

A young child with long, curly hair is hanging upside down from a tree branch. The child is wearing a colorful, horizontally striped long-sleeved shirt and dark pants. The background shows a rural landscape with a dirt road, a green field, and a fence. The sun is shining brightly, creating a warm, golden light. The image is oriented vertically, with the child's head at the bottom and feet at the top.

Voorwaarden
Basisverzekering

kiemer

VERZEKERINGSVOORWAARDEN BASISVERZEKERING KIEMER

Verzekeringsvoorwaarden ingaande 1 januari 2013.

De verzekeringsvoorwaarden zijn bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geregistreerd onder Zaaknummer 110803.

Als risicodrager treedt De Friesland Zorgverzekeraar NV op, ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 50884565.

Inhoud

Verzekeringsvoorwaarden

1. Algemene informatie	4
1.1 Goed zorgverzekeraarschap	4
1.2 Zorgaanbieders en vergoedingen	4
1.3 Klachtafhandeling	6
1.4 Verwerking aanmelding	6
1.5 Indienen van uw nota	6
1.6 Mijn Kiemer	7
2. Algemene voorwaarden	8
2.1 Algemene bepalingen	8
2.2 Grondslag en dekkinggebied	8
2.3 Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven?	8
2.4 Begin en einde van de verzekering	9
2.5 Herziening van premie of voorwaarden	11
2.6 Onterechte verzekering	12
2.7 Dekking	12
a. Omvang van de dekking	12
b. Natura of restitutie	13
c. Gecontracteerde zorgaanbieders	13
d. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders	13
e. Wettelijke tarieven	13
f. Bemiddeling als zorg niet tijdig beschikbaar is	14
g. Acute zorg	14
h. Betaling aan de zorgaanbieder	14
i. Eigen bijdrage	14
j. Beëindigen overeenkomst met zorgaanbieder	15
k. Buitenland	15
l. Dekkingsperiode	16
m. Terrorismerisico	17
n. Uitsluitingen	17

2.8	Eigen risico	17
	a. Verplicht eigen risico	17
	b. Vrijwillig eigen risico	18
	c. Wanneer is het eigen risico niet van toepassing	18
	d. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico	18
2.9	Premiebetaling	19
2.10	Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde	20
2.11	Fraude	21
2.12	Geschillen	22
2.13	Verhaal op derden	22
2.14	Aansprakelijkheidsbeperking	23
2.15	Registratie persoonsgegevens	23
2.16	Klachten over formulieren	24
3.	Inhoud van de verzekering	25
3.1	Audiologische zorg	25
3.2	Bariatrische chirurgie (chirurgie bij overgewicht)	25
3.3	Beademing	26
3.4	Dialyse	27
3.5	Dyslexiezorg	27
3.6	Erfelijkheidsonderzoek	29
3.7	Farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten)	29
3.8	Geestelijke gezondheidszorg	33
3.9	Huisartsenzorg	36
3.10	Hulpmiddelenzorg	38
3.11	IVF (in-vitrofertilisatie)	39
3.12	Medisch specialistische zorg algemeen	40
3.13	Mondzorg (tandheelkunde)	41
3.14	Oncologische aandoeningen bij kinderen	46
3.15	Paramedische zorg	46
	a. Dieetadvisering	46
	b. Ergotherapie	47
	c. Fysiotherapie en oefentherapie	47
	d. Logopedie	49
3.16	Plastische chirurgie	49
3.17	Revalidatie	50
	a. Medisch specialistische revalidatie	50
	b. Geriatrische revalidatie	51
3.18	Transplantaties van weefsels en organen	52
3.19	Trombosezorg	53
3.20	Verblijf	53
3.21	Verloskundige zorg en kraamzorg	55
3.22	Verpleegkundige zorg zonder verblijf	57
3.23	Ziekenvervoer	58
3.24	Zorg bij Stoppen-met-rokenprogramma	60
4.	Begripsomschrijvingen	62

Voorwoord

Beste klant,

Het leven van opgroeiende kinderen zit vol mooie en spannende momenten. Daar wilt u uw kind onbezorgd van laten genieten. Kiemer begrijpt dat. Wij helpen u om te voorkomen dat er iets mis gaat en gebeurt dat toch, dan kunnen u en uw opgroeiende kind rekenen op de beste zorg. Nieuw in 2013 is dat deze zorg nog meer is afgestemd op de levensfase van uw kind. Dit is tot stand gekomen in samenspraak met onze klanten.

De zekerheden van Kiemer:

1. De beste zorg voor opgroeiende kinderen passend bij de levensfase
2. 24/7 antwoord op al uw vragen via de kindervraagbaak
3. Stoeigarantie op de bril van uw kind (nieuw in 2013!)
4. Uw uitgaven onder controle: gespreid betalen verplicht eigen risico
5. Voor u en uw kind: wachtlijstbemiddeling en second opinion

Op onze website informeren wij u uitgebreid over de inhoud van deze diensten en hoe u hiervan gebruik kunt maken. Ook het komende jaar nodigen wij u graag uit mee te denken over hoe wij u nog beter van dienst kunnen zijn. Lees meer hierover op www.kierner.nl.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Diana Monissen', with a long horizontal stroke extending to the right.

Diana Monissen
Voorzitter Raad van Bestuur

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

1. ALGEMENE INFORMATIE

1.1 Goed zorgverzekeraarschap

Wij hebben zowel in de verzekeringsvoorwaarden als in haar statuten regels vastgelegd met betrekking tot het goed en transparant uitvoeren van de Zorgverzekeringwet. Het afleggen van maatschappelijke verantwoording is daarbij een centraal thema.

Wij worden, net als onze concurrenten, door consumentenorganisaties goed in de gaten gehouden. Zo worden de zorgverzekeraars met elkaar vergeleken. Daarbij wordt naar de prestaties gekeken, maar ook naar de premies en dekking. Hierover wordt onder andere gepubliceerd op de website www.kiesbeter.nl.

Onze reclame-uitingen zijn geheel volgens de spelregels van de Reclame Code Commissie. Dit houdt in dat wij een reëel, duidelijk en correct beeld schetsen van onze producten en diensten. Alle verzekerden moeten in de gelegenheid worden gesteld om de structuur en de organisatie van Kiemer te begrijpen. Daartoe ontvangen alle verzekerden en aspirant-verzekerden informatie via brochures en de website van Kiemer: www.kiemer.nl. Maar verzekerden worden ook persoonlijk op de hoogte gehouden van veranderingen door middel van de periodiek verschijnende digitale nieuwsbrief.

In de brochures en op de website worden de minimumprestaties genoemd waaraan onze dienstverlening moet voldoen. Het gaat hier om zaken als: hoe snel worden declaraties betaald, wat mag u van onze klachtenafhandeling verwachten, etc. De invloed en inspraak van onze verzekerden is gewaarborgd via een verzekerdenraad die nauw betrokken is bij alle belangrijke besluiten van De Friesland (risicodrager van Kiemer) en die op tal van terreinen adviesge-rechtigd is. Informatie over deze verzekerdenraad vindt u ook op onze website www.kiemer.nl. Wij voeren daarnaast elk jaar klantonderzoeken uit om te bekijken wat u van ons verwacht en hoe wij daaraan kunnen voldoen. Deze onderzoeken hebben een directe uitwerking op de voorwaarden en dienstverlening.

1.2 Zorgaanbieders en vergoedingen

Hoe weet u of u recht heeft op bepaalde zorg?

Wanneer u zorg nodig heeft, wilt u natuurlijk ook weten of wij deze zorg vergoeden. Dit kunt u daarom gemakkelijk in de verzekeringsvoorwaarden en op onze website opzoeken. Heeft u toch nog vragen? Onze medewerkers helpen u graag verder.

Recht op een bepaalde behandeling?

Het is belangrijk vooraf te weten of er sprake is van een eigen bijdrage voor uw behandeling. En of de geneesmiddelen of hulpmiddelen die u nodig heeft door

uw verzekering worden vergoed. De vergoeding van specifieke behandelingen en middelen kunt u vinden in deze voorwaarden. Ook vindt u hier of er bepaalde voorwaarden aan de behandelaar worden gesteld. Vergoedingen voor hulpmiddelen zijn te vinden in het Reglement Hulpmiddelenzorg. Dit reglement is te downloaden op www.kiemer.nl of op te vragen via de afdeling Klantcontacten.

Vergoeding voor medicijnen?

Wilt u weten of uw voorschreven medicijnen door Kiemer worden vergoed? Noteer dan de naam en registratienummer (ZI-nummer c.q. KNMP-nummer) van het medicijn en neem contact op met onze afdeling klantcontacten. Zij kunnen u vertellen of uw medicijn wel of niet vergoed wordt, of er een eigen bijdrage voor dit medicijn is die uzelf dient te betalen, en of er een machtiging voor dit medicijn nodig is.

Recht op zorg door een bepaalde zorgaanbieder?

Zoekt u informatie over zorgaanbieders waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten? Deze vindt u op onze website. Bij 'Vind uw zorgaanbieder' kunt u een keuze maken voor het soort zorgaanbieder en woonplaats.

Let op

Het kan gebeuren dat een zorgovereenkomst met een zorgaanbieder wordt beëindigd. Wij adviseren u daarom voordat u zorg nodig heeft altijd even op de website na te kijken of uw zorgaanbieder nog steeds een overeenkomst met ons heeft.

Wachttijstbemiddeling

Per ziekenhuis zijn er soms grote verschillen in de wachttijden voor zorg. Als u te maken krijgt met een lange wachttijd gaan wij, als u dat wilt, voor u op zoek naar een ander ziekenhuis waar u sneller geholpen kunt worden. Dit kan in uw regio zijn, maar ook daarbuiten, of zelfs in het buitenland. Wilt u van deze service gebruikmaken, dan kunt u contact opnemen met onze wachttijstcoördinator.

Wij garanderen voor de volgende ingrepen de volgende maximale wachttijden:

- a. heupoperatie 4 weken;
- b. arthroscopie/kijkoperatie in een gewricht 4 weken;
- c. knieoperatie 4 weken;
- d. cataractoperatie (staaroperatie) 4 weken;
- e. spataderbehandeling 5 weken;
- f. liesbreukoperatie 5 weken.

Deze wachttijden zijn korter dan de maximale wachttijden op basis van de landelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (de zogenaamde Treeknormen). Elders in deze verzekeringsvoorwaarden wordt uitgebreid op deze Treeknormen ingegaan. Is uw wachttijd langer dan hier aangegeven? In dat geval kunt u wachttijstbemiddeling aanvragen via onze website of telefonisch via telefoonnummer (058) 291 33 00.

Naast de hiervoor genoemde ingrepen kan ook bij andere behandelingen sprake zijn van lange wachttijden. Ook dan kunt u contact opnemen met de wachtlijstbemiddeling voor de snelste en beste behandeling.

1.3 Klachtafhandeling

Wij besteden veel tijd en aandacht aan het afhandelen van klachten. Een klacht wordt door ons gezien als een mogelijkheid om onze informatievoorziening en dienstverlening verder te verbeteren. U kunt zowel schriftelijk als per e-mail uw klacht indienen. Na ontvangst van uw klacht ontvangt u van ons een ontvangstbevestiging. Mocht de klacht over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet gaan, dan wordt de klacht binnen 6 weken behandeld. Mocht er meer tijd nodig zijn, dan ontvangt u hierover bericht. Wilt u meer weten? Verderop in deze verzekeringsvoorwaarden wordt nader op de klachtenafhandeling ingegaan. Daarnaast hebben wij een speciale folder over klachten. U kunt deze downloaden op onze website of telefonisch aanvragen.

1.4 Verwerking aanmelding

De administratieve verwerking van een aanmelding vindt binnen vier werkdagen plaats. Voorwaarde is wel dat wij over de juiste documenten beschikken die voor inschrijving nodig zijn.

