



de zelf verzekeraar

Verzekeringsvoorwaarden 2013

Natura (Select Zorg Plan)
Avéro Achmea

The logo for 'ik!' is located at the top center of the page. It consists of the lowercase letters 'ik!' in a white, sans-serif font, enclosed within a dark purple speech bubble shape that points downwards.A man with short brown hair and a beard, wearing a dark suit jacket over a grey sweater and a white collared shirt, stands in the center of the frame. He is looking directly at the camera with a neutral expression. The background is a blurred city street at night, with various lights and the silhouettes of other people, creating a bokeh effect.

Ik regel
mijn verzekeringen
graag zelf

Bij ik! kun je rekenen op uitstekende voorwaarden tegen een scherpe premie. Dankzij de digitale mogelijkheden zoals online declareren heb je alles zelf in de hand.

Bescherming Persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens worden door ons verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.

Nederlands Recht

Op deze verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Welkom bij ik! Verzekeringen

In deze verzekeringsvoorwaarden lees je alles over jouw ik! Zorgverzekering. Om het vinden van de juiste informatie eenvoudiger te maken, kun je gebruikmaken van de inhoudsopgave.

De telefoonnummers en adressen die voor je van belang zijn, zijn op deze pagina voor je op een rij gezet.

Je kunt de informatie over de ik! Zorgverzekering ook vinden op www.ik.nl

Belangrijke telefoonnummers en adressen

Klantenservice

+31 (0)40 – 261 19 99/e-mail: zorg@ik.nl

De klantenservice van ik! heeft gespecialiseerde medewerkers paraat staan om jouw vragen goed te beantwoorden en is elke werkdag bereikbaar van 8.30 tot 18.00 uur.

Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders

Wil je weten met welke zorgaanbieders contracten zijn gesloten? Je kunt deze informatie vinden op www.ik.nl/zorg of hiervoor bellen met de klantenservice.

Ziekenvervoer

Wil je een Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer? Dit kun je vinden op de website of telefonisch opvragen bij de klantenservice.

Zorgadvies & bemiddeling

Wil je zorgadvies of bemiddeling?

Je kunt hiervoor bellen met de afdeling Zorgadvies. Telefoon: +31 (0)40 – 261 18 09

Alarmcentrale SOS International

+31 (0)20 – 651 51 51 voor spoedeisende medische hulp in het buitenland

IAK Kraamzorg

+31 (0)40 – 261 15 34 voor algemene informatie.

Voor specifieke informatie zie www.ik.nl onder jouw persoonlijke account.

Aanvragen toestemming

Je kunt jouw aanvraag voor toestemming voor een behandeling sturen naar: ik! Verzekeringen, Postbus 90165, 5600 RV Eindhoven.

In deze verzekeringsvoorwaarden kun je terugvinden in welke gevallen je toestemming nodig hebt.

Insturen nota's

Als je zelf een nota hebt ontvangen, kun je deze online indienen via jouw persoonlijke account op www.ik.nl

I	Algemeen gedeelte	3		
1	Begripsbepalingen	3	30	Hulpmiddelen
2	Grondslag van de basisverzekering	7	31	Prenatale screening
3	Aanmelding en inschrijving	7	32	Bevalling en verloskundige zorg
4	Ingangsdatum, duur en einde van uw basisverzekering	8	33	Kraamzorg
5	Verplichtingen van de verzekerde	9	34	Verpleging (extramuraal) buiten het ziekenhuis
6	Onrechtmatige inschrijving	9	35	Vervoer van zieken
7	Verplicht eigen risico	10	36	Tandheelkundige zorg tot 18 jaar
8	Vrijwillig gekozen eigen risico	11	37	Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - kaakchirurgie
9	Premie	11	38	Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)
10	Automatische Incasso	13		33
11	Wijziging van premie en/of voorwaarden	13	39	Implantaten
12	Aanspraken	13	40	Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap
13	Geldend maken van zorgaanspraken	14	41	Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen
14	Aansprakelijkheid zorgverzekeraar	15	42	Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen
15	Aansprakelijkheid van derden	15		35
16	Geschillen	15		
17	Persoonsgegevens	16		
18	Fraude	16		
19	Buitenland	16		
II	Vergoedingen ik!			
	Zorgverzekering (Select Zorg Plan)	18		
1	Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis	18		
2	Zelfstandig behandelcentrum	18		
3	Plastische chirurgie	18		
4	Medisch specialistische zorg (poliklinisch)	19		
5	Medisch specialistische zorg (extramuraal)	19		
6	Second opinion	20		
7	Orgaantransplantaties	20		
8	Revalidatie	21		
9	Dyslexiezorg	21		
10	Eerstelijnspsychologische zorg	22		
11	Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Tweedelijns GGZ)	22		
12	Psychiatrische ziekenhuisopname	22		
13	Niet-klinische dialyse	23		
14	In Vitro Fertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, invriezen van sperma en eicelvitricatie	23		
15	Oncologieonderzoek bij kinderen	25		
16	Astma Centrum in Davos (Zwitserland)	25		
17	Mechanische beademing	25		
18	Trombosedienst	25		
19	Audiologisch centrum	25		
20	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	26		
21	Huisartsenzorg	26		
22	Ketenzorg	26		
23	Stoppen-met-roken-programma	26		
24	Farmaceutische zorg	27		
25	Fysiotherapie en oefentherapie	28		
26	Ergotherapie	29		
27	Logopedie	29		
28	Dieetadvisering	30		
29	Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus	30		

1 Begripsbepalingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

1.1 Apotheek

Onder apotheek verstaan wij: (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

1.2 Apotheekhoudende

De apotheekhoudend huisarts dan wel een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, dan wel een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven, dan wel de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

1.3 Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.4 Arts voor de jeugdgezondheidszorg

De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

1.5 Avéro Achmea

Avéro Achmea is een handelsnaam van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.

1.6 Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.

De zorgverzekeraar die als verzekeringsonderneming is toegelaten en namens wie en voor wiens risico IAK Verzekeringen B.V. als gevolmachtigde agent zoals bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.

1.7 AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

1.8 Basisverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

1.9 Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

1.10 Bekkenfysiotherapeut

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

1.11 Bureau Jeugdzorg

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

1.12 Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

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

1.13 Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

1.14 Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheekhoudende waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

1.15 Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

1.16 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-Zorgproducten. Dit traject heet DOT (Dbc's Op weg naar Transparantie). Een DBC-Zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg binnen de medisch specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

1.17 Diëtist

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

1.18 Dyslexie (ernstige)

Een lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

1.19 Eerstelijnspsycholoog

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

1.20 Ergotherapeut

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

1.21 EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, 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-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

1.22 Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het door ons vastgestelde Reglement Farmaceutische Zorg.

1.23 Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

1.24 Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit. Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

1.25 Gezin

Één volwassene, dan wel twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenaf trek ingevolge de belastingwetgeving.

1.26 Gezondheidszorgpsycholoog

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

1.27 GGZ-instelling

Een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig is toegelaten.

1.28 Huidtherapeut

Een huidtherapeut, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de wet BIG.

1.29 Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

- 1.30 Hulpmiddelenzorg**
De voorziening in de behoefte aan in de Regeling zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het door ons vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
- 1.31 IAK Verzekeringen B.V.**
De gevolmachtigde agent aan wie door de zorgverzekeraar volmacht als bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake van zorgverzekeringen.
- 1.32 ik! Zorgverzekering**
De door de gevolmachtigde agent IAK Verzekeringen B.V. aangeboden zorgverzekering die is gebaseerd op de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering 'ik! Zorgverzekering (Select Zorg Plan)' van Avéro Achmea.
- 1.33 IDEA-contract**
De overeenkomst (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken) tussen ons en een apotheekhoudende waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.
- 1.34 Kaakchirurg**
Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 1.35 Kalenderjaar**
De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.
- 1.36 Ketenzorg**
Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.
- 1.37 Kinder- en jeugdpsycholoog**
Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- 1.38 Klinisch psycholoog**
Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.
- 1.39 Kraamcentrum**
Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.
- 1.40 Kraamzorg**
De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.
- 1.41 Laboratoriumonderzoek**
Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.
- 1.42 Logopedist**
Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
- 1.43 Medisch adviseur**
De arts, die ons in medische aangelegenheden adviseert.
- 1.44 Medisch specialist**
Een arts, die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 1.45 Mondhygiënist**
Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut' en van het 'Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553)'.
- 1.46 Multidisciplinaire samenwerking**
Geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.
- 1.47 Oefentherapeut**
Een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
- 1.48 Opname**
Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, herstellingsoord of een zelfstandig behandelcentrum, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.

- 1.49 Orthodontist**
Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 1.50 Orthopedagoog-generalist**
Een orthopedagoog-generalist, die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).
- 1.51 Podotherapeut**
Een podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
- 1.52 Polisblad**
De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten basisverzekering en aanvullende verzekeringen zijn vastgelegd.
- 1.53 Preferente geneesmiddelen**
De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.
- 1.54 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.
- 1.55 Psychotherapeut**
Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.56 Revalidatie**
Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
- 1.57 Seksuologisch hulpverlener**
Eerstelijnspsycholoog, arts of verpleegkundige die in het bezit is van een registratie als seksuologisch hulpverlener van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).
- 1.58 Specialistische geestelijke gezondheidszorg**
Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.
- 1.59 Specialist ouderengeneeskunde**
Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en in het register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is ingeschreven. Dit specialisme bestaat pas sinds 1 januari 2009. Dit specialisme is een opvolging van de verpleeghuisgeneeskunde. Artsen die voor 1 januari 2009 de opleiding zijn begonnen, zijn geregistreerd als verpleeghuisarts, maar worden nu ook specialist ouderengeneeskunde genoemd.
- 1.60 Tandarts**
Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
- 1.61 Tandprotheticus**
Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.
- 1.62 je/jou**
De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met 'jou (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de basisverzekering met ons is aangegaan.
- 1.63 Verblijf**
Opname met een duur van 24 uur of langer.
- 1.64 Verdragsland**
Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië en Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.
- 1.65 Verloskundige**
Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

- 1.66 Verzekerde**
Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.
- 1.67 Verzekeringnemer**
Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.
- 1.68 Wet BIG**
Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.
- 1.69 Wij/ons**
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. namens wie en voor wiens risico IAK Verzekeringen B.V. als gevolmachtigde agent als bedoeld in de Wft deze zorgverzekeringen aanbiedt en uitvoert.
- 1.70 Zelfstandig behandelcentrum**
Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor onderzoek en behandeling, dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.
- 1.71 Ziekenhuis**
Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.
- 1.72 Zorggroep**
Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg leveren.
- 1.73 Zorgverlener**
De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.
- 1.74 Zorgverzekeraar**
De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij de AFM onder nummer 12001023. De zorgverzekeraar staat vermeld op het polisblad. IAK Verzekeringen B.V. treedt op als gevolmachtigde agent van deze zorgverzekeraar.

2 Grondslag van de basisverzekering

- 2.1** Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting. Deze verzekeringsovereenkomst is tevens gebaseerd op het door jou (verzekeringnemer) ingevulde aanvraagformulier. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad wordt jaarlijks verstrekt aan jou (verzekeringnemer).
- 2.2** Naast het polisblad verstrekken wij een zorgpas. Bij het invoeren van hulp moet je het polisblad of de zorgpas tonen aan de zorgverlener.
- 2.3** Met de meeste zorgverleners hebben wij een overeenkomst op grond waarvan zij de nota's rechtstreeks naar ons toesturen. Indien je zelf een nota hebt ontvangen kun je deze bij ons indienen. Op de vergoeding wordt een eigen risico en/of een eventuele wettelijke eigen bijdrage in mindering gebracht. De door ons gecontracteerde zorgverleners kun je vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.
- 2.4** De aanspraak op (vergoeding van kosten van zorg) als in de basisverzekering omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 2.5** Je hebt slechts recht op zorg voor zover je daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

3 Aanmelding en inschrijving

- 3.1** Je (verzekeringnemer) meld je voor de basisverzekering aan bij ons, door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier, of het invullen van het internet aanvraagformulier op onze website (zoals beschreven in artikel 2.1).
- 3.2** Bij aanmelding gaan wij na of is voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Wanneer hieraan wordt voldaan, wordt een polisblad afgegeven en bestaat daarna aanspraak op (vergoeding van de kosten van zorg) volgens deze wet.
- 3.3** Wij zijn wettelijk verplicht jouw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Jouw zorgverlener dan wel andere dienstverleners van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn wettelijk verplicht jouw BSN te

gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met de hiervoor bedoelde partijen jouw BSN gebruiken.

3.4 Aanmelding op grond van artikel 9a t/m d van de Zorgverzekeringswet (Zvw)

- 3.4.1 Wanneer het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) je op grond van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering bij ons verzekerd heeft, kun je gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CVZ je daarvan mededeling heeft gedaan, de desbetreffende verzekering vernietigen indien je aan het CVZ en aan ons kunt aantonen in de periode bedoeld in artikel 9d lid 1 Zvw, al krachtens een andere zorgverzekering verzekerd te zijn geweest.
- 3.4.2 In afwijking van artikel 931 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek zijn wij bevoegd een met jou gesloten verzekerings-overeenkomst wegens dwaling te vernietigen indien achteraf blijkt dat je op dat moment niet verzekeringsplichtig was.
- 3.4.3 Je kunt, zo nodig in afwijking van artikel 7 Zvw, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is, de zorgverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 Zvw niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

4 Ingangsdatum, duur en einde van jouw basisverzekering

4.1 Ingangsdatum en duur van uw basisverzekering

- 4.1.1 De basisverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop wij het verzoek tot het sluiten van de basisverzekering van jou (verzekeringnemer) hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- 4.1.2 Wanneer degene ten behoeve van wie de basisverzekering wordt gesloten op de dag waarop wij het verzoek, bedoeld in artikel 4.1.1, ontvangen reeds op grond van een basisverzekering verzekerd is, en je (verzekeringnemer) aangeeft de basisverzekering te willen laten ingaan op een door jou aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in artikel 4.1.1 en 4.1.2, gaat de basisverzekering op die latere dag in.
- 4.1.3 Wanneer de basisverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, wordt als ingangsdatum aangehouden de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.
- 4.1.4 Wanneer de basisverzekering ingaat binnen een maand nadat een andere basisverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, werkt deze, zo nodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag na die waarop de eerdere basisverzekering is geëindigd.
- 4.1.5 Een bij ons lopende basisverzekering kun je, behoudens hetgeen in artikel 4.1.1 is bepaald, wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar en alleen na schriftelijke bevestiging van ons.
- 4.1.6 De collectieve basisverzekering geldt ook voor je gezin. Wanneer er binnen de collectieve overeenkomst beperkende afspraken zijn gemaakt over de leeftijd waarop je kinderen gebruik kunnen maken van je collectiviteitskorting, dan worden je kinderen daar schriftelijk over geïnformeerd.

4.2 Einde van uw basisverzekering

- 4.2.1 Je (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. Je kunt de basisverzekering binnen 14 dagen na ontvangst van je polisblad schriftelijk of per e-mail zonder opgaaf van redenen beëindigen. De basisverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat wij de eventueel al betaalde premie aan je (verzekeringnemer) terugstorten en jij de eventueel ontvangen schadekosten terugbetaalt aan ons.
- 4.2.2 Je (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering beëindigen:
- door ervoor te zorgen dat je opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De basisverzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk;
 - door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als je (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december een basisverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens jou (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering opzegt;
 - als je (verzekeringnemer) een ander dan jezelf hebt verzekerd en deze verzekerde door een andere basisverzekering wordt verzekerd. Als de opzegging bij ons voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering binnen is, kan de basisverzekering beëindigd worden met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop je hebt opgezegd.
 - wanneer de reden van opzegging een overstap betreft van de ene collectieve basisverzekering naar de andere collectieve basisverzekering in verband met het beëindigen van of het aangaan van een nieuw dienstverband. Je (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in per de eerste van de volgende maand.
 - bij beëindiging van deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie, wanneer de reden van opzegging betreft óf deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, óf door deelname aan een collectieve basisverzekering wegens een nieuw dienstverband. Je (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat deelname aan het collectief is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in per de eerste van de volgende maand.
- 4.2.3 De basisverzekering eindigt:
- met ingang van de dag volgend op de dag waarop je niet meer aan de vereisten voor inschrijving in de basisverzekering voldoet;
 - op het tijdstip waarop je niet meer verzekerd bent op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt;
 - bij aangetoonde fraude zoals beschreven in artikel 18;
 - bij overlijden;

- als wij ten gevolge van wijziging of intrekking van onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen basisverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren.

Wij stellen je uiterlijk twee maanden voor dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de basisverzekering eindigt.

4.2.4 Wanneer uw basisverzekering eindigt, delen wij je dit schriftelijk mede.

5 Verplichtingen van de verzekerde

5.1 Je bent verplicht:

- bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek jezelf te legitimeren aan de hand van één van de volgende geldige documenten: een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of vreemdelingendocument;
 - de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, wanneer de medisch adviseur daarom vraagt;
 - aan ons, onze medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, rekening houdend met privacyregelgeving;
 - ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
 - aan ons, binnen 30 dagen nadat je gedetineerd bent, de ingangsdatum en de duur van de detentie te melden;
 - aan ons, binnen twee maanden nadat je in vrijheid bent gesteld, de datum van invrijheidstelling te melden.
- De verplichtingen onder e. en f. worden je opgelegd in verband met de wettelijke bepaling over de opschorting van dekking en de premieplicht tijdens de duur van de detentie.

5.2 Met de meeste zorgverleners hebben wij een overeenkomst op grond waarvan zij de nota's rechtstreeks naar ons sturen. Wanneer je zelf nota's van een zorgverlener ontvangt, dien je online duidelijk gespecificeerde nota's aan ons toe te sturen. Vergoeding vindt alleen dan plaats wanneer wij beschikken over een duidelijk gespecificeerde nota. Je bent verplicht de originele nota's tot 1 jaar, nadat deze door ons zijn ontvangen, te bewaren. Wij behouden ons het recht voor deze originele nota's bij je op te vragen indien wij dat noodzakelijk achten. Kopienota's, herinneringen, pro forma nota's, begrotingen of kosten-ramingen e.d. accepteren wij niet als originele nota en worden niet vergoed. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota vermeld staan welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd. De aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg, betalen wij altijd aan jou (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is.

5.3 Je bent tevens verplicht om in voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij ons in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg zoals vermeld op de nota, 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 basisverzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de basisverzekering van toepassing is. In het geval je nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar bij ons indient, behouden wij ons het recht voor om een lagere vergoeding toe te kennen, dan waar je volgens de aanspraak recht op had. Op basis van artikel 942, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek worden nota's die later dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg, bij ons worden ingediend, niet in behandeling genomen.

5.4 Je (verzekeringnemer) bent verplicht ons binnen een maand op de hoogte te stellen van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de basisverzekering van betekenis kunnen zijn, zoals eindiging verzekeringsplicht, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, langdurig verblijf in het buitenland en dergelijke. Kennisgevingen aan jou (verzekeringnemer), gericht aan uw laatst bekende adres worden geacht je (verzekeringnemer) te hebben bereikt.

5.5 Wanneer de belangen van ons worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heb je geen aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg.

6 Onrechtmatige inschrijving

6.1 Wanneer ten behoeve van jou een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat je geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet langer) verzekeringsplicht bestaat.

6.2 Wij zullen de premie die je vanaf de dag dat jouw verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door je sindsdien voor jouw rekening genoten zorg en het saldo aan je uitbetalen dan wel bij je in rekening brengen. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand.

7 Verplicht eigen risico

- 7.1** Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 350,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 7.2** Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg vanuit de basisverzekering.
- 7.3** Op de aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg, die in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering gemaakt worden, wordt het verplicht eigen risico van € 350,- ingehouden. Het verplicht eigen risico wordt niet ingehouden op:
- de kosten van zorg of overige diensten die betrekking hebben op het lopende kalenderjaar en waarvan de nota's na 31 december 2014 door ons zijn ontvangen;
 - 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 desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
 - 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. aanspraken 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 aanspraken tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken;
 - zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.
- 7.4** **Vrijstelling verplicht eigen risico**
Vrijgesteld van het verplicht eigen risico zijn de kosten van het online programma 'Kleurjeleven.nl' vallend onder artikel 10 van de aanspraken van de ik! Zorgverzekering (Select Zorg Plan).
Vrijstelling vindt alleen plaats als het volledige programma daadwerkelijk wordt afgerond.
- 7.5** De kosten van zorg die vanuit de basisverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna in mindering gebracht op het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 8.
- 7.6** Wanneer je in de loop van het kalenderjaar de 18-jarige leeftijd bereikt, gaat het verplichte eigen risico in per de eerste van de maand volgende op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt. Het verplicht eigen risico wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.7** Wanneer je basisverzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het verplicht eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.8** Bij beëindiging van uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar zal het verplicht eigen risico voor het desbetreffende kalenderjaar naar evenredigheid worden verminderd.
- 7.9** In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken vanuit de basisverzekering, een bedrag voor rekening van jou blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het verplicht eigen risico.
- 7.10** Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.
- 7.11** Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van je (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. Je wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het verplichte eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

8 Vrijwillig gekozen eigen risico

- 8.1** Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico. De basisverzekering kan worden afgesloten zonder vrijwillig gekozen eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis en kun je vinden op onze website of bij ons opvragen.
- 8.2** Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg vanuit de basisverzekering.
- 8.3** 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 desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
 - 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. aanspraken 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 aanspraken tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze aanspraken door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken;
 - zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.
- 8.4** Kosten van zorg die vanuit de basisverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 7 en worden daarna verrekend met het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.5** Voor de bepaling van het vrijwillig gekozen eigen risico is de situatie bij aanvang van de basisverzekering of situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Wanneer de basisverzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt het vrijwillig gekozen eigen risico naar evenredigheid verminderd.
- 8.6** In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de basisverzekering, een bedrag voor rekening van je blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.7** Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.8** Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van jou (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. Je wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het vrijwillige eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.
- 8.9** Je kunt jouw vrijwillig gekozen eigen risico met inachtneming van artikel 4.1.5 jaarlijks wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar.

9 Premie

9.1 Premievaststelling en premieheffing

- 9.1.1** De hoogte van de premie van de basisverzekering wordt vastgesteld door ons. De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico, die direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag of een eventuele collectiviteitskorting, die eveneens direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag. Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
- 9.1.2** Bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar is premie verschuldigd per de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt.
- 9.1.3** Op het moment dat jouw deelname aan een collectiviteit wordt beëindigd, vervalt je recht op collectiviteitskorting van deze collectiviteit.

9.2 Het betalen van de premie

9.2.1 Je (verzekeringnemer) bent verplicht de premie vooruit te betalen.

9.2.2 Het is je niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van ons te vorderen aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg.

9.2.3 Als de basisverzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt al betaalde premie naar rato terugbetaald. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand. In geval van fraude of misleiding kunnen wij van de terug te betalen premie een bedrag voor administratiekosten aftrekken.

9.3 Niet-tijdige betaling

9.3.1 Bij de premiebetaling moet je aan de gestelde regels voldoen.

Deze verplichting geldt ook wanneer de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. Wij verrekenen achterstallige premie die je nog aan ons moet betalen met schadekosten die je bij ons hebt gedeclareerd en die wij aan je moeten betalen. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan je (verzekeringnemer) in rekening brengen.

9.3.2 Als je gekozen hebt voor premiebetaling per kwartaal of (half) jaar en je betaalt de premie niet binnen de gestelde betalingstermijn, dan behouden wij ons het recht voor je (verzekeringnemer) terug te zetten naar premiebetaling per maand. Het recht op betalingskorting komt dan te vervallen.

9.3.3 Nadat wij je hebben aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kun je (verzekeringnemer) gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij wij de dekking van de zorgverzekering hebben geschorst.

9.3.4 Artikel 9.3.3 is niet van toepassing als wij aan jou (verzekeringnemer) binnen twee weken te kennen geven de opzegging te bevestigen.

9.4 Procedure rondom het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie

9.4.1 Indien er een achterstand in de premie is ontstaan ter hoogte van twee maandpremies bieden wij jou (verzekeringnemer) schriftelijk binnen 10 werkdagen een betalingsregeling aan.

De betalingsregeling bestaat in ieder geval uit de volgende elementen:

- een machtiging van jou (verzekeringnemer) aan ons tot maandelijks automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen;
- afspraken over de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van jou (verzekeringnemer) aan ons, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden;
- een toezegging van ons, inhoudende dat wij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, zoals bedoeld in de tekst achter het tweede aandachtsstreepje van dit artikel (9.4.1), zullen beëindigen, schorsen of opschorten, zolang je (verzekeringnemer) de machtiging of de opdracht, bedoeld in de tekst achter het eerste aandachtsstreepje van dit artikel (9.4.1), niet intrekt en de afspraken, zoals bedoeld in de tekst achter het tweede aandachtsstreepje van dit artikel (9.4.1), nakomt.

9.4.2 Indien je (verzekeringnemer) een ander hebt verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premieachterstand als bedoeld in artikel 18a lid 1 Zvw is ontstaan, bestaat het aanbod tevens uit een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

- de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en
- deze, indien deze zorgverzekering bij ons is gesloten, ter zake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in de tekst achter het eerste aandachtsstreepje van artikel 9.4.1, aan ons hebt afgegeven.

9.4.3 In het aanbod staat tevens opgenomen dat u (verzekeringnemer) een termijn van vier weken hebt om het te aanvaarden. Indien je (verzekeringnemer) niet ingaat op de voorgestelde betalingsregeling of op andere wijze de betalingsachterstand niet voldoet dan ontvang je (verzekeringnemer) bij een achterstand in premie (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) ter hoogte van vier maanden een waarschuwing (4-maandsbrief) dat je (verzekeringnemer) zult worden aangemeld voor het bestuursrechtelijke regieregime als de achterstand in premie (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) is gestegen tot zes maanden. Je (verzekeringnemer) hebt het recht om binnen vier weken nadat deze voorgenomen aanmelding aan jou (verzekeringnemer) kenbaar is gemaakt hiertegen bezwaar te maken.

9.4.4 Indien artikel 9.4.2 van toepassing is dan zenden wij de verzekerde(n) afschriften van de stukken die wij in het kader van artikel 9.4.1 tot en met artikel 9.4.3 aan u (de verzekeringnemer) sturen. Dit geschiedt gelijktijdig.

9.4.5 Indien wij ons standpunt op de betwisting handhaven kun je (verzekerde of verzekeringnemer) binnen een termijn van vier weken na ontvangst van deze mededeling een geschil hierover voorleggen aan een onafhankelijke instantie op grond van artikel 114 Zvw of aan de burgerlijk rechter (artikel 18b lid 2 Zvw).

9.4.6 Zodra een achterstand in premie (zonder incassokosten en rente) ter hoogte van zes maanden is bereikt melden wij dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van jou (verzekeringnemer en/of verzekerde), aan het CVZ, en aan je (verzekeringnemer en/of verzekerde). Vanaf dit moment betaal je geen nominale premie meer aan ons, maar zal het CVZ een bestuursrechtelijke premie bij jou (verzekeringnemer) opleggen. Deze premie is hoger dan de standaardpremie en kan direct op jouw inkomen worden ingehouden. Deze melding geschiedt niet indien:

- de premieachterstand door jou (verzekeringnemer) tijdig is betwist en wij ons standpunt nog niet aan jou hebben kenbaar gemaakt;
- gedurende de in artikel 9.4.5 genoemde termijn;
- in geval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
- indien je (verzekeringnemer) jezelf hebt gemeld bij een schuldhulpverlener en kunt aantonen dat je in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van jouw schulden hebt gesloten (artikel 18c lid 2 Zvw).

- indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 9.4.1 ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan en zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.
- 9.4.7 Indien je (verzekeringnemer), na tussenkomst van het CVZ, de verschuldigde premie, de vordering uit hoofde van zorgkostennota's, wettelijke rente en eventuele incassokosten hebt voldaan melden wij je af bij het CVZ. De bestuursrechtelijke premie-inning zal worden stopgezet en je (verzekeringnemer) betaalt de nominale premie weer aan ons.
- 9.4.8 Wij stellen jou (verzekeringnemer en verzekerde) en het CVZ direct op de hoogte van de datum waarop:
- de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan;
 - de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
 - door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt.
- 9.5 Bij (her)inschrijving na wanbetaling dien je twee maanden premie vooruit te betalen.

10 Automatische Incasso

- 10.1 Betalingen van de premie, verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico, wettelijke eigen bijdragen, eigen betalingen en eventuele overige vorderingen geschieden per automatische incasso. Indien je kiest voor een andere betaalwijze dan per automatische incasso kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

Je kunt gebruik maken van de mogelijkheid om via 'AcceptEmail' je premie te betalen. Aan deze betaalmogelijkheid zijn geen extra kosten verbonden.

- 10.2 Wij streven ernaar de vooraankondiging van de automatische incasso veertien dagen voor het incasseren van het openstaande bedrag aan jou (verzekeringnemer) te versturen. Dit is echter niet van toepassing voor de premie. De vooraankondiging van de premie vindt eenmalig per jaar plaats via toezending van het polisblad.

11 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 11.1 Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan jou (verzekeringnemer) is meegedeeld.
Je (verzekeringnemer) kan de basisverzekering opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging jou is meegedeeld.
- 11.2 Als een wijziging in de voorwaarden en/of aanspraken c.q. vergoedingen ten nadele van je plaatsvindt, kun je (verzekeringnemer) de basisverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. Je (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval heb je (verzekeringnemer) hiervoor één maand de tijd nadat de wijziging door ons aan jou (verzekeringnemer) is meegedeeld.

12 Aanspraken

- 12.1 Deze basisverzekering is een natura verzekering. Dit betekent dat je aanspraak maakt op zorg in natura. Deze verzekering kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.
- 12.2 Je hebt aanspraak op zorg in natura uit de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De inhoud en omvang van deze zorg staat beschreven in deze wetten. Bepalend is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie zoals vermeld op de nota en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.
- Uitsluitingen*
- 12.3 Je hebt geen aanspraak op (wij vergoeden niet de kosten van) zorg die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).
- 12.4 Je hebt geen aanspraak op (wij vergoeden niet de kosten van) keuringen, grieprikken, behandeling tegen snurken, behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose met een redressiehelm, behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan en het afgeven van doktersverklaringen, tenzij in een van de verzekeringen uitdrukkelijk vermeld staat dat wij deze wel vergoeden.

- 12.5** Je hebt geen aanspraak op (wij vergoeden niet de kosten als gevolg van) niet nagekomen afspraken en door jou niet afgehaalde hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten (ongeacht of het verzoek tot levering door jou of door de voorschrijver bij de zorgverlener is ingediend).
- 12.6** Je hebt geen aanspraak op (wij vergoeden niet de kosten van) laboratorium- en/of röntgenonderzoek aangevraagd door een huisarts of medisch specialist in de hoedanigheid van alternatief/complementair arts.
- 12.7** Je hebt geen aanspraak op (wij vergoeden niet de kosten van) behandelingen die zijn uitgevoerd door jezelf ten laste van jouw verzekering. Voor een behandeling door je partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad van jou (verzekerde) dienen wij je vooraf toestemming te geven, als je deze behandeling ook bij ons wilt declareren.
- 12.8 Terrorisme**
- 12.8.1** 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 op het financieel toezicht (Wft) van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heb je slechts aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.
De exacte definities en bepalingen ten aanzien van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het clausuleblad terrorismedekking van de NHT. Deze clausule en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kun je downloaden vanaf onze website bij ons opvragen.
- 12.8.2** In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet een aanvullende bijdrage aan ons ter beschikking wordt gesteld, heb je in aanvulling op het in lid 12.8.1 vermelde recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

13 Geldend maken van zorgaanspraken

13.1 Bij welke zorgverlener kun je terecht?

Als je zorg nodig hebt die deel uitmaakt van de basisverzekering heb je de keuze uit elke zorgverlener of instelling in Nederland, met wie wij voor het Select Zorg Plan een overeenkomst hebben gesloten. Dit noemen wij gecontracteerde zorgverleners. De door ons gecontracteerde zorgverleners kun je vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

13.2 Wat krijg ik vergoed indien ik toch naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Als je zorg wenst van een zorgverlener of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten loop je het risico dat je een deel van de kosten zelf moet betalen. Je hebt dan namelijk aanspraak op een lagere vergoeding dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kun je vinden op onze website of bij ons opvragen.

13.3 Welke vergoedingsregels gelden er bij acute zorg?

Indien je geconfronteerd wordt met acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder dan heb je recht op vergoeding van de kosten tot maximaal:

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

Om mogelijke onduidelijkheid over de hoogte van de vergoeding te voorkomen adviseren wij je zo spoedig mogelijk contact met ons op te nemen.

13.4 Wat als de zorg die ik nodig heb niet op tijd door een door ons gecontracteerde zorgverlener kan worden verleend?

Je hebt recht op zorgbemiddeling. Wanneer een door ons gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, kun je contact opnemen met de afdeling Zorgadvies, via onze website. Indien er door de afdeling Zorgadvies geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing alsnog niet tijdig kan worden geleverd, kunnen zij je toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.

De kosten worden dan vergoed tot maximaal:

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

Bij de beoordeling of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- medisch inhoudelijke factoren;
- algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

Wanneer en voor zover wij meer vergoeden dan waartoe wij door de overeenkomst gehouden zijn, word je geacht aan ons te hebben verleend een volmacht tot incasso op onze naam van het voor jou aan de zorgverlener teveel betaalde.

14 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar

Als een zorgverlener iets doet of nalaat waardoor je schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk, ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener deel uitmaakt van de basisverzekering.

15 Aansprakelijkheid van derden

- 15.1** Als een derde aansprakelijk is voor kosten die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of letsel van jou, moet je ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om verhaal te halen bij de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiek-rechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.
- 15.2** Als je wordt getroffen door ziekte, ongeval of letsel waar een derde, als bedoeld in het eerste lid, bij betrokken is, dan moet hiervan zo spoedig mogelijk melding worden gemaakt bij ons en aangifte worden gedaan bij de politie.
- 15.3** Je mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. Je mag pas een regeling treffen met een derde, of degene die namens die derde optreedt, als je daarvoor de schriftelijke toestemming van ons hebt.

16 Geschillen

- 16.1** Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- 16.2** Wanneer je het niet eens bent met een door ons genomen beslissing of je bent ontevreden over onze dienstverlening dan kun je jouw klacht binnen zes maanden nadat de beslissing aan jou is meegedeeld of de dienstverlening aan jou is verleend voorleggen aan de afdeling Zorgklachten. Je kunt jouw klacht per brief, e-mail, telefonisch, internet of faxbericht aan ons voorleggen.
- 16.3** Na ontvangst wordt jouw klacht opgenomen in ons klachtenregistratiesysteem en ontvang je hiervan een bevestiging. Je ontvangt uiterlijk binnen drie weken een inhoudelijke reactie. Mocht er meer tijd nodig zijn voor de afhandeling van jouw klacht, dan informeert de afdeling Zorgklachten je hierover.
- 16.4** Wanneer je het niet eens bent met de afhandeling van jouw klacht dan heb je de mogelijkheid een herbeoordeling bij ons aan te vragen. Jouw herbeoordelingsverzoek kun je per brief, e-mail, telefonisch, internet of faxbericht bij de afdeling Zorgklachten indienen. Je ontvangt hiervan een bevestiging en ontvangt uiterlijk binnen drie weken een inhoudelijke reactie. Mocht er meer tijd nodig zijn voor de herbeoordeling van je klacht, dan informeert de afdeling Zorgklachten je hierover.
- 16.5** In afwijking van het voorgaande lid, of wanneer de herbeoordeling niet aan jouw verwachtingen voldoet, kun je jouw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl).
- 16.6** De SKGZ kan jouw verzoek niet in behandeling nemen als een rechterlijke instantie je zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan. Het staat je altijd vrij om naar de burgerlijke rechter te stappen, zelfs nadat de SKGZ een bindend advies heeft uitgebracht.
- 16.7** Ongeacht het in de overige leden van dit artikel bepaalde hebben consumenten, zorgverleners en zorgverzekeraars te allen tijden het recht een klacht in te dienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over door ons gehanteerde formulieren. Een dergelijk klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit strekt de zorgverlener, zorgverzekeraar en consument tot bindend advies.

Voor meer informatie over hoe je bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ verwijzen wij je naar de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen'. Deze brochure kun je downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

17 Persoonsgegevens

- 17.1** Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij je om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij voor het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, om je te informeren over relevante producten en/of diensten, voor het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, voor statistische analyse, relatiebeheer en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op het gebruik van jouw persoonsgegevens is voor zorgverzekeraars de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars' van toepassing.
- 17.2** Stel je geen prijs op informatie over producten en/of diensten, of wil je jouw toestemming voor het gebruik van je e-mailadres intrekken? Meld dit dan via onze Klantenservice.
- 17.3** In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen wij jouw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van de Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie vindt je op www.stichtingcis.nl.
- 17.4** Vanaf het moment dat de basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (zorgverleners, leveranciers e.d.) inlichtingen vragen en geven voor zover dit nodig is om de verplichtingen uit hoofde van de basisverzekering te kunnen nakomen. Onder inlichtingen wordt in dit verband verstaan jouw adres- en polisgegevens. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage mogen hebben in jouw adresgegevens, dan kun je ons dat schriftelijk melden.

18 Fraude

- 18.1** Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons.
- 18.2** Elk uit deze basisverzekering voortvloeiend recht op aanspraak vervalt wanneer je en/of een bij de aanspraak belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken hebt gegeven, vervalste of misleidende stukken hebt overlegd of een onware opgave hebt gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten hebt verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op aanspraak ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.
- 18.3** Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:
- aangifte doen bij de politie;
 - de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen en je pas 5 jaar na beëindiging een nieuwe verzekeringsovereenkomst kunt sluiten;
 - registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
 - uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

19 Buitenland

- 19.1** Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heb je naar keuze aanspraak op:
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;
 - vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de ik! Zorgverzekering (Select Zorg Plan) tot maximaal:
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die je verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- 19.2** Bij gebruik van zorg in een land dat geen EU/EER-staat of verdragsland is, heb je naar keuze aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de ik! Zorgverzekering (Select Zorg Plan) tot maximaal:
- wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die je verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

- 19.3** In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden kan voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaatsvinden, die meer kan bedragen dan de in lid 19.1 aangegeven vergoeding. Deze hogere vergoeding is alleen mogelijk wanneer wij je hier vooraf toestemming voor hebben verleend.
- 19.4 Omrekenkoers buitenlandse valuta**
Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener aan je in euro's met inachtneming van de dagelijkse omrekenkoers zoals deze door de Europese Centrale Bank wordt gepubliceerd. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar je recht op hebt, betalen wij altijd aan jou (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer dat bij ons bekend is van een in Nederland gevestigde bank.
- 19.5 Nota's uit het buitenland**
De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten kunnen wij je verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.

1 Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis

Je hebt bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen aanspraak op onderstaande zorg. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

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.

Je hebt aanspraak op:

- verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;
- medisch specialistische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden

- Je moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie moet je ons ten minste drie weken voor de ziekenhuisopname om toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- Je moet jouw huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige of een andere medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 12 van toepassing.

2 Zelfstandig behandelcentrum

Je hebt bij behandeling in een zelfstandig behandelcentrum aanspraak op:

- verpleging en verzorging;
- medisch specialistische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden

- Je moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige zorg in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag je ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet je ons tenminste drie weken voor de dagbehandeling om toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- Je moet jouw huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige of een andere medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.

3 Plastische chirurgie

Je hebt aanspraak op chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist wanneer de behandeling leidt tot correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij een geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de buikwand (het abdominoplastiek), als er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooien of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (hiervan is sprake indien het buikschort minimaal een kwart van de bovenbenen bedekt);
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard) bij een door ons gecontracteerde zorgverlener.

Voorwaarden

- Je moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- Wij moeten jou vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Je hebt geen aanspraak op het operatief plaatsen en het operatief vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie, het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak, liposuctie van de buik, behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

4 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Je hebt aanspraak op:

- medisch specialistische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook:

de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn zoals opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2017 ook:

- behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie als de indicatie en behandeling van jou overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie (IAT) als de indicatie en de behandeling van jou overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN).

Voorwaarden

- Je moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag je ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 11 van toepassing.

5 Medisch specialistische zorg (extramuraal)

Je hebt aanspraak op de behandeling van een extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Je hebt aanspraak op:

- medisch specialistische zorg;
- de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook:

de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn zoals opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2017 ook:

- behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie als de indicatie en behandeling van jou overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie (IAT) als de indicatie en de behandeling van jou overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN).

Voorwaarden

- Je moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag je ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 11 van toepassing.

6 Second opinion

Je hebt aanspraak op een second opinion. Een second opinion is het vragen van een beoordeling van een door jouw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste behandelaar. Het oordeel of advies kan zowel door jou als door de behandelend arts worden gevraagd.

Voorwaarden

- Je moet zijn doorverwezen door uw behandelaar. Dit kan een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut zijn.
- De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van jou, zoals deze al besproken is met de eerste behandelaar.
- Je dient met de second opinion terug te keren naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.
- Je moet een kopie van het medisch dossier van de eerste behandelaar kunnen overleggen tijdens de second opinion bij de tweede behandelaar.
- Je hebt alleen aanspraak wanneer de diagnostiek of behandeling onder de voorwaarden van deze basisverzekering valt.

7 Orgaantransplantaties

Je hebt aanspraak op:

- transplantatie in een ziekenhuis van weefsels en organen indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is;
- 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; het onderzoek, de preservatie, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- transplantatie in een zelfstandig behandelcentrum indien dit op grond van wet- en regelgeving is toegestaan.

De donor heeft aanspraak op:

- zorg, waarop volgens deze polis aanspraak bestaat, gedurende ten hoogste 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen en uitsluitend wanneer de verleende zorg verband houdt met die opname;
- het vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – wanneer en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige zin;
- het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en de overige transplantatie kosten, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gederfde inkomsten.

Voorwaarde

Wij moeten Je bij een hiervoor niet door ons gecontracteerd ziekenhuis vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. De door ons gecontracteerde ziekenhuizen kun je vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

8 Revalidatie

8.1 Medisch specialistische revalidatie

Je hebt aanspraak op medisch specialistische revalidatie, maar uitsluitend als:

- deze zorg voor jou 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;
- je met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven jouw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname. Je hebt bij revalidatie in een klinische situatie, recht op vergoeding van de kosten voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen tellen ook mee de overige opnames in (psychiatrische) ziekenhuizen. Een onderbreking van ten hoogste 30 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;
- in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Voorwaarde

Je moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.

8.2 Geriatrische revalidatie

Je hebt aanspraak op geriatrische revalidatie. Deze zorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van jou, zodat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg als:

- de zorg aansluit op verblijf in een ziekenhuis (als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit Zorgverzekering) in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan een verblijf in een verpleeghuis (als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ) gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, en
- de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit Zorgverzekering.

Voorwaarden

- Je moet zijn doorverwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.
- De duur van de geriatrische revalidatie bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

9 Dyslexiezorg

Je hebt aanspraak op diagnose en behandeling van ernstige dyslexie bij kinderen die basisonderwijs volgen en bij wie de zorg op zeven-, acht-, negen-, tien- elf- of twaalfjarige leeftijd aanvangt. De zorg dient te worden uitgevoerd door een gespecialiseerde instelling voor hulpverlening bij dyslexie waar gewerkt wordt op basis van multidisciplinaire samenwerking onder eindverantwoordelijkheid van een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist die op grond van de voor hun beroep geldende en geëxpliceerde standaarden bekwaam zijn voor diagnostiek en behandeling van ernstige dyslectici in de zorg. Bij deze multi-disciplinaire samenwerking dienen de Richtlijnen multidisciplinaire samenwerking Diagnostiek en behandeling ernstige dyslexie, zoals opgesteld door de beroepsverenigingen NIP, NVO, LBRT en NVLF, te worden gevolgd.

Voorwaarden

- Je hebt alleen aanspraak op het stellen van de diagnose wanneer je bent doorverwezen door de school die hieraan voorafgaand met de verzekerde het Protocol Leesproblemen en Dyslexie heeft doorlopen en op basis hiervan het vermoeden heeft dat er sprake is van ernstige dyslexie, zonder dat er sprake is van andere lees- en spellingsproblemen waarvoor al een behandeltraject via GGZ of gemeente bestaat.
- Om daarnaast voor vergoeding van de behandelingen in aanmerking te komen dient er in het diagnostisch onderzoek ernstige dyslexie, niet deel uitmakende van complexe problematiek, te worden vastgesteld conform de criteria van het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling en dienen de behandelingen volgens dit protocol te geschieden. Het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling kun je downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

10 Eerstelijnspsychologische zorg

Je hebt aanspraak op diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog en/of orthopedagoog-generalist en/of seksuologisch hulpverlener en/of kinder- en jeugdpsycholoog. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

De zorg omvat ten hoogste vijf zittingen (van maximaal één uur) eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 20,- per zitting. De zorg kan ook gegeven worden in halve of kwart zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is. Er wordt maximaal één prestatie per verzekerde per dag vergoed. Uitgezonderd hiervan zijn telefonische consulten, e-mailconsulten en dubbele consulten. Voor telefonische en e-mailconsulten geldt dat zij in combinatie met een andere prestatie gedeclareerd kunnen worden. Bij dubbele consulten kunnen tot twee zittingen per dag gedeclareerd worden.

Eerstelijnspsychologische zorg kan ook worden verleend via internet door middel van programma's die wij hebben erkend. Een overzicht met de door ons erkende internetprogramma's en de voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen kun je vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor deze internetprogramma's geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 50,- per programma.

Voorwaarden

- Je moet, met uitzondering van het internetprogramma 'Kleurjeleven.nl', zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of een arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.
- De orthopedagoog-generalist behandelt uitsluitend kinderen en jeugdigen tot 18 jaar.

Uitsluitingen

- Je hebt geen aanspraak op (ortho)pedagogische hulp, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter.
- Je hebt geen aanspraak op behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen.

11 Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Tweedelijns GGZ)

Je hebt aanspraak op behandeling door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog.

Je hebt aanspraak op:

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg;
- de met de behandeling gepaard gaande verpleging;
- de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Als de behandeling plaatsvindt in een GGZ-instelling, dan dient dat onder verantwoordelijkheid van een psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog plaats te vinden (hoofdbehandelaar).

Voorwaarden

- Je moet voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Uitsluiting

Je hebt geen aanspraak op behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen.

12 Psychiatrische ziekenhuisopname

Je hebt aanspraak op opname in een GGZ-instelling (zoals een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) gedurende ten hoogste 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en niet psychiatrische ziekenhuisopname. Een onderbreking van ten hoogste 30 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.

Je hebt aanspraak op:

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg conform artikel 11;
- het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden

- Je moet voor opname in een GGZ-instelling (zoals een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Uitsluiting

Je hebt geen aanspraak op verblijf verband houdende met de behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen.

13 Niet-klinische dialyse

Je hebt aanspraak op dialyse in een ziekenhuis, dialysecentrum of bij je thuis al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van je en van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Daarnaast heb je bij thuisdialyse aanspraak op:

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

Voorwaarde

Je moet bij thuisdialyse vooraf een begroting van de kosten overleggen.

14 In Vitro Fertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, invriezen van sperma en eicelvitricatie

14.1 Ivf

Je hebt aanspraak op de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren doorgaande zwangerschap inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen, zolang je de leeftijd van 43 jaar nog niet hebt bereikt.

Een poging omvat maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende vier fasen:

- a. rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
- b. de follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen);
- c. bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium;
- d. de terugplaatsing van een of twee ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde een zwangerschap te doen ontstaan. Daarbij geldt dat bij de eerste en tweede poging, slechts één embryo mag worden teruggeplaatst, als je de leeftijd van 38 jaar nog niet hebt bereikt.

Een poging gaat pas als een poging tellen indien er een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die zijn afgebroken voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap tellen mee voor het aantal pogingen. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan.

Voorwaarden

- De IVF-behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Aan jouw aanvraag moet een medische verklaring ten grondslag liggen.
- Wij moeten je vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-poging.

- Bij een fysiologische (spontane) zwangerschap wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van ten minste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie.
- Bij een zwangerschap na een IVF-behandeling wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van ten minste tien weken te rekenen vanaf de follikelpunctie of, indien de IVF heeft plaatsgevonden doormiddel van het terugplaatsen van ingevroren embryo's, een zwangerschap van ten minste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.
- Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen van toepassing zijn. Deze kun je vinden op onze website of bij ons opvragen.

14.2 Overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Je hebt aanspraak op overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, zolang je de leeftijd van 43 jaar nog niet hebt bereikt.

Voorwaarden

- Wij moeten je vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Aan jouw aanvraag moet een medische verklaring ten grondslag liggen.
- Je hebt alleen aanspraak op vergoeding van de toegepaste geneesmiddelen, als je de geneesmiddelen krijgt voorgeschreven voor een andere vruchtbaarheidsbevorderende behandeling dan de vierde en volgende IVF-behandeling.
- Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen van toepassing zijn. Deze kun je vinden op onze website of bij ons opvragen.

14.3 Invriezen van sperma

Je hebt aanspraak op het verzamelen, invriezen en bewaren van sperma als onderdeel van medisch specialistische behandelingen als deze behandelingen onbedoeld infertiliteit tot gevolg kunnen hebben.

Voorwaarde

De zorg is onderdeel van een medisch specialistisch oncologisch zorgtraject (of niet oncologische vergelijkbare behandeling) dat het volgende omvat:

- een grote operatie aan/om de geslachtsdelen;
- een chemotherapeutische behandeling en/of een radiotherapeutische behandeling waarbij de geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen.

14.4 Vitrificatie van humane eicellen en embryo's

Je hebt aanspraak op vitrificatie (invriezen) van humane eicellen en embryo's bij de volgende medische indicaties:

- behandelingen met chemotherapeutica die een risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis met zich meebrengen.
- radiotherapeutische behandelingen waarbij de ovaria in het stralingsveld liggen en permanente schade kunnen oplopen.
- operatieve behandelingen waarbij op medische indicatie beide ovaria of grote delen daarvan moeten worden verwijderd.

Daarnaast zijn er nog een aantal additionele indicaties benoemd die óf samenhangen met kenmerken van de vrouwelijke fertiliteit (medische indicatie) óf met doelmatigheidsoverwegingen, namelijk:

- additionele medische indicatie:
 - bij vrouwen met Fragiele X syndroom, Turner syndroom (XO) of galactosemie omdat zij een aantoonbaar verhoogd risico op premature ovariële insufficiëntie (POI) (vóór de 40ste verjaardag) hebben.
- IVF-gebonden indicaties:
 - tijdens het verloop van een IVF poging (mits deze poging op zich onder de basisverzekering valt):
 - bij onverwacht ontbreken van semen van voldoende kwaliteit;
 - invriezen van eicellen in plaats van invriezen van embryo's.

Bij medische indicaties omvat de aanspraak de volgende onderdelen van de behandeling:

- follikelstimulatie
- eicelpunctie
- vitrificatie van eicellen

Bij de indicaties die samenhangen met het verloop van een IVF poging omvat de aanspraak alleen het vitrificeren van eicellen.

Voor het tot stand laten komen van een zwangerschap na ontdooiing van ingevroren eicellen ben je aangewezen op de fasen c en d van een IVF-behandeling, zoals beschreven in artikel 14.1. Daarbij geldt dat je op het moment van terugplaatsing de leeftijd van 43 jaar nog niet mag hebben bereikt.

Voorwaarden

- De vitrificatie moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Wij moeten je vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Bij de vrouwelijke verzekerde wordt op basis van de genoemde indicaties vitrificatie vergoed tot en met de leeftijd van 42 jaar.

- Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen van toepassing zijn. Deze kun je vinden op onze website of bij ons opvragen.

15 Oncologieonderzoek bij kinderen

Je hebt aanspraak op de door Skion (Stichting Kinderoncologie Nederland) uitgevoerde centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

16 Astma Centrum in Davos (Zwitserland)

Je hebt aanspraak op behandeling in het Nederlands Astma Centrum in Davos.

Voorwaarden

- Een soortgelijke behandeling heeft in Nederland zonder succes plaatsgehad en wij achten de behandeling in Davos doelmatig.
- Je moet zijn doorverwezen door een longarts of kinderarts.
- Wij moeten je vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

17 Mechanische beademing

Je hebt aanspraak op noodzakelijke mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch specialistische zorg in een beademingscentrum. Als de beademing vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij je thuis plaatsvindt bestaat de zorg uit:

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

Voorwaarde

Je moet zijn doorverwezen door een longarts.

18 Trombosedienst

Je hebt aanspraak op zorg door de trombosedienst. De zorg omvat:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
- het verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombose-dienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed;
- het aan jou ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van jouw bloed kan meten;
- het opleiden van jezelf in het gebruik van de in de vorige zin bedoelde apparatuur en het begeleiden van jou bij jouw metingen;
- het geven van adviezen aan jou omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Voorwaarde

Je moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapt of een andere medisch specialist.

19 Audiologisch centrum

Je hebt aanspraak op zorg in een audiologisch centrum. De zorg omvat:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg wanneer noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen, door een tot dat doel door ons gecontracteerd audiologisch centrum. De door ons gecontracteerde audiologische centra kun je vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

Je moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts, keel-, neus- en oorarts, triage-audicien, specialist ouderengeneeskunde of arts voor de jeugdgezondheidszorg.

20 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Je hebt aanspraak op erfelijkheidsonderzoek en -advisering in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
- chromosoomonderzoek;
- biochemische diagnostiek;
- ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Wanneer noodzakelijk voor het advies aan jou zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan jezelf. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Voorwaarde

Je moet zijn doorverwezen door de behandelend arts of verloskundige.

21 Huisartsenzorg

Je hebt aanspraak op geneeskundige zorg verleend door een huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

De aanspraak omvat ook röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

22 Ketenzorg

Je hebt aanspraak ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder) en COPD als wij hierover met een zorggroep afspraken hebben gemaakt. Ketenzorg is een zorgprogramma voor een specifieke chronische aandoening zoals COPD of diabetes mellitus type 2 waar meerdere zorgverleners uit verschillende disciplines aan deelnemen.

Als je geen gebruik maakt van ketenzorg via een door ons gecontracteerde zorggroep, heb je alleen recht op vergoeding van zorg voor diabetes mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder) en COPD zoals huisartsen, diëtisten en medisch specialisten die plegen te bieden. De zorg wordt dan vergoed conform de artikelen 4, 5, 21 en 28 van deze polis. Bij diabetes mellitus type 2 hebt u eveneens recht op voetzorg conform artikel 29 van deze polis.

De door ons gecontracteerde zorggroepen kun je vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De zorgonderdelen die deel uit maken van de ketenzorg moeten voldoen aan de zorgstandaard Diabetes mellitus of de zorgstandaard COPD.

23 Stoppen-met-roken-programma

Je hebt maximaal eenmaal per kalenderjaar aanspraak op een stoppen-met-roken-programma met als doel te stoppen met roken.

Het stoppen-met-roken-programma bestaat uit geneeskundige en farmacotherapeutische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken, zoals huisartsen, medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden.

Voorwaarden

- Je moet zijn doorwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialist of verloskundige.
- Farmacotherapie met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline en bupropion en varenicline wordt uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.

24 Farmaceutische zorg

Je hebt aanspraak op farmaceutische zorg, onder de voorwaarden zoals omschreven in het Reglement Farmaceutische Zorg. Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Voor een omschrijving van deze (deel)prestaties verwijzen wij je naar het Reglement Farmaceutische Zorg.

Je hebt aanspraak op de kosten voor terhandstelling, advies en begeleiding van:

- alle bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;
- de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door ons en zijn opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg, indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheekhoudende zonder contract;
- 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 apotheekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet of
 - volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, 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 1 op de 150.000 inwoners;
 - polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Bij levering van farmaceutische zorg door een apotheekhoudende zonder contract heb je aanspraak op een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde apotheekhoudende. De door ons gecontracteerde apotheekhoudenden met een IDEA-contract of een contract met preferentiebeleid kun je vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoeding bij niet-gecontracteerde apotheekhoudenden kun je eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

De vastgestelde maximale aanspraken voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten kun je vinden op onze website of bij ons opvragen. Evenals het Reglement Farmaceutische Zorg en de aangewezen geregistreerde geneesmiddelen.

Voorwaarden geneesmiddelen en dieetpreparaten

- De geneesmiddelen of dieetpreparaten moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- De geneesmiddelen moeten geleverd worden door een apotheekhoudende. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen heb je uitsluitend recht op vergoeding van een niet aangewezen geneesmiddel als er sprake is van medische noodzaak. Hieronder wordt verstaan dat de behandeling met het aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is. De voorschrijver dient dit op het recept aan te geven.
- Je hebt aanspraak op dieetpreparaten en de geneesmiddelen waarvoor aanvullende voorwaarden gelden alleen, wanneer is voldaan aan de voorwaarden die wij stellen in de bijlage 'Nadere voorwaarden voor vergoeding' van het Reglement Farmaceutische Zorg.

Voorwaarden van (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties geldt dat wij aanvullende eisen stellen ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening en/of de randvoorwaarden waaronder de farmaceutische zorg gedeclareerd mag worden. In dat geval heb je uitsluitend aanspraak op (deel)prestaties indien aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg kun je vinden voor welke (deel)prestaties deze bepaling geldt.

Uitsluitingen

Je hebt geen aanspraak op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie:

- anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische noodzaak bestaat, zoals beschreven in het Reglement Farmaceutische Zorg geneesmiddelen en/of advies ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
farmaceutische zorg in de in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet;
geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorgmiddelen (middelen die zonder recept verkrijgbaar zijn);

- alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen (voor een beschrijving per (deel)prestatie farmacie, zie het Reglement Farmaceutische Zorg);
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

Het Reglement Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en kun je downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

25 Fysiotherapie en oefentherapie

Let op!

Met chronische aandoeningen bedoelen wij de aandoeningen die op de zogenaamde 'Chronische lijst' (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) staan vermeld. De overheid heeft deze 'Chronische lijst' opgesteld. De naam van deze lijst doet denken dat alle aandoeningen die chronisch zijn hierop staan, dit is echter niet het geval! Daarnaast staan ook niet-chronische aandoeningen op deze lijst. Wil je weten of uw aandoening op deze lijst voorkomt dan kun je dit aan jouw fysiotherapeut vragen. De lijst kun je tevens vinden in de brochure 'Paramedische Zorg', welke je kunt downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

25.1 Chronische aandoeningen

Je hebt per aandoening aanspraak op de kosten van de 21e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van de brochure 'Paramedische Zorg' en kun je downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben tevens aanspraak op de eerste 20 behandelingen. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Op de aanspraak fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kun je downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Je hebt een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of je aanspraak hebt op fysiotherapie en oefentherapie vanuit de basisverzekering.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluitingen

- Je hebt geen aanspraak op een individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Je hebt geen aanspraak op zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Je hebt geen aanspraak op de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Je hebt geen aanspraak op de door de fysiotherapeut of oefentherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

25.2 Niet-chronische aandoeningen

Verzekerden tot 18 jaar hebben aanspraak op 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar door een fysiotherapeut of oefentherapeut. Als je na deze 9 behandelingen nog steeds last hebt van de aandoening heb je, als dit medisch noodzakelijk is, aanspraak op maximaal 9 extra behandelingen; het totaal komt dan op maximaal 18 behandelingen. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Op de aanspraak fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Je hebt een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u aanspraak hebt op fysiotherapie en oefentherapie vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij jou kunnen behandelen zonder verwijzing. Bij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en het onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Bij DTF door een PlusPraktijk geldt de screening en de intake en het onderzoek na deze screening echter slechts als 1 behandeling. Als je in verband met jouw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTF of DTO kan dus nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie kun je vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluitingen

- Je hebt geen aanspraak op een individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Je hebt geen aanspraak op zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Je hebt geen aanspraak op de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Je hebt geen aanspraak op de door de fysiotherapeut of oefentherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

25.3 Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie

Je hebt éénmaal per indicatie aanspraak op de eerste 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut bij urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar of ouder.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Op de aanspraak bekkenfysiotherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kun je downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

Je hebt een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of je aanspraak hebt op bekkenfysiotherapie vanuit de basisverzekering.

Uitsluitingen

- Je hebt geen aanspraak op zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Je hebt geen aanspraak op de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Je hebt geen aanspraak op de door de bekkenfysiotherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

26 Ergotherapie

Je hebt aanspraak op 10 uur advisering, instructie, training of behandeling per kalenderjaar door een ergo-therapeut met als doel je zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

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

Op de aanspraak ergotherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt je downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Je hebt een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of je aanspraak hebt op ergotherapie vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde ergotherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze ergotherapeuten hebben we afgesproken dat zij je kunnen behandelen zonder verwijzing. Als je in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTE (Directe Toegang Ergotherapie) kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons gecontracteerde ergotherapeuten kun je vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluiting

Je hebt geen aanspraak op de volgende toeslagen: toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

27 Logopedie

Je hebt aanspraak op behandeling door een logopedist voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Op de aanspraak logopedie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kun je downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Je hebt een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, medisch specialist of tandarts). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of je aanspraak hebt op logopedie vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde logopedisten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze logopedisten hebben we afgesproken dat zij je kunnen behandelen zonder verwijzing.

Als je in verband met jouw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTL (Directe Toegang Logopedie) kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons gecontracteerde logopedisten kun je vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluitingen

- Onder logopedie wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid.
- Je hebt geen aanspraak op de volgende toeslagen: toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

28 Dieetadvisering

Je hebt aanspraak op 3 uur dieetadvisering per kalenderjaar door een diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen diëtisten als zorg plegen te bieden.

Op de aanspraak dieetadvisering is ook de inhoud van de brochure "Paramedische Zorg" van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kun je downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Je hebt een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of je aanspraak hebt op dieetadvisering vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde diëtisten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze diëtisten hebben we afgesproken dat zij je kunnen behandelen zonder verwijzing. Als je in verband met jouw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTD (Directe Toegang Diëtist) kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons gecontracteerde diëtisten kun je vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluiting

Je hebt geen aanspraak op de volgende toeslagen: toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

29 Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus

Verzekerden met diabetes hebben aanspraak op voetonderzoek en behandeling, bij een matig verhoogd of hoog risico op ulcera, zoals vastgelegd in de zorgprofielen van de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVvP) en Provoet en voor zover deze valt binnen de basisverzekering, door een podotherapeut of pedicure.

Voorwaarden

- Als de behandeling wordt uitgevoerd door een pedicure, stellen wij de volgende eisen:
- De pedicure moet, met de kwalificatie Diabetische Voet (DV) of als medisch pedicure, geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
- Als het gaat om een (pedicure) chiropedist of een pedicure in de zorg, dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- Je moet bij behandeling in verband met diabetische voeten (classificatie Simm's 1 en hoger) eenmalig een medische indicatie van de huisarts, een medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen.
- Op de nota moet de zorgverlener het type diabetes (1 of 2) en de Simm's classificatie vermelden. Tevens dient op de nota zichtbaar te zijn dat een pedicure ingeschreven staat in het register van ProCert of in het RPV.

Uitsluitingen

- Je hebt geen aanspraak op voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure aan verzekerden met diabetes mellitus type 2 die aanspraak hebben op ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 waar de voetbehandeling in is opgenomen (artikel 22).
- Je hebt geen aanspraak op hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Aanspraak is eventueel mogelijk onder de dekking van artikel 30, Hulpmiddelen.

30 Hulpmiddelen

Je hebt aanspraak op:

- levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom; hiervoor geldt in sommige gevallen een wettelijke eigen bijdrage of gemaximeerde vergoeding;
- het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
- reservehulpmiddelen;

overeenkomstig het Reglement Hulpmiddelen. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kun je downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Conform het Reglement Hulpmiddelen omvat de aanspraak, in afwijking van artikel 12.1 van de algemene voorwaarden basisverzekering en bovenstaande, in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen.

Voorwaarde

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heb je vooraf geen toestemming nodig en kun je direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In het Reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet door ons gecontracteerde leveranciers heb je altijd vooraf toestemming van ons nodig.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing op hulpmiddelen die deel uitmaken van medisch specialistische zorg. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 1 tot en met 5.

31 Prenatale screening

Voor alle hierna genoemde onderdelen van prenatale screening geldt dat de zorgverlener die het uitvoert in het bezit moet zijn van een WBO-vergunning of een samenwerkingsverband moet hebben met een regionaal centrum met een WBO-vergunning, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

31.1 Counseling

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op counseling waarbij wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt.

31.2 Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op het structureel echoscopisch onderzoek, ook wel de 20 weken echo genoemd.

31.3 Combinatietest

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op de combinatietest (nekplooiemeting in combinatie met een bloedonderzoek) naar aangeboren afwijkingen in het eerste trimester van de zwangerschap. De aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden:

- van 36 jaar of ouder;
- jonger dan 36 jaar die zijn doorverwezen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist.

32 Bevalling en verloskundige zorg

32.1 Met medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben aanspraak op:

- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts. Voor de verloskundige zorg door een verloskundige in een ziekenhuis geldt dat dit onder verantwoordelijkheid gebeurt van een medisch specialist;
- het gebruik van de verloskamer, wanneer de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).

De omvang van de te verlenen zorg door een verloskundige wordt begrensd door hetgeen verloskundigen als zorg plegen te bieden.

32.2 Zonder medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben aanspraak op:

- het gebruik van de verloskamer, wanneer er geen medische indicatie voor bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum bestaat. Voor het gebruik van de verloskamer geldt een wettelijke eigen bijdrage;
- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

De omvang van de te verlenen zorg door een verloskundige wordt begrensd door hetgeen verloskundigen als zorg plegen te bieden.

33 Kraamzorg

Vrouwelijke verzekerden hebben aanspraak op kraamzorg:

- **thuis of in een geboorte- of kraamcentrum.** Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,- per uur.
- De omvang van de kraamzorg hangt samen met jouw persoonlijke situatie na de bevalling en wordt door het geboorte- of kraamcentrum in goed overleg met jou, conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, vastgesteld. Een toelichting op dit protocol kun je downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

- **in het ziekenhuis.** Als je zonder medische indicatie in het ziekenhuis bevalt, geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 16,- per opnamedag, vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 114,50 per dag te boven gaat. Je krijgt maximaal 10 dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Informatie over onze kraamzorgservice vindt je op onze website of kun je opvragen bij onze Klantenservice.

34 Verpleging (extramuraal) buiten het ziekenhuis

In plaats van de in artikel 1, 2, 11, 12 en 13 bedoelde verpleging in een intramurale instelling, heb je ook in de thuissituatie aanspraak op de verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. Het gaat hierbij om voorbehouden handelingen, die in opdracht van een medisch specialist worden uitgevoerd, en activiteiten waarover de specialist de directe regie voert en/of noodzakelijke instructie en voorlichting die direct verband houdt met de medisch specialistische behandeling.

Voorwaarde

Je moet nog onder behandeling staan van de medisch specialist.

Uitsluiting

Je hebt geen aanspraak op verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve zorg.

35 Vervoer van zieken

Je hebt aanspraak op de volgende vormen van vervoer:

- per ambulance;
- zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,31 per kilometer bij vervoer per eigen auto bij verzekerden die:
 - nierdialyse ondergaan;
 - oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaan;
 - visueel gehandicapt zijn en zich zonder begeleiding niet kunnen verplaatsen;
 - rolstoelafhankelijk zijn.
- vervoer van een begeleider wanneer begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, taxi of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 95,- per persoon per kalenderjaar.

Naast de hierboven vermelde criteria is er sprake van een hardheids-clausule. Je dient dan in verband met behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, langdurig te zijn aangewezen op zittend ziekenvervoer, waarbij het niet verstrekken van dat vervoer voor jou leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. Wij bepalen of je hiervoor in aanmerking komt.

Je hebt aanspraak op ziekenvervoer:

- van en naar een zorgverlener, zorgverlenende instelling waarvan de zorg geheel of gedeeltelijk ten laste van deze basisverzekering komt;
- naar een instelling waar je ten laste van de AWBZ zult verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling waar je geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ onderzoek of een behandeling moet ondergaan;
- 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;
- van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar jouw huis, of naar een andere woning wanneer je in jouw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt krijgen.

Voorwaarden

- Je hebt alleen aanspraak op ambulancevervoer als zittend ziekenvervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- Voor zittend ziekenvervoer moeten wij je vooraf toestemming hebben gegeven. Wij bepalen of je aanspraak hebt op vervoer en op welke vorm van vervoer.
- Wanneer zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, taxi, eigen auto of ambulance niet mogelijk is, moeten wij je vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander middel van vervoer.
- In bijzondere gevallen is begeleiding door twee begeleiders mogelijk. In dat geval moeten wij je vooraf toestemming hebben gegeven.
- Om voor aanspraak in aanmerking te komen mag de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedragen, tenzij wij anders met je zijn overeengekomen.

Mondzorg artikelen 36 t/m 42

Je hebt aanspraak op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticen, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden zoals beschreven in artikelen 36 t/m 42.

36 Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Je hebt aanspraak op de volgende tandheelkundige behandelingen:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij je tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- maximaal tweemaal per jaar een fluorideapplicatie vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij je tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen en wij je vooraf toestemming hebben gegeven;
- sealing;
- parodontale hulp;
- anesthesie;
- endodontische hulp;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- gnathologische hulp;
- uitneembare prothetische voorzieningen;
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, wanneer 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;
- chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Zij moeten bevoegd zijn voor het uitvoeren van de betreffende behandeling.
- Bij behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing van de tandarts, tandartsspecialist of huisarts nodig.
- Wij moeten je vooraf toestemming hebben gegeven voor fronttandvervanging met een implantaat en de prothetische vervolgbehandeling.
- Het plaatsen van botankers ten behoeve van een orthodontische behandeling wordt alleen vergoed als je toestemming hebt voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 42).
- Als zorg nodig is zoals omschreven in artikel 40, 41 of 42 dient een machtiging te worden aangevraagd.

37 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - kaakchirurgie

Je hebt aanspraak op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek al dan niet gepaard gaand met verblijf in een ziekenhuis, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg.
- Je moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg of een andere medisch specialist.
- Als de behandeling wordt uitgevoerd in een ziekenhuis moeten wij je vooraf toestemming hebben gegeven voor:
 - osteotomie (kaakoperaties) behalve als dit onderdeel is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling waarbij je toestemming hebt voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 42);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - plastische chirurgie.
- Extracties onder narcose mogen alleen op zwaarwegende medische gronden.
- Als de behandeling wordt uitgevoerd in een zelfstandig behandelcentrum kaakchirurgie moeten wij je vooraf toestemming hebben gegeven voor behandelingen onder narcose, kinplastiek als zelfstandige verrichting en plastische chirurgie.
- Je hebt alleen aanspraak op ophoging bodem bijholte, kaakverbreding en/of verhoging als de bijbehorende implantaten uit de basisverzekering worden vergoed.
- Het plaatsen van botankers ten behoeve van een orthodontische behandeling wordt alleen vergoed als je toestemming hebt voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 42).
- De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

38 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)

Je hebt aanspraak op vervaardiging en plaatsing van:

- een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak;
- een uitneembare volledige immediaatprothese;
- een uitneembare volledige vervangingsprothese;

- een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen.

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Deze wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor reparatie en rebasen van een volledige immediaatprothese, van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

Wij hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. Je kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of tandprotheticus.
- Wanneer de prothese binnen 5 jaar of een immediaatprothese binnen een half jaar wordt vervangen moeten wij je vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- **Gecombineerde boven- en onderprothese**
Wanneer de totale kosten die betrekking hebben op een gecombineerde boven- en onderprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 1.200,-, moeten wij je vooraf toestemming hebben gegeven. Het genoemde bedrag is inclusief de maximale techniekkosten.
- **Volledige boven- of een volledige onderprothese**
Wanneer de totale kosten die betrekking hebben op een volledige boven- of een volledige onderprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 600,-, moeten wij je vooraf toestemming hebben gegeven. Het genoemde bedrag is inclusief de maximale techniekkosten.

39 Implantaten

39.1 Implantaten

Je hebt aanspraak op tandheelkundige implantaten ten behoeve van een uitneembare volledige prothese wanneer je een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt, dat je zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die je gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

Wij hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. Je kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Wij moeten je vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- Er kan ook aanspraak bestaan op implantaten vanuit artikel 41.

39.2 Uitneembare volledige prothese op implantaten

Je hebt aanspraak op een uitneembare volledige prothese op implantaten wanneer je een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt, dat je zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die je gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per boven- of onderkaak. Tevens heb je aanspraak op reparatie en rebasing van uitneembare volledige protheses op implantaten.

Wij hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. Je kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Wij moeten je vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak.
- Er kan ook aanspraak bestaan op implantaten vanuit artikel 41.

40 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Je hebt aanspraak op tandheelkundige zorg als je een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap hebt en zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie welke je zou hebben gehad zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Je hebt alleen aanspraak wanneer geen aanspraak gemaakt kan worden op tandheelkundige verstrekkingen vanuit de AWBZ.
- Wij moeten je vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door jouw zorgverlener opgesteld behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

41 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Je hebt aanspraak op een tandheelkundige behandeling in gevallen waarin:

- je een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt, dat je zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die je gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en je zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die je gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- je volgens de gevalideerde angstschalen zoals omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde een extreme angst hebt voor tandheelkundige behandelingen.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp betalen verzekerden vanaf 18 jaar een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien dit artikel niet van toepassing is.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Wij moeten je vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Er kan ook aanspraak bestaan op implantaten vanuit artikel 39.

42 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Je hebt aanspraak op orthodontische behandeling bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Voorwaarden

- Je hebt alleen aanspraak als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt, dat je zonder deze behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die je gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Voor de behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten je vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.



de zelf verzekeraar

ik! helpt
je graag

Ga naar ik.nl

Voor uitgebreide informatie
en downloads

Stuur een e-mail

Heb je een vraag? Stuur een
e-mail naar zorg@ik.nl

Of regel het zelf op ik.nl