

**De FBTO Internet Zorgverzekering**

***(Restitutiepolis met deels gecontracteerde zorg 2008)***

## Hoe te handelen

### FBTO Internet Zorgverzekering

#### Inzenden van nota's

##### Algemeen

Alleen originele nota's, niet ouder dan 12 maanden na het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, komen voor vergoeding in aanmerking. In verband met de werking van het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet is het belangrijk dat u al uw ziektekostennota's bij FBTO indient. Dit geldt ook als u een vrijwillig eigen risico heeft gekozen. FBTO stuurt geen nota's retour. Wij adviseren u vooraf een kopie voor uw eigen administratie te maken.

##### Declareren

Wij verzoeken u de volgende 3 stappen te volgen:

Stap 1 Noteer het Burger Service Nummer (is het huidige sofi-nummer) van de verzekerde waar de nota betrekking op heeft op de, originele, nota(s) in de rechterbovenhoek.

Stap 2 Geef aan dat u deze nota "betaald" of "niet betaald" heeft.

Stap 3 Stuur de nota(s) naar:

FBTO  
T.a.v. afdeling Zorg declaratieverwerking  
Postbus 318  
8901 BC LEEUWARDEN

FBTO verwerkt deze nota's binnen 5 werkdagen na ontvangst. Dit betekent dat de vergoeding normaliter binnen 10 dagen na ontvangst op uw bank- of girorekening staat.

##### Online declareren

FBTO is vergoed met de ontwikkeling van een online declaratiemodule.

Hierdoor kunt u uw nota's straks nog sneller bij ons aanleveren en kunnen wij uw nota's sneller verwerken en uitbetalen. Voor meer informatie over deze wijze van declareren verwijzen wij u naar fbto.nl.

##### Nota's geneeskundige kosten buitenland

Declaraties van buitenlandse zorgverleners hoger dan € 200,- kunnen rechtstreeks door ons verrekend worden met de betrokken instantie. Declaraties lager dan genoemd bedrag worden in principe aan u uitbetaald. FBTO heeft overeenkomsten met verschillende zorgverleners in België en Duitsland. In het geval u gebruik maakt van deze zorgverleners worden de nota's rechtstreeks door ons betaald.

Als u (een) buitenlandse nota(s) bij ons wilt declareren verzoeken wij u vriendelijk bij het indienen van de nota, naast het vermelden van het Burger Service Nummer (is het huidige sofi-nummer) van de verzekerde waar de nota betrekking op heeft, de volgende vragen te beantwoorden:

- Welke verzekerde op de polis betreft het?
- In welk land heeft de behandeling plaatsgevonden?
- Waarom heeft de behandeling plaatsgevonden?
- Is er ook een reisverzekering afgesloten en zo ja bij welke maatschappij en onder welk polisnummer?

Beantwoording van bovenstaande vragen bespoedigt de afwikkeling van uw nota's.

In sommige gevallen bieden de antwoorden op bovenstaande vragen onvoldoende informatie om uw nota direct te kunnen vergoeden. Als deze situatie zich voordoet ontvangt u een uitgebreid vragenformulier. Aan de hand van uw antwoorden zullen wij uw declaratie dan verder afhandelen.

## Eigen risico (Verplicht)

Het verplicht eigen risico is automatisch van toepassing en geldt alleen voor personen van 18 jaar en ouder. Als u een beroep doet op de basisverzekering, gaat dit ten koste van uw verplicht eigen risico van maximaal € 150,- per persoon per jaar. De kosten van de huisarts, verloskundige hulp, kraamzorg en tandheelkundige hulp tot 22 jaar vallen niet onder het verplicht eigen risico.

## Eigen risico (Vrijwillig)

Naast het **verplichte** eigen risico kunt u voor de basisverzekering ook kiezen voor een **vrijwillig** eigen risico van € 0,- tot € 500,- in stappen van € 100,-. Hoe hoger uw eigen risico, hoe hoger uw korting op de premie voor de basisverzekering. Uw vrijwillig eigen risico wordt pas aangesproken als uw verplicht eigen risico (van € 150,- per persoon per jaar) is overschreden. De kosten van huisarts, verloskundige hulp, kraamzorg en tandheelkundige hulp tot 22 jaar vallen niet onder het door u gekozen vrijwillig eigen risico

## Hoe te handelen bij:

### Medische kosten in het buitenland

Wordt u in het buitenland geconfronteerd met een situatie waarbij u hulp nodig heeft, neem dan onmiddellijk contact op met de FBTO Alarmcentrale: (058) 234 56 50. Dit nummer is zeven dagen per week en 24 uur per dag bereikbaar.

Let op: dit telefoonnummer gebruikt u alleen in noodsituaties waarin snelle hulp geboden is. Bijvoorbeeld in geval van ongeval, ziekenhuisopname of andere nare omstandigheden waarmee u te maken kunt krijgen. In deze gevallen kan de FBTO Alarmcentrale garant staan voor de kosten van uw behandeling.