1.5 Indienen van uw nota

U krijgt natuurlijk het liefst de beste zorg voor zo min mogelijk geregeld. Daarom hebben we met de meeste zorgaanbieders afgesproken dat zij hun nota's rechtstreeks bij ons indienen.

Nota's van zorgaanbieders waarmee wij (nog) geen contract hebben afgesloten worden meestal eerst door uzelf betaald. Daarna kunt u de nota bij ons declareren. Dit kan op de volgende manieren:

- online indienen via Mijn Kiemer. Meer informatie hierover vindt u op onze website;
- online indienen via onze website. Hier vindt u een formulier voor het online declareren van uw nota's. U kunt de (gescande) nota toevoegen als bijlage;
- opsturen naar Postbus 19, 8900 AA Leeuwarden.

Als u nota's digitaal heeft ingediend, moet u de papieren originele nota's nog minimaal twee jaar bewaren. Wij kunnen deze binnen deze periode nog opvragen voor controles.

Omdat wij ingezonden nota's niet meer terug kunnen sturen, adviseren we u een kopie van de originele nota te maken voor uw eigen administratie.

a. Uw declaratie snel behandeld

Wij proberen uw declaratie altijd zo spoedig mogelijk in behandeling te nemen. Gewoonlijk is uw declaratie binnen zeven werkdagen door ons verwerkt en staat het betaalde bedrag binnen tien werkdagen op uw rekening. Zorgt u er dan wel voor dat de gegevens op de nota goed leesbaar zijn en dat uw verzekeringsnummer of burgerservicenummer hierop duidelijk is vermeld.

b. Oude nota gevonden?

Heeft u nog een oude nota liggen? Nota's kunt u indienen tot drie jaar na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Twijfelt u wat voor uw nota van toepassing is? Neem dan gerust contact met ons op.

1.6 Mijn Kiemer

U kunt als verzekeringnemer uw polisgegevens raadplegen en wijzigen in Mijn Kiemer via een per DigiD beveiligde online verbinding. Meer informatie over Mijn Kiemer vindt u op onze website.

2. ALGEMENE VOORWAARDEN

2.1 Algemene bepalingen

- In deze voorwaarden wordt met u bedoeld: u als verzekerde. Als met u wordt bedoeld u als verzekeringnemer, is dit expliciet vermeld.
- In deze voorwaarden wordt met Kiemer bedoeld:
De Friesland Zorgverzekeraar NV.

2.2 Grondslag en dekkinggebied

- In deze verzekeringsvoorwaarden wordt alleen ingegaan op de voorwaarden van de Basisverzekering. Heeft u daarnaast een aanvullende verzekering bij ons afgesloten dan kunt u hiervoor de betreffende verzekeringsvoorwaarden raadplegen. Voor de aanvullende verzekeringen zijn speciale verzekeringsvoorwaarden ontwikkeld.
- Deze verzekeringsvoorwaarden gelden voor de Basisverzekering Kiemer, met als risicodrager De Friesland Zorgverzekeraar NV, en zijn geldig in Nederland en in het buitenland.
- Deze verzekeringsvoorwaarden zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.
- De verzekeringsvoorwaarden moeten worden uitgelegd en toegepast in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Mocht na het verschijnen van deze verzekeringsvoorwaarden blijken dat deze op enig onderdeel niet (meer) in overeenstemming zijn met het bepaalde in of op grond van de Zorgverzekeringswet, dan is de tekst van de Zorgverzekeringswet en de daarbij horende regelgeving bindend. De verzekeringsvoorwaarden worden dan geacht zodanig te zijn gewijzigd dat zij wel in overeenstemming zijn met het bepaalde in of op grond van de Zorgverzekeringswet. Wij informeren u, zodra mogelijk, over de eventuele wijziging(en) van de tekst van de verzekeringsvoorwaarden die uit deze bepaling voortvloeien. De eventueel aangepaste volledige tekst van de verzekeringsvoorwaarden kunt u raadplegen op www.kiemer.nl of wordt u op verzoek toegestuurd.
- Voor zover in deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar de reglementen of naar andere bijlagen, dan gelden deze als onderdeel van de overeenkomst en zijn ze op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op onze website.
- Op deze verzekeringsvoorwaarden is het Nederlands recht van toepassing.

2.3 Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven?

In deze verzekering kunnen alleen verzekerden worden ingeschreven die verzekeringsplichtig zijn en wonen in Nederland of in het buitenland.

2.4 Begin en einde van de verzekering

a. Aanmelden

De verzekering wordt aangegaan op grond van het online ingevulde aanvraagformulier. Als het aanvraagformulier onvolledig of onjuist is ingevuld en desondanks door ons is geaccepteerd, dan is de eerste premiebetaling de formele bevestiging van de aanvraag.

Ingangsdatum verzekering

De ingangsdatum van de verzekering is de dag waarop Kiemer de aanvraag heeft ontvangen. Deze datum wordt op het polisblad vermeld.

In afwijking van deze hoofdregel geldt het volgende:

- Mochten er onduidelijkheden zijn, bijvoorbeeld over de verzekeringsplicht van de te verzekeren persoon, dan kan dit gevolgen hebben voor de ingangsdatum van de verzekering. Wij zullen u dan eerst om aanvullende informatie vragen. De verzekering gaat in dat geval in op de dag dat wij alle benodigde informatie hebben ontvangen.
- Wanneer u op het moment waarop we uw aanvraag hebben ontvangen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent, dan kan de verzekering op uw verzoek op een later tijdstip ingaan.
- Als de zorgverzekering is afgesloten binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan dan gaat deze in met terugwerkende kracht per de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan. U bent over deze periode premie verschuldigd.
- Als de zorgverzekering is afgesloten binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari of wegens het ten nadele van de verzekerde wijzigen van de voorwaarden door opzegging is geëindigd, dan gaat deze in met terugwerkende kracht per de dag waarop de eerdere zorgverzekering is beëindigd.

Wat u verder moet weten

- De verzekeringnemer kan de aanmelding zonder opgave van reden binnen vijftien dagen na dagtekening van het polisblad schriftelijk of per e-mail ongedaan maken. De verzekering wordt dan met terugwerkende kracht ontbonden.
- Als het Zorginstituut Nederland u bij ons heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet, kunt u de verzekering beëindigen binnen twee weken vanaf de datum waarop het Zorginstituut Nederland u van de verzekering in kennis heeft gesteld. U moet dan wel aantonen dat u binnen de periode genoemd in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet via een andere zorgverzekering bent verzekerd.
- Als de zorgverzekering ingaat in de loop van het jaar, dan wordt deze aangegaan voor de rest van dat kalenderjaar.
- Wij zijn niet verplicht een zorgverzekering af te sluiten als een eerdere zorgverzekering bij ons is opgezegd of ontbonden wegens opzettelijke misleiding, fraude of enige andere vorm van wanprestatie jegens ons of het niet betalen

van de premie. Dit geldt voor een periode van vijf jaar onmiddellijk na beëindiging van de zorgverzekering.

- U ontvangt een polisblad in een door ons vast te stellen vorm dat geldt als bewijs van de tussen u als verzekeringnemer en Kiemer gesloten verzekeringsovereenkomst.
- Voor het verwerken van uw persoonsgegevens is de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) bepalend.

b. Beëindigen

U mag als verzekeringnemer uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt eindigt uw zorgverzekering per 1 januari daaropvolgend. U ontvangt hiervan van ons een bevestiging. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar.

Het opzeggen kan op de volgende manieren plaatsvinden:

- door gebruik te maken van de opzegservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar;
- door uzelf (verzekeringnemer). U moet dan uiterlijk 31 december opzeggen. Opzeggen kan per e-mail of schriftelijk.

Wat u verder moet weten

- De verzekering eindigt automatisch op het tijdstip dat uw verzekeringsplicht eindigt.
- Bij overlijden, eindigt de verzekering automatisch de dag na het overlijden. Om de verzekering te kunnen beëindigen, moeten wij binnen 30 dagen na het overlijden hierover geïnformeerd worden.
- De verzekering eindigt automatisch als wij ten gevolge van wijziging of intrekking van onze vergunning geen zorgverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. In dat geval stellen wij de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat de zorgverzekering eindigt hiervan op de hoogte. Hierbij vermelden wij de reden en de datum van beëindiging.
- De verzekering eindigt automatisch als wij ons werkgebied wijzigen en u daardoor buiten ons werkgebied komt te wonen. In dat geval stellen wij de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat de zorgverzekering eindigt hiervan op de hoogte. Hierbij vermelden wij de reden en de datum van beëindiging.
- De verzekering eindigt automatisch op de eerste dag van de tweede maand volgend op de dag van verhuizing naar een woonplaats buiten het gebied waarbinnen deze polis van kracht is.
- Als verzekeringnemer kunt u tussentijds de verzekering van de verzekerde voor wie u als verzekeringnemer handelt, opzeggen, als deze ergens anders een zorgverzekering heeft afgesloten. De opzegging gaat in per de datum waarop de verzekering bij de andere zorgverzekeraar is ingegaan. Voor-

waarde is dan wel dat de opzegging ons voorafgaand aan die ingangsdatum heeft bereikt. Als wij de opzegging later ontvangen, wordt de verzekering bij ons beëindigd op de eerste dag van de tweede maand volgend op de dag waarop de opzegging is ontvangen.

- Nadat wij u als verzekeringnemer hebben aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kunt u gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en de incassokosten niet zijn voldaan de zorgverzekering niet opzeggen. Dit geldt niet wanneer wij de zorgverzekering of de dekking van de zorgverzekering hebben geschorst of opgeschort of wanneer wij u binnen twee weken te kennen geven de opzegging te bevestigen.
- als het Zorginstituut Nederland u bij ons heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet kunt u de verzekering niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden vanaf de ingangsdatum van de verzekering.
- Wij kunnen uw verzekering per de ingangsdatum beëindigen als het Zorginstituut Nederland u bij ons heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet en achteraf blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was.

Bewijs van einde zorgverzekering

Als de verzekering eindigt, krijgt u van ons een 'bewijs van einde zorgverzekering'.

Op dit bewijs wordt de volgende informatie vermeld:

- a. Naam, adres, woonplaats en burgerservicenummer of bij het ontbreken daarvan het sociaal- fiscaal nummer van de verzekerde;
- b. Naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- c. Naam, adres, woonplaats van de zorgverzekeraar;
- d. De dag waarop de zorgverzekering eindigt;
- e. Of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja met ingang van welke ingangsdatum, voor welk bedrag en de in verband daarmee verleende korting;
- f. De reden van de beëindiging van de verzekering.

2.5 Herziening van premie of voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden van de verzekering en de premies te herzien. Wij delen deze voorgenomen herziening mee aan de verzekeringnemer. Tussen de ingangsdatum van de herziening en de aankondiging hiervan zitten tenminste zes weken. Bij een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekerde, of bij een verhoging van de premiegrondslag, kan de verzekeringnemer gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld de verzekering opzeggen.

Let op

U kunt als verzekeringnemer niet opzeggen als de wijziging een direct gevolg is van de in de Zorgverzekeringswet met betrekking tot de verzekerde prestaties gestelde regels, ook als de wijzigingen in het nadeel van de verzekerde of de verzekeringnemer zijn.

De opzegging in verband met de herziening van de verzekeringsvoorwaarden en premie, gaat in op de ingangsdatum van deze herziening. Hebben wij binnen één maand na bekendmaking geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering voortgezet onder de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

2.6 Onterechte verzekering

Als een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen en achteraf blijkt dat geen verzekeringsplicht heeft bestaan of dat deze inmiddels is geëindigd, dan vanaf het moment waarop de verzekeringsplicht is geëindigd. In dat geval bent u verplicht om de kosten die onterecht zijn vergoed vanaf de datum van beëindiging van de verzekering terug te betalen. Wij kunnen deze vordering compenseren met andere aan u verschuldigde uitkeringen.

2.7 Dekking

a. Omvang van de dekking

- Voor zover op grond van deze verzekeringsvoorwaarden toestemming, een verwijzing of een voorschrift vereist is, bestaat alleen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat u van de desbetreffende zorg gebruik maakt.
- Recht op zorg of diensten, of recht op vergoeding van de kosten daarvan, bestaat alleen als u naar een zorgaanbieder gaat die aan de eisen voldoet zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden. Wij kunnen u echter toestemming verlenen voor onze rekening gebruik te maken van een zorgaanbieder met een andere kwalificatie dan in deze verzekeringsvoorwaarden is vermeld. Deze toestemming moeten wij u dan voorafgaand aan de behandeling hebben verleend.
- De inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten worden onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en - bij het ontbreken van een zodanige maatstaf - door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Tip

Het Zorginstituut Nederland heeft verschillende behandelingen aan de hiervoor genoemde criteria getoetst en op grond hiervan beoordeeld of deze als verzekerde zorg zijn aan te merken. Raadpleeg hiervoor www.cvz.nl/zorgpakket/standpunten.

In afwijking hiervan kunnen ook zorg en/of diensten die (nog) niet aan deze criteria voldoen onder voorwaarden als verzekerde zorg worden toegelaten. De volgende zorg is voorwaardelijk toegelaten:

- behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, als de indicatie en de behandeling voldoen aan de voorwaarden van het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt betaald;
- behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie, als de indicatie en de behandeling voldoen aan de voorwaarden van het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt betaald;

- behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie, als de indicatie en de behandeling voldoen aan de voorwaarden die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie 'Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in The Netherlands (MR CLEAN)'.
- U heeft recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. De te verlenen zorg of diensten moeten doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
- De vraag of u behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde dienst wordt uitsluitend op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- Recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat op voorwaarde dat de zorg wordt verleend op de plaats die gezien de aard van de zorg en de omstandigheden als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

b. Natura of restitutie

De Basisverzekering Kiemer gaat grotendeels uit van aanspraak op zorg (in natura). Zorg in natura betekent dat u recht heeft op zorg. Voor enkele vormen van zorg geldt dat deze niet volledig aanspraak op zorg in natura bieden, maar ook gedeeltelijk op een vergoeding van de kosten (restitutie). Restitutie betekent dat u geen recht heeft op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen. In hoofdstuk 3 is bij de artikelen van de betreffende zorgvormen aangegeven voor welke onderdelen u recht heeft op zorg of op vergoeding van de kosten.

c. Gecontracteerde zorgaanbieders

Als u gebruik maakt van de zorg of diensten van een gecontracteerde zorgaanbieder, dan betalen wij 100% van de kosten. Er kan voor sommige vormen van zorg wel een eigen risico en/of een eigen bijdrage gelden.

Tip

Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website bij 'Vind uw zorgaanbieder'.

d. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders

U kunt ook gebruik maken van zorgaanbieders waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten. In hoofdstuk 3 is bij de verschillende vormen van zorg vermeld op welke vergoeding u in dat geval recht heeft.

Let op

Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in deze verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.

e. Wettelijke tarieven

Welke wettelijke tarieven in Nederland gelden, kunt u terugvinden op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit (www.nza.nl). Zorgaanbieders zijn verplicht de tarieven voor de door hen geleverde prestaties bekend te maken. Dit

geldt ook voor zorgaanbieders waarvoor geen maximumtarieven zijn vastgesteld. Zo weet u waar u als klant aan toe bent.

f. Bemiddeling als zorg niet tijdig beschikbaar is

Als de benodigde zorg in natura naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd dan kunt u aanspraak maken op onze zorgbemiddeling. Als er sprake is van zorg op basis van restitutie kunt u ons vragen voor u te bemiddelen. Maatstaf voor het begrip 'tijdig' zijn de zogenaamde Treeknormen (notitie Streefnormstelling wachttijden). Als u in het kader van wachtlijstbemiddeling toestemming ontvangt om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, worden de kosten van de zorg na overlegging van de nota vergoed. Na tussenkomst door de wachtlijstbemiddelaar garanderen wij voor de volgende operaties of ingrepen dat de wachttijd niet langer zal zijn dan hieronder genoemd. Deze termijnen beginnen te lopen vanaf het moment dat is vastgesteld welke zorg u nodig heeft tot het moment dat deze zorg daadwerkelijk ontvangen kan worden.

De termijnen zijn:

- a. heupoperatie 4 weken;
- b. arthroscopie/kijkoperatie in een gewricht 4 weken;
- c. knieoperatie 4 weken;
- d. cataractoperatie (staaroperatie) 4 weken;
- e. spataderbehandeling 5 weken;
- f. liesbreukoperatie 5 weken.

Deze wachttijden zijn korter dan op basis van de landelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn vastgelegd in de Treeknormen.

g. Acute zorg

Als er sprake is van acute zorg (zorg die plotseling en onverwacht noodzakelijk is en niet kan worden uitgesteld) en u heeft gebruik gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u binnen Nederland recht op volledige vergoeding van de kosten. U moet ons zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte stellen. Dit geldt ook als deze situatie zich in het buitenland voordoet. In dat geval dient u echter zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Kiemer Alarmservice. In het hoofdstuk Buitenland kunt u meer informatie over de vergoeding vinden.

h. Betaling aan de zorgaanbieder

Wij mogen in alle gevallen de kosten van zorg of overige diensten rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen. U heeft dan geen recht meer op betaling van deze kosten aan uzelf.

i. Eigen bijdrage

Als u volgens deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, dan wordt die eigen bijdrage:

- door de zorgaanbieder aan u in rekening gebracht als wij de kosten van zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder voldoen;
- in mindering gebracht op de vergoeding als wij de vergoeding aan u betalen.

j. Beëindigen overeenkomst met zorgaanbieder

Als een overeenkomst tussen ons en een zorgaanbieder wordt beëindigd en u, op het moment van beëindiging zorg van deze zorgaanbieder ontvangt, blijven wij de lopende behandeling vergoeden.

k. Buitenland

Als u in Nederland woont, heeft u ook aanspraak op zorg in natura van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor de zorg waarbij sprake is van restitutie geldt dat de vergoeding niet meer zal bedragen dan het in Nederland geldende wettelijk tarief. Als er in Nederland geen wettelijk tarief is vastgesteld bedraagt de vergoeding niet meer dan het marktconforme tarief.

Tip

Wilt u in het buitenland behandeld worden, informeer dan eerst of de kosten vergoed worden, onder welke voorwaarden en welk bedrag u eventueel zelf dient bij te betalen!

Wonen of verblijven in een verdragsland

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land dan Nederland of in een verdragsland, dan heeft u naar keuze:

- aanspraak op medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening 883/2004 of het desbetreffende verdrag. Voorwaarde is dan wel dat de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland;
- aanspraak op zorg in natura door een zorgaanbieder die door ons in het woonland of in het land van tijdelijk verblijf is gecontracteerd.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, heeft u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop u recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor de zorg waarbij sprake is van restitutie geldt dat de vergoeding niet meer zal bedragen dan het in Nederland geldende wettelijk tarief. Als er in Nederland geen wettelijk tarief is vastgesteld, bedraagt de vergoeding niet meer dan het marktconform tarief. Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of verdragsland woont en tijdelijk woont of verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

Tip

Uw KiemerPas is tevens een European Health Insurance Card (EHIC). Deze is geldig in de EER-landen (Europese Unie, Noorwegen, IJsland en Liechtenstein) en Zwitserland voor medisch noodzakelijke zorg. Wij adviseren u van deze EHIC gebruik te maken als u in een van deze landen verblijft en zorg nodig heeft. U hoeft dan geen geld voor te schieten. Buitenlandse behandelaars, zoals artsen en specialisten, weten dan dat hun rekening door ons wordt betaald. Sommige behandelaars accepteren de pas nog niet. U moet dan zelf de reke-

ning voorschieten. Later kunt u de rekening bij ons indienen. Met de kaart heeft u geen recht om naar het buitenland te reizen met als doel een medische behandeling te krijgen.

Gaat u naar Australië, dan moet u zich direct bij aankomst met de EHIC melden bij een medicare kantoor. U krijgt dan een medicare card, waarmee u kosteloos geneeskundige hulp in Australië krijgt.

Wonen of verblijven in een niet-verdragsland

Woont of verblijft u in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling. De vergoeding bedraagt maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er in Nederland geen wettelijk tarief is vastgesteld, bedraagt de vergoeding niet meer dan het marktconforme tarief.

Vergoeding als zorg niet (tijdig) in Nederland beschikbaar is

U heeft recht op volledige vergoeding van de kosten:

- als u toestemming van ons heeft ontvangen om naar een met name genoemde niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland te gaan in het kader van wachtlijstbemiddeling;
- als de zorg in Nederland niet voorhanden is en wij voorafgaande toestemming hebben verleend.

Alarmservice

Als u medisch noodzakelijke zorg nodig heeft die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg), dan moet u dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de Kiemer Alarmservice. Deze coördineert de zorg. Ook kunt u informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. De alarmservice is dag en nacht, zeven dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0(58) en het nummer van de alarmcentrale (213 88 29). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 58 213 88 29. Faxnummer: 0031 58 213 88 29. E-mailadres: alarmservice@kiemer.nl.

Omrekenkoers

De vergoeding van de verzekerde kosten vindt plaats in euro's volgens de omrekenkoers zoals die geldt op de dag van de behandeling.

I. Dekkingsperiode

U heeft recht op (vergoeding van) de verzekerde zorg, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van levering, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als het gaat om een nota van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) waarmee een begin is gemaakt voor de einddatum van de verzekering, worden de kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing was. Als de nota betrekking heeft op een DBC waarmee is

begonnen voor de datum van ingang van de verzekering, worden de kosten hiervan niet vergoed.

m. Terrorismerisico

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 toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura- uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade NV (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg of vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft u in aanvulling op het voorgaande recht op zorg of vergoeding van de kosten daarvan, waarvan de omvang wordt bepaald door artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering.

n. Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van:

- de eigen bijdrage die u bent verschuldigd op grond van de AWBZ;
- de kosten van een bevolkingsonderzoek;
- de kosten van alternatieve geneeswijzen;
- declaraties als gevolg van keuringen, attesten en griep- en andere vaccinaties, tenzij in deze voorwaarden anders is bepaald;
- sancties opgelegd door zorgaanbieders, zoals bijvoorbeeld het doorberekenen van niet nagekomen afspraken of het door de zorgaanbieder berekenen van rente wegens het niet tijdig betalen van een nota;
- schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
- vruchtbaarheidsgelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

2.8 Eigen risico

a. Verplicht eigen risico

Het verplichte eigen risico is het bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat verplicht voor uw rekening blijft. Voor verzekerden van 18 jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 350,- per kalenderjaar.

Tip

Wij bieden u de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen. Kijkt u voor meer informatie op onze website of neem contact met ons op.

b. Vrijwillig eigen risico

Het vrijwillige eigen risico is het met u als verzekeringnemer overeengekomen bedrag per kalenderjaar aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat u naast het verplichte eigen risico voor uw eigen rekening neemt.

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u van ons een premiekorting. U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van:

Eigen risico	Premiekorting per maand
€ 500,-	€ 24,-

Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillige eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar aan ons doorgeven.

c. Wanneer is het eigen risico niet van toepassing

Zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico zijn niet van toepassing op de kosten van:

- verloskundige zorg en kraamzorg;
- het gebruik van huisartsenzorg. Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek onder de dekking van deze verzekering valt, elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;
- nacontroles van de donor na afloop van de periode genoemd in hoofdstuk 3 in het artikel Transplantaties van weefsels en organen, onder Inhoud zorg, vierde gedachtestreepje;
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt;
- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg);
- door ons gecontracteerde internetbehandeltrajecten voor eerstelijns psychologische zorg, als deze worden gevolgd bij een door ons hiervoor gecontracteerde zorgaanbieder.

d. Berekening vrijwillig en verplicht eigen risico

Wij brengen kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplichte als het vrijwillige eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplichte eigen risico.

De volgende bepalingen gelden voor zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico:

- In die gevallen waarin u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, telt deze eigen bijdrage niet mee voor het eigen risico. Ook overige kosten die voor uw eigen rekening blijven, worden voor toepassing van het eigen risico buiten beschouwing gelaten.
- Als een verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt, gaat het eigen risico in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.
- Als de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast op basis van het werkelijke aantal dagen in het kalenderjaar.
- Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Wanneer in twee achtereenvolgende kalenderjaren zorg is genoten die door de zorgaanbieder in één bedrag in rekening wordt gebracht, worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin met de zorg is begonnen. Voor de vaststelling van het eigen risico wordt een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) dus toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.
- Als wij de kosten van verleende hulp rechtstreeks aan de zorgaanbieder hebben vergoed, dan brengen wij u achteraf het eventueel verschuldigde eigen risico in rekening. Voorafgaand aan het incasseren van het eigen risico krijgt u een specificatie van de kosten die ten laste komen van het eigen risico. Hierop wordt ook aangegeven wanneer en op welke manier het verschuldigde bedrag zal worden geïncasseerd.

2.9 Premiebetaling

- De premiegrondslag (bruto premie) voor deze verzekering staat vermeld op het polisblad en is ook te vinden op onze website.
Op de premiegrondslag kan eventueel een korting op basis van een gekozen vrijwillig eigen risico worden toegepast. Daarnaast is bij vooruitbetaling van de verschuldigde premie een rentevergoeding mogelijk. De verschuldigde premie bestaat uit de premiegrondslag na aftrek van korting in verband met een vrijwillig eigen risico.

Let op

Als verzekeringnemer bent en blijft u altijd zelf verantwoordelijk voor de premiebetaling.

- Wij streven ernaar de vooraankondiging van de automatische incasso veertien dagen voor het openstaande bedrag aan u als verzekeringnemer te sturen. Dit is niet van toepassing voor terugkerende betalingen, zoals premie. De vooraankondiging van deze bedragen vindt eenmaal per jaar plaats.
- Als verzekeringnemer bent u verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen. Dit kan per maand, kwartaal, halfjaar of kalenderjaar. Bij vooruitbetaling per kwartaal geldt een rentevergoeding van 0,5%. Bij vooruitbetaling per halfjaar is dit 1%. Bij vooruitbetaling per jaar bedraagt de rentevergoeding 2%. De rentevergoeding wordt berekend over de verschuldigde premie.

- Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand zijn wij gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren. U mag de te betalen premie niet verrekenen met een van ons te vorderen vergoeding.
- U bent geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Wij benaderen de minderjarige verzekerde tenminste vier weken voor zijn/haar 18e verjaardag met de vraag of hij/zij voor een vrijwillig eigen risico kiest. Als de verzekeringnemer of de verzekerde zijn/haar keuze niet aan de zorgverzekeraar doorgeeft, dan wordt de premie berekend op basis van een polis zonder vrijwillig eigen risico.
- Bij overlijden vindt naar rato verrekening of terugbetaling van de premie en het eigen risico plaats. Dit gebeurt met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum. Bij overlijden van de verzekeringnemer gaat de verplichting tot premiebetaling over op de verzekerde(n) waarvoor hij of zij premieplichtig was of, voor zover van toepassing, op de wettelijke vertegenwoordiger van die verzekerde(n).
- Als u als verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eventueel andere verschuldigde bedragen, zoals eigen bijdragen, eigen risico en kosten, dan sturen wij u een schriftelijke aanmaning tot betaling binnen een termijn van 30 dagen. Als het bedrag niet binnen de gestelde termijn wordt betaald, kunnen wij uw verzekering schorsen. Dit betekent dat de medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervalddag van de premie niet meer worden vergoed. De verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde bedragen te betalen. Als wij besluiten uw verzekering te schorsen, ontvangt u hiervan schriftelijk bericht.
- Als wij maatregelen treffen tot incasso van een vordering, dan komen alle kosten van de invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt pas weer van kracht op de dag volgend op die, waarop wij het verschuldigde bedrag en de kosten hebben ontvangen. Als wij overgaan tot ontbinding van de verzekeringsovereenkomst, dan gebeurt dit veertien dagen na de finale aanmaning.

2.10 Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde

Naast een groot aantal rechten, zoals het recht op goede zorg, heeft u als onze verzekerde ook een aantal plichten. Verplichtingen die vaak nodig zijn om er voor te zorgen dat u de beste zorg krijgt en wij onze taken als zorgverzekeraar optimaal kunnen uitvoeren.

U bent als verzekerde verplicht:

- u bij het invoeren van zorg te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- de behandelend arts, medisch specialist of paramedicus te vragen de reden van opname of behandeling op verzoek bekend te maken aan onze medisch adviseur, adviserend tandarts of adviserend paramedicus. Dit is nodig in ver-

band met controles en fraudeonderzoek die wij verrichten in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet;

- aan onze medisch adviseur, adviserend tandarts of adviserend paramedicus of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie. Dit is nodig in verband met de hierboven genoemde controles en fraudeonderzoek;
- ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- door uzelf betaalde nota's binnen drie jaar na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij ons in te dienen;
- nota's in te dienen die op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag het recht op vergoeding door ons kan worden vastgesteld. Als een nota in een andere taal is gesteld dan Engels, Duits, Frans, Spaans of Italiaans, dan kunnen wij u vragen om een vertaling van een beëdigd vertaler. De kosten hiervan komen voor uw eigen rekening.
- Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn;
- een verwijzing van een arts, tandarts of medisch specialist over te leggen als wij hier om vragen.

Wat u verder moet weten

- Als u gedetineerd raakt of uit detentie wordt ontslagen, moet u dit zo spoedig mogelijk schriftelijk of per e-mail aan ons melden. Gedurende de periode van detentie bestaat onder deze polis geen dekking. De dekking loopt weer vanaf het moment dat de detentie is beëindigd.
- U bent als verzekeringnemer verantwoordelijk voor het direct aan ons doorgeven van alle feiten en omstandigheden met betrekking tot de verzekerde die tot het einde van de verzekering (kunnen) leiden. Als wij op grond van die gegevens tot de conclusie komen dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, ontvangt de verzekeringnemer hiervan direct bericht onder vermelding van de reden en de datum van beëindiging.
- U bent als verzekeringnemer verplicht om binnen een maand alle gebeurtenissen aan ons te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld geboorte en overlijden.
- U bent als verzekeringnemer verplicht ons te informeren over de naam van de nieuwe zorgverzekeraar van de verzekerde, als in aansluiting op een verzekering bij ons een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar wordt afgesloten.
- Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende (e-mail)adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- Wanneer onze belangen worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen, dan kan dit gevolgen voor u hebben, bijvoorbeeld doordat kosten niet meer of nog slechts gedeeltelijk door ons worden vergoed.

2.11 Fraude

Van fraude is sprake als op oneigenlijke gronden en wijze een verzekeringsuitkering waarop geen recht bestaat wordt verkregen of geprobeerd wordt te ver-

krijgen. Onder fraude valt ook het verkrijgen of proberen te verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendzelen. Fraude heeft tot gevolg dat er helemaal geen verzekeringsuitkering zal plaatsvinden. Bij fraude:

- zal aangifte worden gedaan bij de politie;
- zal de verzekering worden beëindigd;
- zal registratie plaatsvinden in het door ons bijgehouden incidentenregister;
- zal registratie plaatsvinden in het tussen verzekeraars geldende signaleringssysteem;
- zullen eventueel onterecht uitgekeerde schade en onderzoekskosten worden teruggevorderd.

2.12 Geschillen

Als u als verzekerde of verzekeringnemer het niet eens bent met een door ons in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, dan kunt u ons binnen een jaar nadat die beslissing u is meegedeeld vragen om de beslissing te heroverwegen. U kunt dit verzoek richten aan onze Geschillencommissie.

Als wij niet binnen zes weken op het verzoek tot heroverweging hebben gereageerd, of als het antwoord niet naar tevredenheid is, dan kunt u het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, waaraan wij uitvoering zullen geven.

U heeft, ook na een eventuele procedure bij de SKGZ, het recht om een geschil tussen u en ons aan de bevoegde burgerlijke rechter voor te leggen. U kunt echter niet eerst het geschil aan de burgerlijke rechter voorleggen en daarna aan de SKGZ.

2.13 Verhaal op derden

Als een derde naar onze mening voor de kosten voortvloeiende uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde wettelijk aansprakelijk is, dan bent u, onverminderd het bepaalde in artikel 962 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, verplicht alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, inclusief het kosteloos verstrekken van alle inlichtingen die wij nodig hebben voor het kunnen verhalen van de kosten. Als bij een u overkomen ziekte, ongeval of letsel, een zodanige derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens u aangifte te worden gedaan bij ons en de bevoegde politie instantie. In geen geval mag u zonder onze schriftelijke toestemming met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt een regeling in enige vorm treffen, waaronder het verlenen van kwijting, waardoor wij in onze rechten kunnen worden benadeeld.

Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het hiervoor bepaalde met betrekking tot verhaal op derden, bent u verplicht ons de daardoor geleden schade te vergoeden.

2.14 Aansprakelijkheidsbeperking

Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die u als verzekeringnemer of verzekerde lijdt als gevolg van het handelen of nalaten van een zorgaanbieder, van wiens zorg u in het kader van de zorgverzekering gebruik heeft gemaakt.

Onze eventuele aansprakelijkheid voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen bij de uitvoering van de zorgverzekering is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de overeenkomst ten laste van ons zouden zijn gekomen.

2.15 Registratie persoonsgegevens

De persoonsgegevens die in het kader van deze verzekering zijn of worden verstrekt, kunnen worden opgenomen in de door ons gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing.

Wij houden ons aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars zoals opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Dit document kunt u op onze website raadplegen. Op uw verzoek kan dit u ook worden toegestuurd.

Op verzoek kunt u inzage krijgen in de gegevens die van u worden bijgehouden. U moet dit verzoek schriftelijk indienen. Op uw verzoek kan tot correctie of verwijdering van gegevens worden overgegaan. Verzoeken tot inzage, correctie of verwijdering kunt u richten aan onze Compliance Officer, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden.

Wij mogen aan derden (ook aan zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen of geven als dit nodig is om aan onze verplichtingen die voortvloeien uit de zorgverzekering te kunnen voldoen.

Voorbeeld:

Als wij uw rekeningen rechtstreeks van de zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, wordt uw zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder die u behandelt, weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Deze controle op verzekeringsgerechtigheid wordt gefaciliteerd door Vecozo B.V. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat laten weten. Wij zorgen er dan voor dat uw adresgegevens worden afgeschermd.

Wij zijn verplicht uw burgerservicenummer in de administratie op te nemen. Zorgaanbieders - of andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn wettelijk verplicht het burgerservicenummer te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met alle partijen die de verzekerde zorg leveren het burgerservicenummer gebruiken.

2.16 Klachten over formulieren

Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) klagen over door ons gehanteerde formulieren. De klacht kan betrekking hebben op formulieren die volgens de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Als u een dergelijke klacht heeft, kunt u zich in eerste instantie tot ons wenden. Als u het niet eens bent met onze afhandeling van uw klacht, kunt u uw klacht bij de Nza neerleggen. Op de website van de NZa (www.nza.nl) kunt u zien hoe u dit kunt doen. Na ontvangst van uw klacht maakt de NZa een eerste beoordeling. Over de uitkomst hiervan ontvangt u binnen vier weken bericht. Daarbij wordt u ook geïnformeerd over de eventuele vervolgpprocedure. De NZa doet vervolgens uitspraak in de vorm van een bindend advies, waaraan wij verplicht zijn ons te houden.

U kunt uw klacht sturen naar:
Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
E-mail: informatielijn@nza.nl

3. INHOUD VAN DE VERZEKERING

3.1 Audiologische zorg

Inhoud zorg

U heeft recht op het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik hiervan en de psychosociale zorg. Dit laatste kan nodig zijn in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie. Hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen valt ook onder audiologische zorg.

Wie mag deze zorg verlenen

Een audiologisch centrum.

Met een audiologisch centrum wordt bedoeld een zorginstelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Verwijzing

Om aanspraak te kunnen maken op audiologische zorg is een verwijzing noodzakelijk van de huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.2 Bariatrische chirurgie (bij ernstig overgewicht)

Inhoud zorg

U heeft recht op ketenzorg met voorbehandeling voor indicatiestelling, operatieve behandelingen om ernstig overgewicht te behandelen (onder andere plaatsing van een maagband, gastric bypass, duodenal switch) en nazorg gedurende tenminste een jaar.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op een operatie door een in deze chirurgie gespecialiseerde chirurg (bariatrisch chirurg) en voor- en nazorg door een gespecialiseerd, multidisciplinair team, met ten minste een internist, diëtist, psycholoog en een obesitas-verpleegkundige.

Vooraf aanvragen

Er is vooraf schriftelijke toestemming nodig. Beoordeling van de aanvraag vindt plaats volgens de criteria zoals opgenomen in de geldende richtlijnen voor de

beroepsgroep, zoals de CBO-richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen: 2008.

Bijzonderheden

U heeft uitsluitend recht op deze ingreep wanneer u aan alle indicatievoorwaarden voldoet. De indicatie dient te worden gesteld door middel van een voortraject met uitgebreide voorlichting en multidisciplinaire screening door een bariatrisch chirurg, internist, diëtist, psycholoog en obesitas-verpleegkundige. Verder dient de behandeling gekoppeld te zijn aan een multidisciplinair nazorgtraject van minimaal een jaar, door dezelfde disciplines als hiervoor genoemd.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.3 Beademing

Inhoud zorg

U heeft recht op noodzakelijke mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. Als de beademing onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij u thuis plaatsvindt, dan bestaat de zorg uit:

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

Wie mag deze zorg verlenen

Een beademingscentrum dat op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.4 Dialyse

Inhoud zorg

U heeft recht op niet-klinische hemodialyse en peritoneaal dialyse, en de hierbij horende medisch-specialistische zorg verleend in een dialysecentrum of thuis. Deze zorg kan gecombineerd worden met onderzoek, behandeling, verpleging en de voor deze behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van uzelf en van personen die u helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis.

Onder thuisdialyse is ook begrepen:

- de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren of daarbij behulpzaam zijn;
- bruikleen van de hemodialyse- of peritoneaaldialyseapparatuur met toebehoren;
- de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), en van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de dialyse;
- de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse;
- vergoeding van de kosten die redelijkerwijs nodig zijn voor noodzakelijke aanpassingen in en aan de woning en van het herstel in oorspronkelijke staat voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- vergoeding van de overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.

Wie mag deze zorg verlenen

Een dialysecentrum dat op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.5 Dyslexiezorg

Inhoud zorg

Kinderen van 7 jaar of ouder die basisonderwijs volgen, hebben recht op dyslexiezorg bestaande uit diagnostiek al dan niet gevolgd door behandeling van enkelvoudige ernstige dyslexie. Bij dyslexie gaat het om problemen met lezen en spelling.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op dyslexiezorg in multidisciplinair verband onder hoofdbehandelaarschap van ten minste één van de volgende zorgverleners: een gezondheidszorgpsycholoog, een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP of een NVO orthopedagoog-generalist.

Met een gezondheidszorgpsycholoog wordt bedoeld een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP wordt bedoeld een psycholoog die als zodanig is geregistreerd bij het Nederlands Instituut van Psychologen.

Met een NVO orthopedagoog-generalist wordt bedoeld een orthopedagoog die als zodanig is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen.

Uitsluitingen

Dyslexiezorg wordt niet vergoed als de zorg begint of is begonnen op of na het bereiken van de 13-jarige leeftijd.

Bijzonderheden

Voor de diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie gelden de criteria die zijn opgenomen in het protocol Dyslexie Diagnostiek & Behandeling. Dit protocol is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op onze website. De eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het protocol ligt bij de gezondheidszorgpsycholoog, NVO orthopedagoog-generalist of Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP.

Verwijzing

Om aanspraak op dyslexiezorg te kunnen maken is een verwijzing van de school noodzakelijk. In het leerling-dossier moet het vermoeden van ernstige, enkelvoudige dyslexie zijn aangetoond. De zorgaanbieder beslist op basis van de schoolgegevens en eigen diagnostisch onderzoek of de leerling voor de vergoede dyslexiebehandeling in aanmerking komt.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.6 Erfelijkheidsonderzoek

Inhoud zorg

U heeft recht op:

- onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek.
- de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.
- onderzoeken bij andere personen, als dit noodzakelijk is om u te adviseren. Aan deze personen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Wie mag deze zorg verlenen

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

Verwijzing

Om aanspraak te kunnen maken op erfelijkheidsonderzoek is een verwijzing noodzakelijk van de huisarts of medisch specialist.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.7 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten)

Inhoud zorg

a. Geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die het geneesmiddel aan u ter hand stelt. In bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering wordt het recht op een aantal geneesmiddelen beperkt tot de in die bijlage genoemde indicaties. Bijlage 2 is te raadplegen via www.kiemer.nl. Op uw verzoek kan deze u ook worden toegestuurd. Bijlage 1 wijzigt iedere maand en kunt u raadplegen via www.wetten.overheid.nl.

Middelen zonder merknaam

U heeft niet automatisch aanspraak op vergoeding van merkmiddelen. U heeft recht op een middel dat de werkzame stof bevat die de huisarts of medisch specialist heeft voorgeschreven. Dit is vaak een middel zonder merknaam

(generiek middel). Controle van de overheid garandeert dat merkloze geneesmiddelen aan dezelfde eisen voldoen als merkgeneesmiddelen. Uw behandeling ondervindt hiervan dan ook geen nadeel. In uitzonderlijke gevallen kan het voorkomen dat u vanwege een medische noodzaak (bijvoorbeeld een allergie of een intolerantie voor bepaalde hulpstoffen) toch op een duurder merkgeneesmiddel bent aangewezen. Wanneer uw arts bepaalt dat dit medisch strikt noodzakelijk is, heeft u recht op vergoeding hiervan. Wilt u, ondanks dat hier geen medische noodzaak voor bestaat, toch dat u een merkmiddel ter hand wordt gesteld? Dan bedraagt de vergoeding hiervoor maximaal het bedrag dat wij voor het goedkoopste adequate middel hadden betaald. In dat geval betaalt u dus altijd een deel van het geneesmiddel zelf, bovenop het eventueel verschuldigde verplichte en/of vrijwillige eigen risico.

Preferentiebeleid

Wij kunnen, ook in de loop van een kalenderjaar, bepalen dat u voor met name genoemde geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm alleen recht heeft op vergoeding van de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. In dat geval wordt dit nader uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit zijn de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Als uw arts bepaalt dat de behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is, behoudt u recht op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

b. Rationele farmacotherapie (niet-geregistreerde geneesmiddelen)

U heeft recht op vergoeding van de kosten van niet-geregistreerde geneesmiddelen en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die het geneesmiddel aan u ter hand stelt, mits er sprake is van rationele farmacotherapie. Bij rationele farmacotherapie gaat het om geneesmiddelen die in de apotheek zijn bereid of geneesmiddelen die op verzoek van uw arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, lid 1 onder mm van de Geneesmiddelenwet. Verder kan het gaan om geneesmiddelen die in de handel zijn in een ander land en bestemd zijn voor een patiënt die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Onder rationele farmacotherapie wordt verstaan de behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Vooraf aanvragen

Er is voorafgaande schriftelijke toestemming nodig.

c. Dieetpreparaten

U heeft recht op dieetpreparaten en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die deze aan u ter hand stelt, als u niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- een stofwisselingsstoornis, voedselallergie of resorptiestoornis heeft, of;
- een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziekte-gerelateerde ondervoeding of een risico daarop heeft, of;
- u op een dieetpreparaat bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

Wie mag de zorg genoemd onder a. t/m c. verlenen

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

Een apotheekhoudend huisarts aan wie krachtens artikel 61 tiende of elfde lid van de Geneesmiddelenwet, vergunning is verleend geneesmiddelen te leveren.

Dieetpreparaten mogen daarnaast ook worden geleverd door een medische speciaalzaak die is gecertificeerd conform SEMH.

Instructie bij een aan een geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel mag uitsluitend worden gegeven door de apotheek of apotheekhoudend huisarts die het betreffende geneesmiddel aan u ter hand stelt.

Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, polikliniekbezoek of in verband met ontslag uit het ziekenhuis mag uitsluitend worden verleend door het ziekenhuis.

Leveringstermijnen

Per voorschrift heeft u recht op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen voor een maximale periode.

De volgende perioden zijn van toepassing:

- vijftien dagen als het voor u een nieuwe medicatie betreft;
- vijftien dagen als het gaat om een acute aandoening die met antibiotica of chemotherapeutica moet worden bestreden;
- drie maanden voor geneesmiddelen waarmee een chronische aandoening wordt behandeld (te bepalen door de voorschrijver), met uitzondering van hypnotica en anxiolytica. Bij tijdelijk verblijf in het buitenland gedurende een periode van meer dan drie maanden, geldt voor deze geneesmiddelen per voorschrift een periode van ten hoogste zes maanden;
- twaalf maanden voor orale anticonceptiva (de pil);
- een maand in alle andere gevallen.

Er kan een andere afgifteperiode gelden als dit doelmatig en medisch gezien verantwoord is.

Voorschrift

Er is een voorschrift nodig van degene tot wiens vakgebied de behandeling behoort. Dit kan zijn de huisarts, de behandelend specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Voor dieetpreparaten is een advies van de diëtist ook toegestaan. Voor de anticonceptiepil en insuline geldt dat deze na de eerste periode van levering opnieuw voor de maximale termijn aan u kunnen worden geleverd zonder dat daarvoor een nieuw voorschrift nodig is.

Vooraf aanvragen

Voor de levering van dieetpreparaten is voorafgaande schriftelijke toestemming nodig.

Voor de medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik is voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, als de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Reglement Farmaceutische Zorg

Het reglement maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. Zowel het Reglement Farmaceutische Zorg als de Regeling zorgverzekering en de daarbij horende bijlagen zijn te raadplegen via www.kiemer.nl. Ook kunnen deze u op uw verzoek worden toegestuurd.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van:

- farmaceutische zorg die is uitgesloten op grond van de Regeling zorgverzekering;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, eerste lid onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die (nagenoeg) gelijkwaardig zijn aan een niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel;
- geneesmiddelen die bedoeld zijn in artikel 40, derde lid onder e van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- alternatieve (genees)middelen.

Eigen bijdrage

Sommige geneesmiddelen zijn ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep van onderling vervangbare geneesmiddelen is een vergoedingslimiet vastgesteld. Deze is afgeleid van de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in deze groep. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger, dan betaalt u zelf het verschil als eigen bijdrage. U bent ook een eigen bijdrage verschuldigd voor een geneesmiddel dat is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering zijn in onderdeel A de geneesmiddelen genoemd waarvoor een vergoedingslimiet geldt. Bijlage 1 wijzigt iedere maand en kunt u raadplegen via www.wetten.overheid.nl.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het door ons gehanteerde marktconforme tarief. In afwijking hiervan geldt voor dieetpreparaten een vergoeding van 80% van het door ons gecontracteerde tarief als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

3.8 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

a. Eerstelijns psychologische zorg, niet-specialistische GGZ

Inhoud zorg

U heeft recht op maximaal vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg per kalenderjaar. De zorg bestaat uit diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen, waarbij de betrokkenheid van een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut niet nodig is. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Tip

In de eerstelijns psychologische hulpverlening kunnen internettoepassingen onderdeel van de behandeling vormen als u dit wilt. Dit kan in de vorm van professionele begeleide zelfhulp, e-mailcontact met een hulpverlener of webcamcontact. Voorbeelden van deze zogenoemde e-healthtoepassingen zijn de programma's 'Diabetergestemd' en 'Kleur je Leven'.

Wie mag deze zorg verlenen

Een gezondheidszorgpsycholoog of een eerstelijns psycholoog. Voor verzerden tot 18 jaar mag de zorg ook worden verleend door een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP of een NVO orthopedagoog-generalist.

Met een gezondheidszorgpsycholoog wordt bedoeld een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met een eerstelijns psycholoog wordt bedoeld een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen.

Met een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP wordt bedoeld een psycholoog die als zodanig is geregistreerd bij het Nederlands Instituut van Psychologen.

Met een NVO orthopedagoog-generalist wordt bedoeld een orthopedagoog die als zodanig is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen.

Uitsluitingen

- U heeft geen recht op behandeling van aanpassingsstoornissen. Dit zijn psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op een stressveroorzakende gebeurtenis, bijv. ontslag of echtscheiding.
- U heeft geen recht op hulp bij werk- en/of relatieproblemen.

Verwijzing

Voor de eerstelijns psychologische zorg is verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of jeugd-

gezondheidszorgarts. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg is voor deze zorg een indicatie-besluit 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, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ. Zowel een verwijzing als een indicatiebesluit zijn niet noodzakelijk als er sprake is van acute zorg.

Met een jeugdgezondheidszorgarts wordt bedoeld een arts, werkzaam binnen de jeugdgezondheidszorg, die geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Onder een Bureau Jeugdzorg wordt verstaan een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.

Eigen bijdrage

Voor eerstelijns psychologische zorg betaalt u een eigen bijdrage van:

- a. € 20,- per zitting;
- b. € 50,- voor een internetbehandeltraject.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van de verschuldigde eigen bijdrage. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

b. Specialistische GGZ

Inhoud zorg

Specialistische geestelijke gezondheidszorg zonder opname

U heeft recht op diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen waarvan een psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Ook heeft u recht op de bij de behandeling horende verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Let op

Deze zorg omvat niet de eerstelijns psychologische zorg. Deze valt onder a. van dit artikel.

Psychiatrische ziekenhuisopname

U heeft recht op opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd. Een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van

de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. De aanspraak omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet in combinatie met verpleging en verzorging. Verder vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

Wie mag deze zorg verlenen

- Een vrijgevestigde psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
- Een GGZ-instelling, voor zover de hoofdbehandelaar een psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut is.

De hoofdbehandelaar is degene die o.a. de diagnose stelt, belast is met de regie van de behandeling, regelmatig contact onderhoudt met eventuele nevenbehandelaars en bepaalt wanneer de behandeling wordt afgesloten. U dient gedurende uw behandeling minimaal éénmaal een face-to-face contact met uw hoofdbehandelaar te hebben, zodat deze een juiste diagnose kan stellen en zijn regietaak kan uitvoeren.

Met GGZ-instelling wordt bedoeld een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Met psychiater/zenuwarts wordt bedoeld een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Met klinisch psycholoog wordt bedoeld een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch psycholoog staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Met psychotherapeut wordt bedoeld een psychotherapeut die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Uitsluitingen

- U heeft geen recht op behandeling van aanpassingsstoornissen. Dit zijn psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op een stressveroorzakende gebeurtenis, bijv. ontslag of echtscheiding.
- U heeft geen recht op hulp bij werk- en/of relatieproblemen.

Verwijzing

Voor de specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of jeugd-gezondheidszorgarts. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg is voor deze zorg 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 als het zorg betreft als omschreven

in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ. Zowel een verwijzing als een indicatiebesluit zijn niet noodzakelijk als er sprake is van acute zorg.

Met een jeugdgezondheidszorgarts wordt bedoeld een arts, werkzaam binnen de jeugdgezondheidszorg, die geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Onder een Bureau Jeugdzorg wordt verstaan een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.9 Huisartsenzorg

Inhoud zorg

U heeft recht op zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Zorg door een huisarts houdt ook in:

- daarmee samenhangend onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek;
- preventieve voetzorg bij diabetes mellitus.

Met preventieve voetzorg bij diabetes mellitus wordt bedoeld:

- a. jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie;
- b. meer frequent gericht voetonderzoek inclusief de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standafwijkingen, als u een matig verhoogd (Simm's 1) of een hoog risico op ulcera (Simm's 2 of 3) heeft;
- c. behandeling van risicofactoren als u een matig verhoogd of een hoog risico op ulcera heeft;
- d. educatie en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus;
- e. advisering over adequaat schoeisel.

Wie mag deze zorg verlenen

Een huisarts, huisartsendienstenstructuur of een gespecialiseerde verpleegkundige en/of praktijkondersteuner/nurse practitioner/physician assistant die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

Preventieve voetzorg bij diabetes mag ook worden verleend door een podotherapeut of een pedicure.

Met huisarts wordt bedoeld een arts die is ingeschreven als huisarts in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Met huisartsendienstenstructuur wordt bedoeld een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Met verpleegkundige wordt bedoeld een verpleegkundige die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met nurse practitioner wordt bedoeld een verpleegkundige die de zorg heeft voor een bepaalde groep patiënten en die de opleiding 'advanced nursing practice', zijnde een HBO masteropleiding, met goed gevolg heeft afgerond.

Met physician assistant wordt bedoeld een zorgprofessional die de HBO-mastersopleiding 'physician assistant' met goed gevolg heeft afgerond en die de arts ondersteunt in zijn werk bij onder andere het uitvoeren van de meer routinematige geneeskundige handelingen. Deze handelingen gebeuren onder verantwoordelijkheid van de betreffende arts waarbij sprake is van een aanvullende samenwerking met de arts.

Met podotherapeut wordt bedoeld een podotherapeut die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Besluit 'Diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Met pedicure wordt bedoeld een medisch pedicure of een pedicure met de aanduiding 'voetverzorging bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het ProCERT KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP).

Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- vergoeding van de kosten van de griepprik;
- MRI-diagnostiek, tenzij de huisarts verwijst op basis van de richtlijnen (inclusief standaarden) van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG);
- zorg verleend door SOS-Arts;
- voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om cosmetische of verzorgende redenen of algemene nagelverzorging;
- hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals orthesen. Deze kunnen in bepaalde gevallen wel worden aangemerkt als hulpmiddel zoals bedoeld in het artikel Hulpmiddelenzorg.

Verwijzing

Voor preventieve voetverzorging bij diabetes is een verwijzing van de huisarts noodzakelijk, als deze de voetverzorging niet zelf verleent.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als een dergelijk tarief niet is vastgesteld, worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.10 Hulpmiddelenzorg

Inhoud zorg

U heeft recht op functionerende hulp- en verbandmiddelen zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering. In het door ons vastgestelde Reglement Hulpmiddelenzorg zijn toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumerichtlijnen opgenomen. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en is te raadplegen op www.kiemer.nl. Ook kan dit reglement u op uw verzoek worden toegestuurd.

Wie mag deze zorg verlenen?

Een leverancier van hulpmiddelen. Als u voor een hulpmiddel naar een niet-gecontracteerde leverancier gaat, moet deze soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn kunt u per hulpmiddel vinden in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Bijzonderheden

Voor enkele hulpmiddelen geldt dat deze in bruikleen worden verstrekt. In het Reglement Hulpmiddelenzorg is aangegeven welke hulpmiddelen dit betreft. Hulpmiddelen worden alleen in bruikleen verstrekt door leveranciers waarmee wij hiervoor een overeenkomst hebben gesloten. Voor verstrekking hiervan kunt u dus niet terecht bij een niet-gecontracteerde leverancier. Mocht u een bruikleenhulpmiddel in eigendom willen aanschaffen bij een niet-gecontracteerde leverancier, is in het Reglement Hulpmiddelenzorg aangegeven hoe wij in dat geval uw vergoeding berekenen.

Let op

- Als u ervoor kiest een bruikleenhulpmiddel in eigendom aan te schaffen, kan de vergoeding ten laste van uw verplichte en vrijwillige eigen risico komen. Hulpmiddelen in bruikleen komen niet ten laste van het eigen risico, met uitzondering van bijbehorende verbruiksartikelen, die in eigendom worden verstrekt.
- U heeft uitsluitend recht op verbandmiddelen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Eigen bijdrage

In een aantal gevallen genoemd in de Regeling zorgverzekering bent u een eigen bijdrage verschuldigd ter hoogte van:

- het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde maximaal te vergoeden bedrag;
- een bedrag wegens besparing van kosten.

Als dit het geval is, is dit vermeld in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Toestemming vooraf

Voor de eerste aanschaf, reparatie of vervanging van een hulpmiddel, heeft u vooraf onze schriftelijke toestemming nodig, tenzij in het Reglement Hulpmiddelenzorg anders is bepaald. In het Reglement Hulpmiddelenzorg kunnen nadere

voorwaarden aan de toestemming worden gesteld. Als u naar een gecontracteerde leverancier gaat, is voorafgaande toestemming meestal niet nodig. De leverancier beoordeelt uw aanvraag. In het Reglement Hulpmiddelenzorg is aangegeven wanneer voorafgaande toestemming wel nodig is. Als u naar een niet-gecontracteerde leverancier gaat, heeft u altijd onze voorafgaande toestemming nodig.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald, voor uw rekening. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

Let op

Hulpmiddelen geleverd door een niet-gecontracteerde leverancier die niet aan de door ons gestelde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoet, worden niet vergoed. Raadpleeg daarom altijd het Reglement Hulpmiddelenzorg.

3.11 IVF (In-vitrofertilisatie)

Inhoud zorg

Als u op het moment van aanvang van de zorg jonger bent dan 43 jaar, heeft u recht op:

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

U heeft uitsluitend recht op de eerste, tweede en derde IVF-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. Er is sprake van een IVF-poging vanaf het moment dat een follikelpunctie is geslaagd tot het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Als u jonger bent dan 38 jaar, heeft u bij de eerste en tweede IVF-poging geen recht op terugplaatsing van meer dan één embryo. De terugplaatsing van een of meer bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) wordt niet beschouwd als een nieuwe poging, maar maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn.

Van een doorgaande zwangerschap is sprake:

- bij een spontaan ontstane zwangerschap van tenminste twaalf weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie;
- vanaf 10 weken na de geslaagde follikelpunctie;

- vanaf negen weken en drie dagen zwangerschap na de implantatie van gecryopreserveerde embryo's.

Na de eerste, tweede en derde IVF-poging heeft u geen recht meer op een vierde of volgende poging per te realiseren doorgaande zwangerschap, waaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde geneesmiddelen.

Overgangsregeling

Als u op 31 december 2012 43 jaar of ouder was en een IVF-poging uiterlijk op die datum is begonnen, heeft u recht op afronding van die poging.

Bijzonderheden

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-behandeling. Een IVF-behandeling kan ook tot stand worden gebracht door middel van eiceldonatie. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel vallen niet onder IVF.

Wie mag deze zorg verlenen

Een IVF-centrum met de daartoe wettelijk vereiste vergunningen.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.12 Medisch specialistische zorg algemeen

Inhoud zorg

U heeft recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. Een second opinion valt hier ook onder. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. U moet vervolgens met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar, die de regie over de behandeling houdt.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum.

Met medisch specialist wordt bedoeld een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;

- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de mannelijke verzekerde;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, sportarts, jeugdarts, tandarts, verloskundige, kaakchirurg, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of bedrijfsarts.

Voor een second opinion door een medisch-specialist is een verwijzing door de huisarts of de behandelend specialist noodzakelijk.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.13 Mondzorg (tandheelkunde)

a. Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

U heeft recht vergoeding van de kosten van zorg door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, of recht op mondzorg door een kaakchirurg, voor zover er sprake is van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden en die noodzakelijk is in een van de volgende situaties:

a. U heeft een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

U heeft daarnaast ook recht op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van implantaten en het vaste gedeelte van de suprastructuur (het gedeelte dat op het implantaat en boven het tandvlees zit) als u een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak heeft. Bovendien moet het implantaat zijn bedoeld om hierop een uitneembare prothese te bevestigen.

b. U heeft een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

- c. U moet een niet-tandheelkundige medische behandeling ondergaan die zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Orthodontische zorg door een orthodontist en de bijbehorende kaakchirurgische hulp (osteotomie) vallen alleen onder bijzondere tandheelkunde als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel heeft, vergelijkbaar met een schisisafwijking. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Wie mag deze zorg verlenen

De zorg genoemd onder a., b. en c. mag worden verleend door:

- een tandarts, mondhygiënist, of tandprotheticus, gespecialiseerd in de behandeling van specifieke problemen in de mondzorg of in de behandeling van gehandicapte of angstige patiënten;
- een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde;
- een kaakchirurg.

Voor het aanbrengen van een implantaat en het vaste gedeelte van de suprastructuur mag de zorg uitsluitend worden verleend door een gespecialiseerde tandarts op het gebied van implantologie of een kaakchirurg. De prothese mag ook worden geleverd door een tandprotheticus.

Voor orthodontie als onderdeel van de bijzondere tandheelkunde mag de zorg uitsluitend worden verleend door een orthodontist en/of een kaakchirurg.

Met tandarts wordt bedoeld een tandarts die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met mondhygiënist wordt bedoeld een mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefen-therapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Met tandprotheticus wordt bedoeld een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Met kaakchirurg wordt bedoeld een kaakchirurg die is ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Met orthodontist wordt bedoeld een orthodontist die is ingeschreven in het register voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Met een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde wordt bedoeld een universitair of daarmee door ons gelijkgesteld centrum voor het verlenen van zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling in teamverband en/of bijzondere deskundigheid is vereist.

Toestemming vooraf

Vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder a., b. en c. vindt alleen plaats als voorafgaand aan de behandeling schriftelijk toestemming is verleend. Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek en een begroting.

Eigen bijdrage

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u voor de zorg genoemd onder a. t/m c. een eigen bijdrage verschuldigd zijn tot ten hoogste het bedrag dat bij u in rekening zou worden gebracht als er geen sprake was van een van de situaties genoemd onder a. t/m c. Als de zorg genoemd onder a. t/m c. bestaat uit een uitneembare volledige prothetische voorziening al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten, bedraagt de eigen bijdrage € 125,- per voorziening (onder- of bovenkaak).

U bent deze eigen bijdrage verschuldigd voor zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. Angstpatiënten zijn deze eigen bijdrage altijd verschuldigd.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn. In afwijking hiervan geldt voor zorg verleend door een niet gecontracteerde kaakchirurg een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke maximumtarief.

b. Reguliere tandheekunde (18 jaar en ouder)

Inhoud zorg

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u naast de in dit hoofdstuk genoemde bijzondere tandheekunde recht op vergoeding van de kosten van:

- a. chirurgische tandheekundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van ongecompliceerde extracties inclusief het daarbij horende röntgenonderzoek, parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheekundig implantaat;
- b. een uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak;
- c. reparatie en rebasing van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingprothese.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op recht op zorg genoemd onder a. door een kaakchirurg.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder b. als de prothese wordt geleverd door een tandprotheticus of tandarts.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder c. door een tandprotheticus of tandarts.

Met kaakchirurg wordt bedoeld een kaakchirurg die is ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Met tandprotheticus wordt bedoeld een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Met tandarts wordt bedoeld een tandarts die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming is vereist in de volgende situaties:

- de zorg bestaat uit het trekken van een of meerder tanden of kiezen onder narcose;
- de zorg bestaat uit een osteotomie;
- er is sprake van vervanging van de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen acht jaar na aanschaf;
- bij de eerste aanschaf of bij vervanging na acht jaar zijn de kosten van de prothese (inclusief techniekkosten) hoger dan € 600,- per onder- of bovenkaak;
- bij de eerste aanschaf of bij vervanging na acht jaar zijn de kosten van de prothese (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan € 1100,- voor onder- en boven kaak gelijktijdig.

Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek en een begroting.

Eigen bijdrage

Voor een uitneembare volledige prothetische voorziening zoals genoemd onder b. bent u een eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten van die voorziening.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn. In afwijking hiervan geldt voor zorg verleend door een niet gecontracteerde kaakchirurg een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke maximumtarief.

c. Reguliere tandheelkunde (jonger dan 18 jaar)

Inhoud zorg

Als u jonger dan 18 jaar bent, heeft u naast de onder a. genoemde bijzondere tandheelkunde recht op vergoeding van de kosten van:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- b. een incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. fluorideapplicaties vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- e. sealing;
- f. parodontale hulp;
- g. anesthesie (verdooving);
- h. endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- j. gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen);
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd, of omdat het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige hulp; met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg verleend door een tandarts. De zorg genoemd onder a. t/m g., i. en n. mag in plaats daarvan ook worden verleend door de mondhygiënist. Voor de zorg genoemd onder i. geldt dit alleen voor één- en tweevlaksvullingen. Voor de zorg genoemd onder g., i. en n. is een opdracht van de tandarts aan de mondhygiënist noodzakelijk.

Met tandarts wordt bedoeld een tandarts die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met mondhygiënist wordt bedoeld een mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, worden de tarieven vergoed die in

rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.14 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Inhoud zorg

U heeft recht op centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Wie mag deze zorg verlenen

De Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

Vergoeding

De zorg wordt volledig vergoed als deze wordt verleend door SKION. Wordt de zorg door een andere zorgaanbieder verleend, dan bestaat geen recht op een vergoeding.

3.15 Paramedische zorg

Inhoud zorg algemeen

U heeft recht op dieetadvisering, ergotherapie, fysiotherapie, oefentherapie en logopedie zoals ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten respectievelijk logopedisten plegen te bieden.

a. Dieetadvisering

Inhoud zorg

U heeft recht op voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel, tot een maximum van drie behandelingen per kalenderjaar.

Wie mag deze zorg verlenen

Een diëtist die voldoet aan de eisen van het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Verwijzing

Een verwijzing door een huisarts of tandarts is noodzakelijk.

Vergoeding

Voor gecontracteerde zorgaanbieders geldt dat de kosten volledig worden vergoed. Voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als een dergelijk tarief niet is vastgesteld, worden de tarieven vergoed die in rekening gebracht worden, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

b. Ergotherapie

Inhoud zorg

U heeft recht op advisering, instructie, training en/of behandeling gedurende maximaal tien behandeluren per kalenderjaar in de behandelruimte van een ergotherapeut of bij u thuis, met als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen van het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Verwijzing

Een verwijzing door een arts is noodzakelijk als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde ergotherapeut.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

c. Fysiotherapie en oefentherapie

Inhoud zorg

U heeft recht op de noodzakelijke behandelingen als er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening, voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage zenden wij u op uw verzoek toe en is te raadplegen op onze website.

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u pas recht op fysiotherapie/oefentherapie vanaf de eenentwintigste behandeling. Daarnaast heeft u recht op bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat ten hoogste negen behandelingen.

Als u jonger dan 18 jaar bent, heeft u recht op fysiotherapie/oefentherapie vanaf de eerste behandeling. Komt uw aandoening niet voor op de genoemde bijlage, dan heeft u recht op maximaal negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar. U heeft recht op maximaal negen extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar, als de eerste negen behandelingen niet toereikend zijn.

Let op

Zowel de screening als de intake tellen voor de vergoeding als een volledige behandeling.

Overgangsrecht

Als u 18 jaar of ouder bent, is het volgende overgangsrecht van toepassing: als u uiterlijk op 31 december 2011 al twaalf behandelingen fysiotherapie/oefentherapie heeft ontvangen voor een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening, heeft u ook recht op de dertiende tot en met de twintigste behandeling. Dit geldt niet voor de aandoeningen die per 1 januari 2012 niet meer zijn opgenomen in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op fysiotherapie door een fysiotherapeut en oefentherapie door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie/lymfedrainage en littekentherapie mogen ook worden verricht door een huidtherapeut.

Met een fysiotherapeut wordt bedoeld een fysiotherapeut die als zodanig is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of kan aantonen aan dezelfde eisen te voldoen.

Let op

Behandelingen door een fysiotherapeut die niet voldoet aan deze omschrijving worden niet vergoed. Inschrijving in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie is te controleren via www.defysiotherapeut.nl.

Met een oefentherapeut Cesar/Mensendieck wordt bedoeld een oefentherapeut Cesar/ oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen van het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Met een huidtherapeut wordt bedoeld een huidtherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Verwijzing

Er is een verwijzing nodig door de huisarts, bedrijfsarts, sportarts of de behandelend specialist als de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of huidtherapeut. De bedrijfsarts mag uitsluitend verwijzen als er sprake is van aandoeningen die te maken hebben met uw werk.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, geldt een vergoeding van maximaal 80% van het gecontracteerde standaardtarief. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde oefentherapeut Cesar/Mensendieck of huidtherapeut, geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

d. Logopedie

Inhoud zorg

U heeft recht op logopedie die een geneeskundig doel heeft en als van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Let op

Onder logopedie wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met een dialect en/of anderstaligheid. Stottertherapie maakt wel deel uit van zorg zoals logopedisten plegen te bieden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een logopedist die voldoet aan de eisen van het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Verwijzing

Er is een verwijzing nodig door de huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of tandarts.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.16 Plastische chirurgie

Inhoud zorg

U heeft recht op een behandeling van plastisch-chirurgische aard als deze is bedoeld ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Er is sprake van een verminking bij een ernstige verworven misvorming van een lichaamsdeel;
- verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak-, en gehemeldespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op de volgende zorg:

- behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van de huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming is vereist. De aanvraag van de behandelend specialist dient een uitgebreide omschrijving van en motivatie voor de gevraagde behandeling te omvatten.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.17 Revalidatie

a. Medisch specialistische revalidatie

Inhoud zorg

U heeft recht op onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg moet voor u het meest doeltreffend zijn ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. Het dient hierbij te gaan om een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of van een aandoening van het centrale zenuwstelsel, die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie (het denkvermogen) of gedrag. Deze zorg moet leiden tot het bereiken of behouden van een mate van zelfstandigheid die, rekening houdend met uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Waar wordt deze zorg verleend

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie (opname). U heeft alleen recht op revalidatie in combinatie met meerdaagse opname, als daarmee op korte termijn betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Wie mag deze zorg verlenen

Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een instelling voor revalidatie die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

b. Geriatrische revalidatie

Inhoud zorg

U heeft gedurende maximaal zes maanden recht op integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde plegen te bieden. Hierbij moet de zorg voldoen aan de volgende voorwaarden.

- de zorg houdt verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (meer dan één aandoening) en afgenomen leer- en trainbaarheid;
- de zorg moet zijn gericht op het dusdanig verminderen van uw functionele beperkingen, dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is;
- de zorg sluit aan op verblijf zoals genoemd in het artikel Verblijf en u was voorafgaand aan dit verblijf niet opgenomen in een instelling waar u zowel verblijf als behandeling ontving op grond van de AWBZ (verpleeghuis);
- bij aanvang van de zorg is er sprake van een opname zoals bedoeld in het artikel Verblijf.

Revalidatie vindt bij aanvang altijd plaats in een klinische situatie (opname). Daarna kan deze ook plaatsvinden in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Waar wordt deze zorg verleend

Geriatrische revalidatie dient plaats te vinden in een AWBZ-instelling voor verblijf en behandeling, die op grond van Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten (verpleeghuis).

Wie mag deze zorg verlenen

Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

Met een specialist ouderengeneeskunde wordt bedoeld een specialist ouderengeneeskunde die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van de medisch specialist.

Toestemming vooraf

U heeft bij uitzondering recht op geriatrische revalidatie langer dan zes maanden, na onze voorafgaande schriftelijke toestemming. De specialist ouderengeneeskunde dient hiervoor uiterlijk een maand voordat de termijn van zes maanden afloopt een gemotiveerde aanvraag bij ons in te dienen.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het door ons gecontracteerde bedrag.

3.18 Transplantaties van weefsels en organen

Inhoud zorg

U heeft recht op zorg in verband met transplantatie van weefsels en organen. Het recht op transplantaties van weefsels en organen bestaat uitsluitend indien de transplantatie wordt verricht in een EU/EER-land. Ook bestaat recht op transplantatie verricht in een ander land als de donor daar woont en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is van degene die de transplantatie moet ondergaan. De kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties moeten gedeclareerd worden door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS).

Verder bestaat recht op het volgende:

- specialistische geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- specialistische geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- het onderzoek, het bewaren, het verwijderen en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- zorg aan de donor gedurende ten hoogste 13 weken of, bij een levertransplantatie, gedurende een half jaar, na ontslag uit een instelling waarin de donor was opgenomen in verband met selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal voor zover die zorg verband houdt met de opname;
- het vervoer van de donor in de laagste klasse van het openbaar vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en in verband met deze zorg;
- het vervoer van en naar Nederland, van een in het buitenland woonachtige nier-, lever- of beenmergdonor bij een verzekerde in Nederland en overige

kosten gemoed met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten.

Wie mag deze zorg verlenen

Ziekenhuizen met een daarvoor vereiste vergunning.

Toestemming vooraf

Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is voorafgaande schriftelijke toestemming noodzakelijk.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.19 Trombosezorg

Inhoud zorg

U heeft recht op:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- het verrichten of onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst laten verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van uw bloed;
- het gebruik van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten;
- een opleiding in het gebruik van deze apparatuur en begeleiding bij uw metingen;
- adviezen over de toepassing van geneesmiddelen die de bloedstolling beïnvloeden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een trombosedienst. Met een trombosedienst wordt bedoeld een instelling die, voor zover vereist, op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Verwijzing

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

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.20 Verblijf

Inhoud zorg

Verblijf is een opname met een duur van minimaal 24 uur. U heeft recht op verblijf in een ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of in het Nederlands Astmacentrum in Davos gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, zoals bedoeld in het artikel Medisch Specialistische Zorg of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals bedoeld in het artikel Mondzorg (tandheelkunde), al dan niet in combinatie met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. In afwijking hiervan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Let op

U heeft alleen recht op behandeling in het Nederlands Astma Centrum in Davos als een soortgelijke behandeling in Nederland zonder succes heeft plaatsgevonden en behandeling in Davos als doelmatig kan worden beschouwd.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of het Nederlands Astmacentrum in Davos.

Met ziekenhuis wordt bedoeld een instelling voor medisch specialistische zorg, die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Met zelfstandig behandelcentrum wordt bedoeld een centrum voor medisch specialistische zorg dat, voor zover vereist, op grond van de Wet toelating Zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Verwijzing

Er is een verwijzing door de huisarts of behandelend medisch-specialist noodzakelijk. Voor verblijf in het Nederlands Astmacentrum in Davos is een verwijzing door de behandelend longarts noodzakelijk.

Toestemming vooraf

Bij plastische chirurgie en mond- en kaakchirurgie heeft u alleen recht op opname, behandeling en verder verblijf in een ziekenhuis, met inbegrip van medisch specialistische zorg, na voorafgaande schriftelijke toestemming. Ook voor verblijf in het Nederlands Astmacentrum in Davos is voorafgaande toestemming nodig.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van de verschuldigde eigen bijdrage. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.21 Verloskundige zorg en kraamzorg

a. Prenatale screening

Inhoud zorg

Prenatale screening is onderzoek tijdens de zwangerschap om te beoordelen of het ongeboren kind een verhoogde kans heeft op een aangeboren afwijking.

U heeft recht op de volgende zorg:

- counseling: een gestructureerd informatief gesprek tussen u en de zorgaanbieder, waarin wordt uitgelegd wat zowel de Combinatietest als het Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) inhouden, met aandacht voor de voor- en nadelen;
- combinatietest: de eerste trimester combinatietest, zijnde een test tussen de 11e en 14e week van de zwangerschap die bestaat uit een echo (de nek-plooiemeting) en een bloedonderzoek (serumtest). Hierop heeft u alleen recht als u minimaal 36 jaar oud bent of als u hiervoor een medische indicatie heeft;
- Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO): onderzoek rond de 20e week van de zwangerschap, ook wel 20-weeken echo genoemd.

Let op

Als er geen sprake is van een medische indicatie, heeft u pas recht op een combinatietest en/of een SEO nadat u counseling heeft gehad.

Wie mag deze zorg verlenen

- U heeft, bij het ontbreken van een medische indicatie, recht op counseling, een combinatietest en/of een SEO uitgevoerd door een zorgaanbieder die een vergunning heeft in het kader van de Wet Bevolkingsonderzoek (WBO) of een samenwerkingsovereenkomst heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een WBO-vergunning heeft.
- U heeft recht op de vergoeding van kosten van een combinatietest en/of een SEO uitgevoerd door een zorgaanbieder die staat geregistreerd in een door de KNOV/LHV opgesteld register van beoefenaren met een erkend diploma/certificaat van opleiding voor de betreffende screening.

Verwijzing

Een verwijzing op basis van een medische indicatie door de huisarts, verloskundige of medisch specialist is niet vereist, behalve wanneer u jonger bent dan 36 jaar en aanspraak maakt op vergoeding van een combinatietest.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

b. Bevalling en kraamzorg

Inhoud zorg

Moeder en kind hebben recht op verloskundige zorg zoals verloskundigen plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden plegen te bieden. Het recht op kraamzorg is beperkt tot kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum, van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste tien dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het werkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Als de kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt het aantal dagen dat in het ziekenhuis is doorgebracht in mindering gebracht op de hiervoor genoemde tien dagen.

Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

- a. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak.
Als verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of de huisarts medisch noodzakelijk is, hebben de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) recht op medisch specialistische zorg zoals omschreven in het artikel Medisch Specialistische Zorg Algemeen, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.
- b. Bevalling en/of kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische noodzaak.
Bij bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, hebben de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, recht op verloskundige zorg en kraamzorg.
- c. Kraamzorg thuis of in een kraamhotel na bevalling in een ziekenhuis.
Als na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis of in een kraamhotel plaatsvindt, hebben de moeder en haar kind recht op kraamzorg.
- d. Bevalling en kraambed thuis of in een kraamhotel.
Als de bevalling en het kraambed thuis of in een kraamhotel plaatsvinden, hebben de moeder en haar kind recht op verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg), de inschrijving, intake en de assistentie bij de bevalling tot maximaal drie uur na de bevalling en kraamzorg.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op verloskundige zorg verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist.

U heeft recht op vergoeding van kraamzorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden kraamverzorgende, die zowel moeder als kind en -voor zover van toepassing- de huishouding verzorgt.

Met een kraamhotel wordt bedoeld een instelling waar u kunt bevallen en/of een deel van de kraamtijd kunt doorbrengen en die, voor zover vereist, op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten.

Met kraamcentrum wordt bedoeld een kraamcentrum dat, voor zover vereist, op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten.

Met verloskundige wordt bedoeld een verloskundige die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met kraamverzorgende wordt bedoeld een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Eigen bijdrage

De eigen bijdrage voor een bevalling zonder medische indicatie in een ziekenhuis of in een instelling zoals een kraamhotel, bedraagt voor zowel moeder als kind € 16,- per opnamedag. Als het tarief van het ziekenhuis meer bedraagt dan € 114,50 per persoon (moeder en kind) per opnamedag, bent u daarnaast het meerdere ook verschuldigd als eigen bijdrage. Wij betalen dus maximaal 2 x € 98,50 (€ 114,50 - € 16,-) = € 197,- per dag voor moeder en kind samen. De vaststelling van het aantal opnamedagen gebeurt op basis van opgave door het ziekenhuis of door het kraamcentrum dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

Voor kraamzorg na bevalling thuis of in een kraamhotel, zoals bedoeld onder c. en d., geldt een eigen bijdrage van € 4,- per uur. De kosten voor het verblijf in een kraamhotel komen voor uw eigen rekening.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.22 Verpleegkundige zorg zonder verblijf

Inhoud zorg

U heeft recht op zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden, zonder dat sprake is van een opname zoals bedoeld in het artikel Verblijf. Deze verpleging moet noodzakelijk zijn in verband met medisch-specialistische zorg.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op zorg in een nader aan te wijzen instelling of op een andere plaats door een verpleegkundige in dienst van een thuiszorginstelling die is toegelaten op grond van de WTZi.

Met verpleegkundige wordt bedoeld een verpleegkundige die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Uitsluitingen

Verpleging die noodzakelijk is voor thuisbeademing of palliatieve terminale zorg wordt hieronder niet begrepen. Financiering hiervan vindt plaats op grond van de AWBZ.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming is noodzakelijk.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.23 Ziekenvervoer

a. Ambulancevervoer

Inhoud zorg

U heeft recht op ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in de Wet ambulancevervoer of per helikopter, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

- a. naar een zorgaanbieder, als de zorg geheel of gedeeltelijk onder de dekking van deze zorgverzekering valt;
- b. naar een instelling waarin u gaat verblijven en waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de AWBZ vallen;
- c. vanuit een instelling, bedoeld onder b. naar:
 - een zorgaanbieder voor een onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de AWBZ vallen;
 - een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de AWBZ valt;
- d. naar uw woning of een andere woning, als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u komt van een van de zorgaanbieders bedoeld in de onderdelen a., b. of c.

Voor vervoer per helikopter geldt verwijzing via de meldkamer ambulancevervoer of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op vervoer door een ambulancevervoerder die een vergunning heeft ingevolge de Wet Ambulancevervoer.

Bijzonderheden

- Als wij u schriftelijk toestemming verleent naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.
- In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance of helikopter niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel.
- U heeft ook recht op vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het om begeleiding van kinderen jonger dan zestien jaar gaat. In bijzondere gevallen kan vervoer van twee begeleiders worden toegestaan.

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

b. Ziekenvervoer per eigen auto, taxi, openbaar vervoer (zittend ziekenvervoer)

Inhoud zorg

Naast het vervoer per ambulance zoals hiervoor genoemd, heeft u recht op ziekenvervoer per taxi en op vergoeding van de kosten van vervoer per particuliere auto en vervoer in de laagste klasse van het openbaar vervoer. Het gaat om vervoer van en naar een zorgaanbieder of woning als hiervoor bedoeld in het onderdeel 'Ambulancevervoer', over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:

- a. u nierdialyses moet ondergaan;
- b. u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- c. u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
- d. uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.

Als u niet aan een van deze voorwaarden voldoet, kunt u toch recht op zittend ziekenvervoer hebben. Er moet dan sprake zijn van behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, vallend onder de dekking van deze zorgverzekering, in verband waarmee u langdurig bent aangewezen op vervoer. