar.

In het Reglement Farmaceutische Zorg BeterDichtbij zijn nadere voorwaarden opgenomen over het aanvragen van de toestemming. Daarnaast staan er in dit reglement specifieke bepalingen over het recht op vergoeding.

De dieetpreparaten dienen geleverd te worden door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Voor dieetpreparaten is een verwijzing door een diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg noodzakelijk.

Een overzicht van de gecontracteerde leveranciers is terug te vinden op de website www.beterdichtbij.nl.

lid 4 Farmaceutische zorg zoals bedoeld onder artikel 18.6 lid 1 tot en met 3 omvat ook het daarbij behorende advies van en begeleiding door degene die het geneesmiddel aan de verzekerde ter hand stelt.

lid 5 Voor geregistreerde geneesmiddelen hanteren wij een maximale vergoedingslimiet per geneesmiddelengroep. De kosten boven de vergoedingslimiet komen voor rekening van de verzekerde. In artikel 6 van het Reglement Farmaceutische Zorg BeterDichtbij zijn nadere voorwaarden opgenomen over de vergoedingslimiet. Een door de verzekeraar vastgestelde lijst met lagere maximale vergoedingen dan de adviesprijs in de Z-Index is terug te vinden op www.beterdichtbij.nl

Voor informatie over geregistreerde geneesmiddelen kunt u www.medicijnkosten.nl raadplegen. Voor informatie over niet geregistreerde geneesmiddelen kunt u contact op nemen met de afdeling Claimbehandeling. Telefoonnummer: (033) 464 22 33.

Artikel 18.7 GGZ - Generalistische Basis GGZ lid 1 Algemeen

De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De zorg is gericht op de behandeling van een psychische stoornis of aandoening, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis of aandoening, niet zijnde gespecialiseerde GGZ. De aanspraak op zorg of

vergoeding van kosten van zorg is gehouden aan hetgeen in de artikelen 2 lid 4 en 5 is omschreven. Gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.beterdichtbij.nl.

lid 2 Verwijzing

- a. Voor de Generalistische Basis GGZ, niet-specialistische GGZ, is een verwijsbrief noodzakelijk van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. 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 huisarts, jeugdarts 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 3 Hoofdbehandelaar

- a. Hoofdbehandelaar
Een hoofdbehandelaar is de eindverantwoordelijke voor de behandeling en heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is. De hoofdbehandelaar is direct betrokken bij de diagnostiek en behandeling. Onder een hoofdbehandelaar verstaan wij hier een gecontracteerde gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, psychiater, zenuwarts, klinisch psycholoog of een verpleegkundig specialist die werkzaam is in een instelling (voor het product Basis GGZ 'Chronisch', zie lid 4). En voor jeugdigen een gecontracteerde Kinder- en Jeugdpsycholoog en orthopedagoog-generalist.
- b. Medebehandelaren GGZ
Medebehandelaren werken onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar en zijn met hun taakbetrekking opgenomen in

- de CONO-beroepentabel voor de GGZ.
- c. GGZ-instelling
De GGZ-instelling dient te beschikken over een WTZi-toelating en voldoet aan de door de WTZi gestelde voorwaarden. Een geneesheer-directeur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de verleende zorg, waarvan de criteria zijn omschreven in een inzichtelijk kwaliteitshandboek en protocollering de taakafbakening van de bij de behandeling betrokken deskundigen omschrijft.

lid 4 Aanspraak

Aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten van) Generalistische Basis GGZ. Hieronder wordt o.a. eerstelijns psychologische zorg verstaan. Tevens bestaat aanspraak op (de vergoeding van kosten van) internetbehandelingen (bijvoorbeeld Kleur Je Leven.nl) De Generalistische Basis GGZ kent 4 prestaties en een transitieprestatie, zijnde Basis GGZ Kort, Basis GGZ Middel, Basis GGZ Intensief en Basis GGZ Chronisch.

lid 5 Uitgesloten behandelingen:

Door het CVZ is aangemerkt dat onder andere deze zorg niet-verzekerde zorg is op grond van de Zorgverzekeringswet:
Hulp bij werk- en relatieproblemen, de behandeling van aanpassingsstoornissen, psychosociale hulp, zorg bij leer- en ontwikkelingsstoornissen waaronder dyslexie, zelfhulp, het toeleiden naar zorg, neurofeedback, psychoanalyse, intelligentieonderzoek, schoolpsychologische zorg, medisch psychologische zorg, begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, cursussen en hulp bij opvoeding.

Artikel 18.8 GGZ - Gespecialiseerde GGZ

Lid 1. Algemeen

De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De zorg is gericht op de behandeling van een psychische stoornis of aandoening, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis of aandoening. Onder de gespecialiseerde GGZ wordt verstaan: diagnostiek (het vaststellen van de aandoening), en specialistische behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische stoornissen.

De aanspraak op zorg (of vergoeding van kosten van zorg) is gehouden aan hetgeen in artikel 2 lid 4 en 5 is omschreven.

Gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.beterdichtbij.nl.

Lid 2 Verwijzing

- a. Voor de gespecialiseerde GGZ is een verwijsbrief noodzakelijk van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Een verwijsbrief is niet noodzakelijk bij acute zorg.
- b. Voor jeudigen, 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 huisarts, jeugdarts 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 3 Zorgaanbieder

- a. Hoofdbehandelaar
Een hoofdbehandelaar is de eindverantwoordelijke voor de behandeling en heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is. De hoofdbehandelaar is direct betrokken

bij de diagnostiek en behandeling. Onder een hoofdbehandelaar verstaan wij hier een gecontracteerde psychiater, zenuwarts, klinisch psycholoog en psychotherapeut.

- b. Medebehandelaren
Medebehandelaren werken onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar en zijn bevoegd om tijd te schrijven binnen de GGZ-DBC wanneer zij met hun taakbetrekking zijn opgenomen in de CONO-beroepentabel van de GGZ.
- c. GGZ instelling
De GGZ-instelling dient te beschikken over een WTZi-toelating en voldoet aan de door de WTZi gestelde voorwaarden. Een geneesheer-directeur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de verleende zorg, waarvan de criteria zijn omschreven in een inzichtelijk kwaliteitshandboek en protocollering de taakafbakening van de bij de behandeling betrokken deskundigen omschrijft.

Lid 4 Gespecialiseerde GGZ met verblijf

- a. Aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten van) een opname in een gecontracteerde GGZ-instelling, gecontracteerd psychiatrisch ziekenhuis of gecontracteerde psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. De aanspraak omvat de gespecialiseerde psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Hieronder vallen de bij de behandeling behorende paramedische zorg, en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van de opname. Na 365 dagen kan nog recht bestaan op deze zorg op grond van de AWBZ

- b. Het verblijf dient noodzakelijk te zijn in het kader van de behandeling.
- c. Bij de telling van de 365 dagen gelden de volgende regels:
 - 1. Wordt uw opname ten hoogste 30 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 365 dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
 - 2. Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan begint de telling van de 365 dagen opnieuw.
 - 3. Wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking wel mee voor de 365 dagen.
- d. Op verzoek verstrekt de instelling een lijst van alle hulpverleners inclusief BIG registratienummer aan de zorgverzekeraar.
- e. Als verzekerde naar een niet-gecontracteerde GGZ-instelling wil gaan, dan dient verzekerde voor de start van de behandeling een machtiging aan te vragen. Om deze machtiging aan te vragen stuurt de zorgaanbieder namens de verzekerde:
 - 1. een verwijsbrief van de huisarts of bedrijfsarts;
 - 2. de klinische opname indicatie, conform de door de beroepsvereniging vastgestelde richtlijnen;
 - 3. het voorgestelde behandelplan, inclusief aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
 - 4. de hoofdbehandelaar en de medebehandelaren die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
 - 5. de DBC-declaratiecode en de prestatiecode

Lid 5 Gespecialiseerde GGZ zonder verblijf

- a. Aanspraak bestaat (op de vergoeding van kosten van) gespecialiseerde GGZ in een gecontracteerde GGZ instelling of door een gecontracteerde psychiater, zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging alsmede de bij de behandeling behorende paramedische zorg, en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Verder bestaat aanspraak (op de vergoeding van kosten van) gespecialiseerde GGZ van een gecontracteerde vrijgevestigde psychiater, zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
- b. Als verzekerde naar een niet-gecontracteerde GGZ-instelling wil gaan, dan dient verzekerde voor de start van de behandeling een machtiging aan te vragen. Om deze machtiging aan te vragen stuurt de zorgaanbieder namens de verzekerde:
 - 1. een verwijsbrief van de huisarts of bedrijfsarts;
 - 2. het voorgestelde behandelplan, inclusief aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
 - 3. de hoofdbehandelaar en de medebehandelaren die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
 - 4. de DBC-declaratiecode en de prestatiecode

Lid 6 Uitgesloten behandelingen:

Door het CVZ is aangemerkt dat onder andere deze zorg niet-verzekerde zorg is op grond van de Zorgverzekeringswet: Hulp bij werk- en relatieproblemen, de behandeling van aanpassingsstoornissen, psychosociale hulp, zorg bij leer- en ontwikkelingsstoornissen waaronder dyslexie, zelfhulp, het toeleiden

naar zorg, neurofeedback, psychoanalyse, intelligentieonderzoek, schoolpsychologische zorg, medisch psychologische zorg, begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, cursussen en hulp bij opvoeding.

Artikel 18.9 Huisarts

Aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten voor) geneeskundige hulp door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

De aanspraak op zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

Artikel 18.10 Hulpmiddelenzorg

lid 1 Aanspraak bestaat op de verstrekking van functionerende medische hulpmiddelen en verbandmiddelen. Verstrekking van hulpmiddelen geschiedt door een door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerde leverancier. De omvang van de aanspraak op wordt bepaald door de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). In het Reglement Hulpmiddelen BeterDichtbij zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. In het Reglement Hulpmiddelen BeterDichtbij wordt nader gespecificeerd welke middelen door een gecontracteerde leverancier worden verstrekt en welke middelen voor vergoeding in aanmerking komen.

Bij verstrekking van hulpmiddelen door een niet-gecontracteerde leverancier vindt een kostenvergoeding plaats van het in rekening gebrachte tot maximaal het gemiddelde contractstarief.

Het Reglement Hulpmiddelen BeterDichtbij maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Deze is te raadplegen op de website www.beterdichtbij.nl en wordt desgevraagd toegezonden.

lid 2 Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen BeterDichtbij is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende medische hulpmiddel 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 BeterDichtbij 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 Er bestaat uitsluitend recht op medische hulpmiddelen indien deze noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, een en ander ter beoordeling van de zorgverzekeraar.

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

lid 6 Hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ vallen niet onder de dekking.

lid 7 Op een hulpmiddel in bruikleen kan een controle plaatsvinden. Indien de zorgverzekeraar van mening is dat verzekerde redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel is aangewezen, kan de zorgverzekeraar het hulpmiddel terugvorderen.

Artikel 18.11 Mechanische beademing

Aanspraak bestaat (op de vergoeding van kosten) 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 vergoeding (van kosten) voor de zorg uit:

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

Voor deze zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

Artikel 18.12 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Lid 1 Verwijzers naar medisch specialistische zorg. Voor (de vergoeding van kosten voor) deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, of een medisch specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende

zorg. In het geval dat het medisch specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen hulp 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 18.13. De tandarts kan hier als verwijzer optreden ingeval van kaakchirurgische behandelingen. Voor wat betreft behandelingen van IVF of ICSI en plastisch-chirurgische aard bestaat aanspraak met inachtneming van lid 2.d, e en g. Ingeval verzekerde verblijft in een AWBZ-instelling kunnen naast een huisarts of een medisch specialist ook de arts verstandelijk gehandicapten en de specialist ouderengeneeskunde als verwijzer optreden indien deze hoofdbehandelaar is.

lid 2 Ziekenhuis en ZBC

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten voor) verblijf op basis van de laagste klasse in een gecontracteerd ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Het betreft verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 18.12 of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 18.13.

Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, 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 vergoeding van kosten voor) medisch specialistische behandeling

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

b. Niet-klinische medisch specialistische zorg

Aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten voor) medisch specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat (de vergoeding van kosten voor) de medisch specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging (dagopname), alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op voor medisch specialistische behandeling in een door de zorgverzekeraar gecontracteerd ZBC. De aanspraak omvat de medisch specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Een overzicht van de gecontracteerde ZBC's is op te vragen bij de zorgverzekeraar en te vinden op www.beterdichtbij.nl.

Verder bestaat aanspraak op (de vergoeding van kosten voor) medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist of elders.

De aanspraak omvat (de vergoeding van kosten voor) de medisch specialistische behandeling alsmede de bij de behandeling

behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

c. Verpleegkundige zorg zonder verblijf

Naast de in artikel 18.12 lid 2 a bedoelde verpleging, omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf.

De zorg, bedoeld in de eerste zin, omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

d. IVF of ICSI

Aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten voor) de eerste, tweede en derde IVF- of ICSI-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap, tot de leeftijd van drieënveertig jaar, in een vergunninghoudend ziekenhuis. Daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg. Bij een fysiologische (spontane) zwangerschap wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie. Bij een zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf de follikelpunctie of, indien de IVF of ICSI heeft plaatsgevonden doormiddel van het terugplaatsen van ingevroren embryo's, een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie. Een poging gaat pas als een poging tellen, indien er een geslaagde follikelpunctie (het

verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. Bij vrouwelijke verzekerden tot achtendertig jaar wordt bij de eerste twee pogingen maximaal een embryo teruggeplaatst. Bij de derde poging is het toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen is aangewezen. Bij vrouwelijke verzekerden van achtendertig tot en met tweeënveertig jaar is het toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen is aangewezen.

Deze zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar.

e. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak (op de vergoeding van kosten), 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 verslachte 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;
- vervangen en verwijderen van een borstprothese met aantoonbaar lichamelijke functiestoornissen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Deze zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar. Aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard worden beoordeeld aan de hand van de "Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard". Deze is opvraagbaar bij de afdeling Claimbehandeling.

f. Second Opinion

Aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten voor) een second opinion op verwijzing van een huisarts of medisch specialist. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van de verzekerde zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. De verzekerde moet met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

g. Tijdelijke toelating

- Tot 1 januari 2016 bestaat aanspraak op behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten (klachten waar geen duidelijke oorzaak voor gevonden kan worden) met toepassing van radiofrequente denervatie. De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

(ZonMW) financiert een onderzoek naar deze behandeling. Verzekerde heeft alleen recht op deze behandeling als de indicatie en behandeling voldoet aan de voorwaarden van het onderzoeksvoorstel.

- Tot 1 januari 2017 bestaat aanspraak op behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig zijn met de voorwaarden die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMW wordt gefinancierd.
 - Tot 1 januari 2017 bestaat aanspraak op behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie indien de indicatie en behandeling van de verzekerden overeenkomstig zijn met de voorwaarden die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN).
 - Tot 1 januari 2018 worden de volgende 2 interventies voorwaardelijk toegelaten: Transluminale endoscopische step-up benadering bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose. Autologe stamceltransplantaties bij therapiefractaire patiënten met de ziekte van Crohn.
- h. Uitgesloten behandelingen
- Geen aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten voor):
- behandelingen – daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde geneesmiddelen - gericht op de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te

realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;

- behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de circumcisie van de verzekerde (besnijdenis);
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.
- de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging indien er meer dan een embryo wordt teruggeplaatst;
- vruchtbaarheidsgelateerde zorg indien de vrouw drieënveertig jaar of ouder is.

Artikel 18.13 Mondzorg

lid 1 Algemeen

Mondzorg omvat (de vergoeding van kosten van) zorg zoals tandartsen 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.

De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, mondhygiënist of tandprotheticus, ook indien zij werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Onder mondzorg valt tevens verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering en schriftelijk behandelplan van de tandarts, kaakchirurg of medisch specialist vereist.

Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven kunt u vinden op www.beterdichtbij.nl.

lid 2 implantaat

Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de supra-structuur is tevens onder de zorg in het eerste lid onder a begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare volledige overkappingsprothese.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of medisch specialist vereist.

lid 3 Orthodontie

Orthodontische hulp is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- en/of mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of medisch specialist vereist.

lid 4. Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Mondzorg omvat (de vergoeding van kosten) voor verzekerden jonger dan 18 jaar in andere gevallen dan het eerste lid:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. fluorideapplicatie, vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- e. sealing;
- f. parodontale hulp;
- g. anesthesie;
- h. endodontische hulp;
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- j. gnathologische hulp;
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, indien het de vervanging van één 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 hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Indien de verzekerde is aangewezen op de hulp, bedoeld onder l. bestaat in afwijking van het bepaalde onder m, aanspraak op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.

Hiervoor is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag dient een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan gevoegd te worden.

lid 5. Tandheelkunde voor verzekerden ouder dan 18 jaar

Mondzorg omvat (de vergoeding van kosten) voor verzekerden van 18 jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c,

- chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie. Voor chirurgische behandeling is toestemming van de zorgverzekeraar vooraf noodzakelijk;
- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.

lid 6 Gebitsprothese

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

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 uitneembare volledige overkappingsprothese.

Ook geldt de voorwaarde dat toestemming van de zorgverzekeraar noodzakelijk is als de uitneembare

volledige vervangingsprothese binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen.

lid 7 Eigen bijdrage prothese op implantaten

De verzekerde is voor een uitneembare volledige prothetische voorziening dan wel een volledige prothetische voorziening te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in artikel 18.13 lid 2, een eigen bijdrage verschuldigd van € 125,- per kaak.

lid 8 Eigen bijdrage volwassenen

Voor zorg als bedoeld in artikel 18.13 lid 1 betaalt de verzekerde van 18 jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening wordt gebracht indien artikel 18.13 lid 1 niet van toepassing is.

lid 9 Instelling bijzondere tandheelkunde

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 de zorgverzekeraar vereist.

Artikel 18.14 Oncologische zorg bij kinderen

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

Voor deze zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

Artikel 18.15 Transplantatie van weefsels en organen

a. Onder de aanspraak (op de vergoeding van kosten) valt (de vergoeding van kosten van) de 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 (de vergoeding van kosten voor)het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;

b. Transplantaties van weefsels en organen behoren slechts tot de zorg, indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat, mits de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is;

c. De donor heeft aanspraak op (de vergoeding van kosten van) de zorg conform deze polis, gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opname.

Voorts kan de donor aanspraak maken op (de vergoeding van kosten voor) vervoer dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – indien en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag

uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin.

Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, 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 gedeelde inkomsten.

Zorg moet geleverd zijn door een medisch specialist.

Artikel 18.16 Paramedische zorg

lid 1 Paramedische zorg

De aanspraak op (de vergoeding van kosten van) paramedische zorg omvat gecontracteerde oefentherapie, (geriatrische) fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, geriatrische fysiotherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

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 21e behandeling - de noodzakelijke behandelingen, door een gecontracteerde fysiotherapeut, manueel therapeut, 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.

Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een gecontracteerde huidtherapeut.

Toelichting:

Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners paramedische zorg en Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op www.beterdichtbij.nl.

lid 3 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat de noodzakelijke behandelingen, door een gecontracteerde (kinder) 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 is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op www.beterdichtbij.nl.

Voor een andere dan een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening omvat fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar maximaal negen behandelingen door een gecontracteerde (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Op verwijzing van een arts of medisch specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal negen extra behandelingen per

indicatie per kalenderjaar, indien sprake is van een ontoereikend resultaat.

Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een gecontracteerde huidtherapeut.

Toelichting:

Een overzicht van de gecontracteerde zorgverleners paramedische zorg en Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op www.beterdichtbij.nl.

lid 4 Bekkenfysiotherapie

Bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie bij verzekerden van 18 jaar en ouder omvat maximaal negen behandelingen per kalenderjaar door een gecontracteerde bekkenfysiotherapeut. Bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking na een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

lid 5 Ergotherapie

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

lid 6 Logopedie

Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van de (tand-)arts, orthodontist of orthopedagoog door een gecontracteerde 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 dyslexie;
- behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

lid 7 Dieetadvisering

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een geneeskundig doel, gedurende maximaal 3 behandeluren per kalenderjaar.

Dieetadvisering komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking na een verwijzing van een huisarts, tandarts, consultatiebureauarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist.

Artikel 18.17 Revalidatie

Lid 1 Revalidatie

- a. Aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten voor) 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;
 - de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is;
 - de zorg uitgevoerd wordt door een multidisciplinair team onder leiding van een medisch specialist of revalidatie-arts in een

door de zorgverzekeraar gecontracteerde revalidatie-instelling. De revalidatie-instelling moet als zodanig conform de bij of krachtens de wet gestelde regels zijn toegelaten.

b. Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie, revalidatie 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).

Voor (de vergoeding van kosten voor) de onder a en b bedoelde revalidatie is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist.

Lid 2 Geriatrische revalidatiezorg

- a. Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainvaardigheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. b. De geriatrische revalidatiezorg valt slechts onder de zorg zoals onder a benoemd indien:
- de zorg aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 18.12 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit aanspraken AWBZ gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat verblijf in dezelfde instelling en,

- de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 18.12. c. De duur van de geriatrische revalidatie, zoals bedoeld onder b, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.

Artikel 18.18 Stoppen met roken

Het stoppen-met-rokenprogramma behelst de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met geneesmiddelen met als doel te stoppen met roken. De zorg omvat het een keer per jaar volgen van een behandelprogramma. De zorg kan geleverd worden door de huisarts, medisch specialist, verloskundige, gezondheidszorgpsycholoog, Stivoro, Meditel, Rookvrij! Ook jij? en zorgverleners die staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken. Het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken kunt u raadplegen op www.KwaliteitsregisterStopmetRoken.nl.

Artikel 18.19 Trombosedienst

Aanspraak bestaat op (de vergoeding van kosten van) zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts.

De zorg omvat:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
- het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;

- d. het opleiden van de verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Artikel 18.20 Verloskundige zorg en kraamzorg

lid 1 De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op (de vergoeding van kosten voor) verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en aanspraak op kraamzorg dan wel vergoeding van kosten van kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist, met dien verstande dat deze zorg verstrekt dient te worden, zoals een verloskundige die pleegt te bieden, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden dan wel zelfstandig werkend of aan een kraambureau verbonden kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en 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 (de vergoeding van kosten van) medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel 18.12 al dan niet in combinatie

met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

b. Bevalling en kraambed in een ziekenhuis en kraamhotel zonder medische noodzaak

Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een kraamhotel plaatsvinden, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op (de vergoeding van kosten van):

- verloskundige hulp en kraamzorg.

Per opnamedag geldt voor de moeder een eigen bijdrage van € 16,50 en voor het kind een eigen bijdrage van € 16,50. Dit bedrag wordt ingehouden op de maximale vergoeding van € 116,50 voor de moeder en de maximale vergoeding van € 116,50 voor het kind. Indien het ziekenhuis een hoger bedrag in rekening brengt dan € 116,50 voor de moeder en € 116,50 het kind, dan is dit bedrag voor rekening van verzekerde.

De vaststelling van het aantal opnamedagen vindt plaats 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.

Toelichting: een poliklinische bevalling wordt gelijkgesteld aan één opnamedag.

c. Kraamzorg in een kraamhotel of thuis, na bevalling in een ziekenhuis

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamhotel plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op (de vergoeding van kosten van) kraamzorg. Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,10 per uur. De vaststelling van het aantal opnamedagen

vindt plaats op basis van een opgave door het kraamhotel, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamhotel.

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

d. Bevalling en kraambed thuis

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

- a. (de vergoeding van kosten voor) verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
Daarnaast bestaat aanspraak op:
- b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden, bestaat tevens aanspraak op:
- c. kraamzorg gedurende 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 op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg en toegekend door het kraambureau in overleg met de zorgverzekeraar.

De kraamzorg wordt geleverd onder verantwoordelijkheid van een kraamzorgbureau. U kunt zelf een (gecontracteerd) kraamzorgbureau kiezen en kraamzorg aanvragen via www.beterdichtbij.nl.

U kunt daarvoor het woord 'kraamzorg' invullen in het scherm 'zoeken op deze site'.
Kraamzorg aanvragen kan ook via TSN Kraamzorg.

Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,10 per uur.

lid 2 De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op (de vergoeding van kosten voor) prenatale screening wanneer deze inhoudt:

- counseling: hiermee wordt bedoeld informatieverstrekking over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, (zodat de verzekerde een weloverwogen beslissing kan nemen) hierbij geldt dat de zorgverlener dient te beschikken over een vergunning krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek;
- structureel echoscopisch onderzoek en combinatietest: hierbij geldt dat de zorgverlener dient te beschikken over een vergunning krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek of een samenwerkingsafpraak met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat over een vergunning beschikt, tenzij er sprake is van een medische indicatie;
- Voor de combinatietest geldt dat de vrouwelijke verzekerde 36 jaar of ouder is of een medische indicatie heeft.

Artikel 18.21 Voetzorg bij diabetes mellitus

Aanspraak bestaat op zorggerelateerde preventieve voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus voor de volgende zorgonderdelen:

- Jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie;
- Meer frequent gericht voetonderzoek inclusief de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en

voetvorm- en standafwijkingen, bij verzekerden met een matig verhoogd (Simm's 1) of een hoog risico op ulcera (Simm's 2 of 3);

- Behandeling van risicofactoren bij patiënten met een matig verhoogd of een hoog risico op ulcera;
- Educatie en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus;
- Advisering over adequaat schoeisel.

Geen aanspraak bestaat op (vergoeding van kosten voor):

- verwijdering van eelt om cosmetische of verzorgende redenen;
- algemene nagelverzorging, zoals het recht afknippen van nagels om ingroeien te voorkomen.

Voetzorg bij diabetes mellitus komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking na een verwijzing van een huisarts of medisch specialist en moet worden uitgevoerd door een podotherapeut of een pedicure met de aantekening diabetes- of risicovoet.

Artikel 18.22 Ziekenvervoer

lid 1 Algemeen

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

In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, per auto of met een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door de zorgverzekeraar aan te geven vervoermiddel.

lid 2 Ambulancevervoer

Aanspraak (op de vergoeding van kosten) bestaat voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, doch uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

lid 3

De aanspraak (op de vergoeding van kosten) omvat:

- het vervoer naar een zorgverlener of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten – met inachtneming van een eventueel eigen risico – geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen.
- het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;
- het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
- het vervoer vanaf hierboven genoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.

lid 4

Tot de aanspraak (op de vergoeding van kosten) behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

lid 5 Zittend ziekenvervoer

Er bestaat, van en naar de in lid 3 genoemde zorgverleners, aanspraak op gecontracteerd taxivervoer of op de vergoeding van kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de laagste klasse of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- de verzekerde die zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden van en naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.

Zittend ziekenvervoer dient vooraf te worden aangevraagd met een verklaring van de behandelend arts.

De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt. Indien de zorgverzekeraar 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 200 kilometer niet.

Om aanspraak te maken op taxivervoer kunt u contact opnemen met Transvision. Transvision bepaalt namens de zorgverzekeraar of er aanspraak bestaat op verstrekking van taxivervoer en verzorgt het taxivervoer. Informatie over Transvision is te vinden op www.beterdichtbij.nl Transvision is te bereiken op 0900-33 33 33 0 (15 cent per minuut).

lid 6 Hardheidsclausule

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.

Recht op vergoeding conform de hardheidsclausule bestaat als de uitkomst van de rekensom “aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is X het aantal keren per week X het aantal kilometers enkele reis” groter of gelijk is aan 250. Bijvoorbeeld: verzekerde heeft 6 maanden vervoer nodig voor 2 keer per week en de reisafstand enkele reis is 25 kilometer. Dan kan verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule, want $6 \text{ (maanden)} \times 2 \text{ (keer per week)} \times 25 \text{ (kilometer enkele reis)} = 300$. De uitkomst is groter dan 250.

lid 7

Indien zittend ziekenvervoer per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar 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 noodzakelijk is dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.

lid 9

Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 96- per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,31 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

De eigen bijdrage is niet verschuldigd:

- voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de basisverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering (AWBZ) is opgenomen naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de basisverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering (AWBZ) wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
- voor vervoer van een instelling als bedoeld in onderdeel a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de basisverzekering waarvoor in eerstbedoelde

- instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
- voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering (AWBZ) is opgenomen naar een persoon of instelling voor tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering (AWBZ), waarvoor in eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede vervoer terug naar de instelling.

Artikel 19 Uitsluitingen

Geen aanspraak bestaat op zorg of de vergoeding van kosten voor:

- de eigen bijdrage krachtens de AWBZ 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 in geval van ziekterisico bij reizen;
- 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;
- kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg;
- declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- de kosten van consulten, behandelingen,

- geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij BeterDichtbij hiervoor toestemming heeft verleend;
 - schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
 - 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 verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf 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.
- In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet 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 de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringwet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

Artikel 20 Diensten BeterDichtbij Zorgcoach

De verzekerde kan voor zorgbemiddeling terecht bij de ervaren verpleegkundigen van de afdeling BeterDichtbij Zorgcoach. Zorgbemiddeling houdt in dat zij actief op zoek gaan om binnen redelijke termijn kwalitatief goede zorg voor de verzekerde te vinden. Verder kan verzekerde terecht voor onder meer: wachtlijstbemiddeling (snellere behandeling in een ander ziekenhuis, eventueel in het buitenland of in een ZBC), het regelen van hulpmiddelen en algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling BeterDichtbij Zorgcoach is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (033) 464 22 33 en per email via managed.care@beterdichtbij.nl.

Clausule Terrorisme

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT). De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

Belangrijke informatie:

BeterDichtbij:

www.beterdichtbij.nl
Telefoon: (033) 464 22 33.

Afdeling Acceptatie

Email: zorg.acceptatie@beterdichtbij.nl

Afdeling Claimbehandeling

Email: zorg.claimbehandeling@beterdichtbij.nl

BeterDichtbij Zorgcoach

Email: managed.care@beterdichtbij.nl