In overige gevallen verzoeken wij u de kosten van de buitenlandse zorgverlener voor te schieten en de nota bij terugkomst in Nederland bij ons te declareren (zie ook onder "inzenden van nota's").

## Vooraf aanvragen van behandelingen

Op basis van de polisvoorwaarden moet voor een aantal behandelingen of verstrekkingen vooraf toestemming worden gevraagd. De belangrijkste zijn:

- hulpmiddelen;
- gebitsprothese;
- maagband;
- orgaantransplantaties;
- bijzondere tandheelkunde (zoals bijvoorbeeld implantaten)
- bijzondere orthodontie
- behandelingen in het buitenland.

Deze lijst is niet limitatief. Naast de genoemde behandelingen zijn er ook andere behandelingen, zoals bijvoorbeeld plastische chirurgie en vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, waarvoor het raadzaam is vooraf te informeren naar de vergoedingsmogelijkheden. Wij raden u daarom aan altijd vooraf de voorwaarden te raadplegen of bij ons te informeren. Het rechtstreekse telefoonnummer hiervoor is: (058) 234 53 33.

## Services

### Apotheekservice

Op vertoon van uw FBTO zorgpas declareert de apotheker de kosten rechtstreeks bij FBTO.

### Personen Alarmering

FBTO verzekerden ontvangen korting op de huur en de abonnementskosten in verband met aansluiting op en gebruik van het alarmeringssysteem van ActionLine. Het betreft een korting op de huur en abonnementskosten, alleen voor personenalarmering waarbij er geen sprake is van een medische indicatie.

### Second opinion

U heeft recht op vergoeding van de kosten van een second opinion consult door een tandarts.

### Telefoondokter®

Elke maandag (met uitzondering van feestdagen) tussen 19.00 en 21.00 uur houdt de FBTO-Telefoondokter® spreekuur. Als relatie van ons is uw consult geheel gratis! Zorg wel dat u uw Burger Service Nummer (is uw huidige sofi-nummer) bij de hand heeft. Het rechtstreekse telefoonnummer van de FBTO-Telefoondokter® is: (058) 234 56 46.

### Vakantiedokter

Gratis advies bij niet spoedeisende medische vragen voor en/of tijdens vakantie. Stel, u bent met uw gezin op vakantie en één van de kinderen heeft al twee dagen last van buikpijn. Wat doet u dan? Gaat u naar de plaatselijke dorpsdokter? Of besluit u toch nog maar even te wachten? Voor deze twijfelgevallen is er nu de Vakantiedokter! Vanaf uw vakantieadres kunt u voor advies bij niet-spoedeisende medische hulp bellen naar de Vakantiedokter op telefoonnummer +31 71 36 41 802. U krijgt dan een Nederlands sprekende deskundige hulpverlener aan de lijn. Als het nodig is, verbindt die u meteen door met een verpleegkundige of een arts. Ook voor vaccinatie-advies kunt u de Vakantiedokter bellen.

### Zorgpas/Inkoopvoordelen

Op vertoon van uw FBTO Zorgpas krijgt u korting op producten en diensten van:

- Specsavers;
- VisionClinics;

### Wijzigen van modules

De basisverzekering kunt u aanvullen met een keuze uit 7 modules. U kunt deze modules maandelijks bijsluiten of beëindigen. De bijverzekering of beëindiging gaat in per de eerste van de volgende maand. In bepaalde gevallen krijgt u te maken met een wachttijd op vergoedingen. Voor het doorgeven van deze wijzigingen kunt u terecht op [www.fbto.nl](http://www.fbto.nl) of u kunt het telefonisch doorgeven.

## **INHOUDSOPGAVE**

### **I. ALGEMEEN GEDEELTE**

- Artikel 1 Begripsomschrijving
- Artikel 2 Grondslag van de verzekering
- Artikel 3 Werkgebied
- Artikel 4 Begin van de zorgverzekering
- Artikel 5 Duur van de zorgverzekering
- Artikel 6 Beëindiging van rechtswege
- Artikel 7 Premie
- Artikel 8 Herziening van de premie
- Artikel 9 Verplicht eigen risico
- Artikel 10 Vrijwillig gekozen eigen risico
- Artikel 11 Buitenland
- Artikel 12 Verplichting van de verzekerde
- Artikel 13 Onwaarachtige weergave van feiten
- Artikel 14 Onrechtmatige inschrijving
- Artikel 15 Kennisgeving relevante gebeurtenissen
- Artikel 16 Overige voorwaarden
- Artikel 17 Geschillen

### **II. PRESTATIEWIJZE EN DEKKING**

- Artikel 18 Prestatiewijze en dekking
- Artikel 19 Zorg door een huisarts
- Artikel 20 Medisch specialistische zorg
- Artikel 21 Verloskundige zorg en kraamzorg
- Artikel 22 Revalidatie
- Artikel 23 Orgaantransplantaties
- Artikel 24 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse
- Artikel 25 Mechanische beademing
- Artikel 26 Oncologische aandoeningen bij kinderen
- Artikel 27 Trombosedienst
- Artikel 28 Erfelijkheidsonderzoek en –advisering
- Artikel 29 Audiologische zorg
- Artikel 30 Paramedische zorg
- Artikel 31 Mondzorg
- Artikel 32 Farmaceutische zorg
- Artikel 33 Hulpmiddelenzorg
- Artikel 34 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer
- Artikel 35 Uitsluitingen
- Artikel 36 Begripsomschrijvingen GGZ
- Artikel 37 Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ
- Artikel 38 Specialistische GGZ
- Artikel 39 Persoonsgebonden budget

## **I. Algemeen gedeelte**

### **Artikel 1 Begripsomschrijvingen**

- Bekkentherapeut:** Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- Bedrijfsarts:** Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGCR) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.
- Centrum voor bijzondere tandheelkunde:** Een universitair of daarmee door de zorgverzekeraar gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
- Centrum voor erfelijkheidsadvies:** Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
- Dagbehandeling:** Opname korter dan 24 uur.
- Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):** Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg (voor wat betreft GGZ: specialistische (2<sup>e</sup> lijns) zorg). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.
- Dienstenstructuur:** Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking 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.
- Diëtist:** Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- Ergotherapeut:** Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- EU- en EER-staat:** Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

- Farmaceutische zorg: De ter handstelling van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde nadere reglement.
- Fysiotherapeut: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.
- Gecontracteerde zorg: De zorg die 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.
- Huisarts: Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- Hulpmiddelenzorg: De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
- In-vitrofertilisatiepoging: Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:
- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
  - het afnemen van eicellen;
  - de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium; en
  - het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.
- Jeugdgezondheidszorgarts: De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.
- Kaakchirurg: Een tandarts-specialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- Kalenderjaar: De periode van 1 januari tot en met 31 december.
- Kinderfysiotherapeut: Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
- Kraamcentrum: Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

Logopedist:	Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
Manueel therapeut	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten
Medisch adviseur:	De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.
Medisch specialist:	Een arts, die als medisch specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
Mondhygiënist:	Een mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemd Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist".
Oedeemtherapeut:	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck:	Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
Opname:	Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.
Orthodontie:	Gebitsregulatie.
Orthodontist:	Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
Reglement Hulpmiddelen:	Het Achmea Reglement Hulpmiddelen.
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 conform de bij of krachtens wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
Tandarts:	Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
Tandprotheticus:	Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".
Verblijf:	Opname met een duur van 24 uur of langer.
Verdragsland:	Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders dan de lidstaten van de



	Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.
Verloskundige:	Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
Verzekerde:	Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.
Verzekeringnemer:	Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.
Wet BIG:	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
Wij/ons/FBTO:	FBTO Zorgverzekeringen N.V., in dezen handelend onder de handelsnaam FBTO.
Zelfstandig behandelcentrum:	Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
Ziekenhuis:	Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
Zorgverzekeraar:	De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.

## **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 overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet. Deze zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.
- lid 2 Naast de zorgpolis verstrekt de verzekeraar als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een inschrijvingsbewijs op vertoon waarvan de verzekerde de zorg kan invoeren bij door verzekeraars gecontracteerde zorgaanbieder(s) waarop 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 zorgverzekeraar en zorgaanbieder op grond waarvan rechtstreekse declaratie bij de zorgverzekeraar plaatsvindt.
- lid 4 De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- lid 5 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- lid 6 Op de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in deze zorgpolis omschreven kan conform artikel 2.2. Besluit zorgverzekering een bedrag in mindering worden gebracht indien de zorgverlener een hoger bedrag in rekening brengt dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

## **Artikel 3 Werkgebied**

- lid 1 Deze zorgpolis op restitutiebasis omvat de aanspraak op vergoeding van kosten in geheel Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.

Uitzonderingsbepaling:

In afwijking van de overige bepalingen in deze zorgpolis, kunnen bepaalde bij reglement aangeduide hulpmiddelen alleen in bruikleen worden verstrekt.

## **Artikel 4 Begin van de zorgverzekering**

- lid 1 De zorgverzekering 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 zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.

- lid 2 Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering 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 zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 925, lid 1, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
- lid 4 Indien de zorgverzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, lid 4, boek 7 Burgerlijk Wetboek (BW) is geëindigd door opzegging, werkt de zorgverzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

#### **Artikel 5 Duur van de zorgverzekering**

- lid 1 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- lid 2 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd.
- lid 3 Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer met toepassing van artikel 940, lid 4, boek 7 BW de zorgverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval heeft de verzekeringnemer hiervoor 30 dagen nadat de wijziging hem is medegedeeld.
- lid 4 De 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 betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude zorgverzekering 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 5 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 6 In afwijking van het vijfde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.

## **Artikel 6 Beëindiging van rechtswege**

- lid 1 De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
- de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
  - de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen;
  - de verzekerde overlijdt. De zorgverzekeraar dient binnen dertig dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld;
  - de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt doordat de verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.
- lid 2 De zorgverzekering 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 zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.
- lid 3 De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering 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 zorgverzekering 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 zorgverzekering 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 zorgverzekering 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 schorsing als bedoeld in artikel 7 lid 5 van deze overeenkomst.

## **Artikel 7 Premie**

- lid 1 Krachtens de zorgverzekering 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.
- lid 4 Premiebetaling:
- a. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.  
Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren.  
Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.
- b. In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- lid 5 Schorsing:  
Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan de zorgverzekeraar na de premievervaldag de verzekeringsnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.  
Indien de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.  
De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop alle verschuldigde bedragen en kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen.

### **Artikel 8 Herziening van premie**

- lid 1 Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.
- lid 2 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering met toepassing van artikel 940, lid 4, boek 7 BW opzeggen binnen een maand nadat wij hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie hebben meegedeeld. De opzegging gaat in met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat.

## Artikel 9 Verplicht eigen risico

lid 1 Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 150,- per kalenderjaar. Dit verplicht eigen risico gaat in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Op het verplicht 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 inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent.
- Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
  - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
  - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerderbedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen. ;
- de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed
- De kosten van mondzorg, voor verzekerden jonger dan tweeëntwintig jaar, zoals omschreven in lid 4 van artikel 31 Mondzorg.

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

lid 2 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het verplicht eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

lid 3 Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

lid 4 Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, zoals bedoeld in dit artikel, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.

## Artikel 10 Vrijwillig gekozen eigen risico

- lid 1 Het vrijwillig gekozen eigen risico is € 0,- tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.
- lid 2 Een 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 een vrijwillig gekozen eigen risico wordt overeengekomen geldt de korting op de premiegrondslag zoals vermeld op de premiebijlage.
- lid 4 Op het vrijwillig gekozen 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 inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent.
  - Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
    - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
    - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerderbedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
  - de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed
  - De kosten van mondzorg, voor verzkerden jonger dan teeëntwintig jaar, zoals omschreven in lid 4 van artikel 31 Mondzorg.

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

- lid 5 Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 9, 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 zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

- lid 7 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende vrijwillig gekozen eigen risicobedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het vrijwillig gekozen eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:
- a. ieder bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
  - b. de op grond van onder a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld, en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
  - c. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.
- lid 8 Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- lid 9 Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.

## **Artikel 11 Buitenland**

- lid 1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 18 lid 1 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
- lid 2 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:
- a. aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
  - b. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een zorginstelling of zorgverlener conform de elders in deze polis opgenomen bepalingen die van toepassing zijn indien de zorg door een zorgverlener of instelling binnen Nederland zou zijn verleend.
- lid 3 De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een zorginstelling of zorgverlener conform de elders in deze polis opgenomen bepalingen die van toepassing zijn indien de zorg door een zorgverlener of instelling binnen Nederland zou zijn verleend.
- lid 4 Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.
- lid 5 In 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.

## **Artikel 12 Verplichtingen van de verzekerde**



- lid 1 De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:
- a. bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
  - 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 de privacyregelgeving.
  - d. de zorgverzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
  - e. binnen 30 dagen na aanvang van detentie aan de verzekeraar te melden dat de verzekerde gedetineerd is, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie.

- lid 2 In voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen.

Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is.

- 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.

### **Artikel 13 Onwaarachtige weergave van feiten**

- lid 1 Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:
- a. Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan;
  - b. De zorgverzekeraar vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken bij verzekeringnemer terug;
  - c. De zorgverzekeraar heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.

### **Artikel 14 Onrechtmatige inschrijving**

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

### **Artikel 15 Kennisgeving relevante gebeurtenissen**

- lid 1 Kennisgeving:  
De verzekeringnemer is verplicht binnen dertig 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.  
Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- lid 2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een minderjarige verzekerde:  
De zorgverzekeraar benadert de minderjarige verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste vier weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig gekozen eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de 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.

### **Artikel 16 Overige voorwaarden**

- 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, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.
- lid 2 Opname in een andere dan de verzekerde klasse:  
Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.
- lid 3 Begin en einde van de aanspraak op zorg:  
Indien de verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis recht heeft op zorg, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

## **Artikel 17 Geschillen**

- lid 1 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de Klantenman van FBTO, Postbus 50, 8900 AB LEEUWARDEN.
- lid 3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen dertig dagen door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter.
- lid 4 In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist (skgz.nl). Deze stichting kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de stichting toepasselijke reglement.
- lid 5 Consumenten, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars kunnen klachten indienen bij de NZa over door FBTO zorg gehanteerde formulieren. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar en consument tot bindend advies.
- lid 6 Registratie van persoonsgegevens:  
De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie.

## **II Prestatiewijze en dekking**

### **Artikel 18 Prestatiewijze en dekking**

- lid 1 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling.  
De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
- a. het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
  - b. indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

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.

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, met inachtneming van het hiervoor gestelde. De verzekerde dient in dat geval de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

lid 2 Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de zorgverzekering gehouden is, wordt verzekerde geacht aan zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het voor verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

lid 3 Als u zorg nodig heeft die is omschreven onder de artikelen:

- 19 Zorg door een huisarts
- 20 Medisch-specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)
- 33 Hulpmiddelenzorg
- 37 Eerstelijns psychologische zorg, niet-specialistische GGZ
- 38 Specialistische GGZ

heeft u de keuze uit elke persoon of instelling in Nederland, met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. Wij verstrekken informatie over de personen en instellingen met wie/waarmee zo'n overeenkomst bestaat.

Als u voor de bovengenoemde artikelen zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Per aanspraak c.q. vergoeding beschrijven wij, wanneer van toepassing, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent. Als er geen lagere vergoeding geldt of eigen bijdrage verschuldigd is heeft u aanspraak op vergoeding van kosten tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

## **Geneeskundige zorg**

### **Artikel 19 Zorg door een huisarts**

Lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige zorg 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 zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

- lid 2 De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

## **Artikel 20 Medisch-specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)**

- lid 1 Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts (of bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist). Dit geldt niet voor acute zorg. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden.  
De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 31.

- lid 2 **Ziekenhuisopname**  
Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen.  
Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.  
De aanspraak omvat de 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.

- lid 3 **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 met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een zelfstandig behandelcentrum.

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

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 met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

- lid 4 **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:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- d. 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;
- e. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.
- f. de buikwand (abdominoplastiek) onder voorwaarde dat er sprake is van een verminking of een ernstige functiebeperking.

Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming die direct in het oog springt. Met het begrip verminking wordt bedoeld op verworven aandoeningen zoals misvormingen door brandwonden, misvormingen aan de handen door reumatoïde artritis, misvormingen door verlammingen van de aangezichtszenuw, amputatie van ledematen of geamputeerde mammae. Er is sprake van een verminking bij een abdominoplastiek indien er een misvorming is die vergelijkbaar is met bovenstaande voorbeelden. Een overhang van de buik valt niet onder deze definitie.

Van functiebeperking is sprake in geval van:

- 1. Onbehandelbaar smetten. Dit is een door de dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in huidplooiën dat altijd daar ter plekke aanwezig is en waarbij een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. De reden van het conservatief falen is duidelijk te objectiveren. Als onvoldoende hygiënische maatregelen de oorzaak van het smetten zijn, is vergoeding niet mogelijk.
  - 2. Een ernstige bewegingsbeperking. De bewegingsbeperking wordt in deze als ernstig gezien indien die ontstaat doordat in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengte van de bovenbenen bedekt.
- g. **Verder geldt dat om voor vergoeding in aanmerking te komen de Body Mass Index gedurende ten minste twaalf maanden voor behandeling kleiner dan of gelijk aan dertig moet zijn.**

lid 5 Uitgesloten behandelingen

In aanvulling op het bepaalde in artikel 2 lid 4 bestaat:

- a. Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor behandelingen – daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg - gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of twee van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de eerste, tweede en derde in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap.
- b. Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:
  - behandeling van verlamde of verslachte 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 van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstampuatie;
- het operatief verwijderen en vervangen van een borstprothese na het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstampuatie;
- 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 (mannelijke besnijdenis).

Op de hierboven genoemde vergoeding voor medisch-specialistische zorg kan conform artikel 2.2. Besluit zorgverzekering een bedrag in mindering worden gebracht indien de zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten een hoger bedrag in rekening brengt dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

## **Artikel 21 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 kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige of een huisarts al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden danwel zelfstandig werkend of aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:
- lid 2 Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak  
Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige, huisarts of medisch specialist medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg als bedoeld in artikel 20 al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis,
- lid 3 Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak en in een kraamcentrum  
Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak plaatsvinden, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van kosten van:
- a. Verloskundige hulp en kraamzorg.  
De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt

€ 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 104,50 per dag te boven gaat.

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

Indien de bevalling en/of het kraambed in een kraamcentrum plaatsvinden, bestaat voor de moeder en, met ingang van de dag van bevalling voor haar kind, aanspraak op de vergoeding van kosten voor:

a. Verloskundige zorg en kraamzorg.

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

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

- lid 4 Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis  
Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 14,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 104,50 per dag te boven gaat.

Het kraamcentrum stelt de voor u benodigde uren vast. Dit gebeurt op basis van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg. In dit protocol wordt gekeken naar uw woon- en sociale omstandigheden, uw gezinssituatie en medische aspecten. Het kraamcentrum kijkt naar wat moeder en kind daadwerkelijk aan kraamzorg nodig hebben. De uren worden verdeeld over acht dagen aansluitend op de bevalling. Indien medisch noodzakelijk kan deze periode verlengd worden met nog eens twee dagen. De 9e en de 10e dag hoeven niet te worden aangevraagd. Dit is op indicatie van de verloskundige.

Het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg is te raadplegen via [fbto.nl](http://fbto.nl) en wordt u desgevraagd toegezonden.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg zoals omschreven in lid 5 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 5 sub c genoemde termijn van ten hoogste tien dagen.



- lid 5 Bevalling en kraambed thuis  
Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor:
- a. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
  - b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
  - c. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende 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 en toegekend door het kraambureau in overleg met de verzekeraar.  
Op de vergoeding onder c) blijft een bedrag van € 3,70 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

- lid 6 Prenatale screening  
Op grond van de regeling rond de prenatale screening hebben:
- a. alle zwangere vrouwen aanspraak op counseling. In de counseling krijgen zij informatie over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, om zo weloverwogen een besluit te nemen of zij al of niet deze screening willen ondergaan. Het gaat hier met name om het structureel echoscopisch onderzoek en om de combinatietest;
  - b. alle zwangere vrouwen aanspraak op structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap;
  - c. alle vrouwen van 36 jaar en ouder aanspraak op de combinatietest (nekplooiemeting en serumonderzoek);
  - d. alle vrouwen onder de 36 jaar met een medische indicatie aanspraak op de combinatietest.
- SEO en combinatietest mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning krachtens de WBO (Wet op het Bevolkingsonderzoek) of een samenwerkingsafspraken met een Regionaal Centrum dat over een vergunning beschikt, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

## **Overige medisch-specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)**

### **Artikel 22 Revalidatie**

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van revalidatie, doch uitsluitend indien en voor zover:
- a. deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en,
  - b. de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.
- lid 2 Revalidatie kan plaatsvinden:

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

lid 3 Voor de onder lid 1 en lid 2 bedoelde revalidatie bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding van kosten indien door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij de zorgverzekeraar is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer de zorgverzekeraar als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient deugdelijk gemotiveerd te zijn, en ten minste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

### **Artikel 23 Organtransplantaties**

lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nierpancreas. Onder de aanspraak op de vergoeding van kosten vallen tevens de vergoeding van kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten van het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

lid 2 De donor heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg conform deze polis, gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opneming. 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, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeelde inkomsten.

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

## **Artikel 24 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse**

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg verleend in een dialysecentrum of ten huize van de verzekerde al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging en de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.
- lid 2 Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten van niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens:
- a. de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
  - b. de kosten van het in bruikleen geven van dialyseapparatuur 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;
  - c. 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;
  - d. de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
  - e. de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

## **Artikel 25 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:

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

## **Artikel 26 Oncologische aandoeningen 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).

## **Artikel 27 Trombosedienst**

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts. De zorg omvat:
- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
  - b. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
  - c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
  - d. het opleiden van 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 28 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering**

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door een arts of medisch-specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

### **Artikel 29 Audiologische zorg**

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:
- a. onderzoek naar de gehoorfunctie,
  - b. advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur,
  - c. voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
  - d. psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie,
  - e. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen, door een audiologisch centrum, een en ander op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

### **Artikel 30 Paramedische zorg**

- lid 1 Paramedische zorg:  
De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden. Voor paramedische zorg is een voorschrift nodig.

- lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van achttien jaar en ouder:  
Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van achttien jaar en ouder omvat 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 - vanaf de tiende behandeling – de vergoeding van kosten van de noodzakelijke behandelingen per indicatie door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut. Hiervoor is toestemming vereist van de zorgverzekeraar. Toestemming kan uitsluitend worden verkregen indien er sprake is van verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. De lijst met aandoeningen genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van deze polis. Deze lijst zenden wij u desgevraagd toe en is te raadplegen op fbto.nl. Op de eerder genoemde vergoeding van de kosten kan conform artikel 2.2. Besluit zorgverzekering een bedrag in mindering worden gebracht indien de zorgverlener een hoger bedrag in rekening brengt dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
- lid 3 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan achttien jaar  
Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan achttien jaar omvat tevens de vergoeding van kosten van maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Op verwijzing van een huisarts of medisch specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal negen extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar, indien er sprake is van een ontoereikend resultaat. Op de eerder genoemde vergoeding van de kosten kan conform artikel 2.2. Besluit zorgverzekering een bedrag in mindering worden gebracht indien de zorgverlener een hoger bedrag in rekening brengt dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
- lid 4 Ergotherapie:  
Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal tien behandeluren per kalenderjaar, op voorschrift van een arts, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.
- lid 5 Logopedie:  
Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van de (tand-)arts of orthopedagoog door een logopedist, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.
- lid 6 Dieetadvisering:  
Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een medisch doel, op verwijzing van een arts of tandarts, gedurende maximaal vier behandeluren per kalenderjaar.

## Artikel 31 Mondzorg

- lid 1 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg, tot maximaal het vigerende Wtg-tarief, zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is. De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus en mondhygiënist:
- a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
  - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
  - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
- lid 2 Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is slechts onderdeel van de zorg in het eerste lid onder sub a begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- lid 3 Orthodontische hulp is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkeling- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
- lid 4. Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan tweeëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
  - b. incidenteel tandheelkundig consult;
  - c. het verwijderen van tandsteen,
  - d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die 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, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
  - m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
  - n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
- lid 5 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van verzekerden van tweeëntwintig jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, van:
- a. chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.
  - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.
- lid 6 De verzekerde van tweeëntwintig jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder a, onderscheidenlijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder b tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht, indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.
- lid 7 De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van € 90,-.
- lid 8 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van kosten van mondzorg ter plaatse waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent), is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist vereist.
- lid 9 De verzekerde jonger dan tweeëntwintig jaar heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.
- lid 10 Voor het tot gelding brengen van het recht op vergoeding van kosten van hulp, bedoeld in het eerste lid, onder a tot en met c en het vierde lid onder l is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan gevoegd.

De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

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

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

lid 13 Gebitsprothese

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

Bij deze behandelingen wordt 75 % van de kosten vergoed.

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

Toestemming:

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

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

## **Artikel 32 Farmaceutische zorg**

lid 1 Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van ter handstelling van:

- a. de door de zorgverzekeraar op basis van de ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;



- b. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd, wanneer het rationele farmacotherapie betreft, dit zijn geneesmiddelen die:
- door of in opdracht van een apotheker in zijn/haar apotheek op kleine schaal zijn bereid;
  - volgens artikel 40, derde lid, onder c van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder m, van die wet, of
  - volgens artikel 40, derde lid, onder c van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

lid 2 De onder lid 1a. genoemde aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van ter handstelling van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door de verzekeraar. Een en ander is nader uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar dat onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst wordt toegestuurd door de verzekeraar. Deze is tevens in te zien via fbto.nl. 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 verzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder, dienen de onder lid 1 genoemde middelen te zijn afgeleverd op voorschrift van een behandelend arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Aflevering geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts.

Voor de aanspraak op de vergoeding van een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In aansluiting daarop stelt de zorgverzekeraar in zijn Reglement Farmaceutische zorg nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de aflevering van een aantal geneesmiddelen.

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

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

- lid 3 Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding van kosten in aanmerking als er sprake is van:
- a. een ernstige slikstoornis of een ernstige passagestoornis of ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, of
  - b. een dreigende ernstige ondervoeding door:
    1. chronisch obstructief longlijden, of
    2. een cystische fibrose of
    3. een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

### **Artikel 33 Hulpmiddelenzorg**

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). Deze worden afgeleverd door een door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerde leverancier. Indien de verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde leverancier wordt de aanschafprijs of de huurprijs van het betreffende hulpmiddel vergoed. Dit met in achtneming van de in het Reglement Hulpmiddelen opgenomen maximumbedragen en/of eigen bijdragen. In het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen.  
Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via [fbto.nl](http://fbto.nl) en wordt u desgevraagd toegezonden.
- lid 2 Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel zijn voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- lid 3 De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
- lid 4 De te vergoeden hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de zorgverzekeraar.
- lid 5 Aanspraak op de vergoeding van kosten van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.
- lid 6 Aanspraak op de vergoeding van kosten die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.

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

#### **Artikel 34 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer:**

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

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 middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste tweehonderd kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

lid 3 De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat:

- a. het vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten – met inachtneming van een eventueel vrijwillig gekozen eigen risico – geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen.
- b. het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven.
- c. het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt.
- d. naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen bedoeld in onderdeel a, b en c.

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

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

- a. de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;

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

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 tweehonderd kilometer niet.

- lid 6 Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.
- lid 7 Indien zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, 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 de begeleiding van een verzekerde, jonger dan zestien jaar betreft.  
In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar worden vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.
- lid 9 Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 86,- per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,25 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

### **Artikel 35 Uitsluitingen:**

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van:

- a. de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- b. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de ministeriële Regeling anders is bepaald;
- c. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
- d. alternatieve geneeswijzen;
- e. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;

- f. 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 zesendertig jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;
- g. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg;
- h. declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- i. voor 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;
- j. Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.  
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 Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

### **Artikel 36 Begripsomschrijvingen GGZ**

- Bureau Jeugdzorg:** Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.
- Gezondheidszorgpsycholoog:** Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- GGZ-instellingen:** Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten.
- Eerstelijnspsycholoog:** Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en die voldoet aan de opleidings – en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).<sup>1</sup>
- Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ:** Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.
- Klinisch psycholoog:** Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

- Psychiater/zenuwarts:** Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.
- Psychotherapeut:** Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- Specialistische GGZ:** Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

<sup>1</sup> Het betreft hier dus settingspecifieke taakdifferentiatie. De 1e-lijnspsycholoog heeft zich dus niet toegelegd op de behandeling van een bepaalde patiëntencategorie.

## DEKKING

### Artikel 37 Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ

- lid 1 a. Voor de eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ, is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts of jeugdgezondheidszorgarts. Dit geldt niet voor acute zorg.
- b. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.
- lid 2 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:
- a. de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;
- b. voor eerstelijnspsychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van € 10,- per zitting betaalt.
- Deze zorg omvat niet de specialistische zorg genoemd in artikel 38.

Op de hierboven genoemde vergoeding voor eerstelijnspsychologische zorg (niet-specialistische GGZ) kan conform artikel 2.2. Besluit zorgverzekering een bedrag in mindering worden gebracht indien de zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten een hoger bedrag in rekening brengt dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

### Artikel 38 Specialistische GGZ

- lid 1 a. Voor de specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, medisch-specialist of jeugdgezondheidszorgarts Dit geldt niet voor acute zorg.
- b. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

lid 2 De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijnspsychologische zorg genoemd in artikel 37.

lid 3 Psychiatrische ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen.

Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen.

Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

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

lid 4 Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van specialistische GGZ door een GGZinstelling, psychiater, zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

lid 5 Voor een psychotherapeutische (waar onder ook psychoanalytische) behandeling geldt een eigen bijdrage:

a. Voor individuele, groeps- of gezinspsychotherapie betaalt de verzekerde een bijdrage van € 15,60 per zitting tot een maximum van € 702,- per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de bijdrage en het maximum gelden per gezin.

b. Voor partnerrelatiepsychotherapie is een bijdrage verschuldigd van € 7,80 per verzekerde per zitting, tot een maximum van € 351,- per verzekerde per kalenderjaar.

c. De bijdrage is niet verschuldigd, indien de verzekerde een bijdrage ingevolge artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg is verschuldigd.

De verzekerde is de eigen bijdrage rechtstreeks verschuldigd aan de zorgaanbieder.

Op de hierboven genoemde vergoeding voor specialistische GGZ kan conform artikel 2.2. Besluit zorgverzekering een bedrag in mindering worden gebracht indien de zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten een hoger bedrag in rekening brengt dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

### **Artikel 39 Persoonsgebonden budget**

lid 1 De verzekerde kan desgewenst, in plaats van de aanspraken op de vergoeding van kosten op grond van artikelen 37 en 38, de zorgverzekeraar verzoeken om een persoonsgebonden budget. Voor de aanspraak op een persoonsgebonden budget gelden, in aanvulling op de in de artikelen 37 en 38 aangegeven vereisten, de nadere voorwaarden zoals in het Achmea Reglement PGB Experiment GGZ is bepaald.

lid 2 De verzekerde heeft aanspraak op een door de zorgverzekeraar te verstrekken budget indien hij aannemelijk heeft gemaakt, door overlegging van medische informatie van de behandelaar, dat hij behoefte heeft aan de desbetreffende zorgvorm (specifieke diagnosebehandelingcombinatie dan wel eerstelijnspsychologische zorg). Het Achmea Reglement PGB Experiment GGZ

maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via fbto.nl en wordt u desgevraagd toegezonden.

- lid 3 De verzekerde heeft aanspraak op het persoonsgebonden budget, dat wordt verstrekt in de vorm van een door de verzekeraar te bepalen bedrag. De hoogte van het budget is gelijk aan de vergoeding die de verzekerde zou hebben ontvangen voor de zorg of andere dienst als hij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.
- lid 4 Indien uit de verantwoording blijkt dat de verzekerde minder kosten heeft gemaakt, of het voorschot aan iets anders heeft besteed dan waarvoor het voorschot door de zorgverzekeraar is verstrekt, vordert de zorgverzekeraar het te veel verstrekte (deel van het) voorschot als 'onverschuldigde betaling' terug op grond van artikel 6: 203 van het Burgerlijk Wetboek.
- lid 5 Een verzekerde die op 31 december 2007 aanspraak had op een persoonsgebonden budget op grond van de AWBZ, behoudt die aanspraak ten hoogste tot en met 31 december 2008. Dit geldt uitsluitend voor de duur van de indicatie, op grond waarvan het budget ingevolge de AWBZ is toegekend. De voorwaarden van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing.



## **Premiebijlage**

### Grondslag van de premie

De Grondslag van de premie (genoemd in artikel 7 lid 3) bedraagt € .....

### Kortingen bij eigen risico

Onderstaand staan voor de verschillende te kiezen eigen risico's de kortingen op de premie weergegeven (artikel 10 lid 3).

#### *Eigen risico    Korting op premiegrondslag*

€ 100,-	€ 50,-
€ 200,-	€ 100,-
€ 300,-	€ 150,-
€ 400,-	€ 200,-
€ 500,-	€ 250,-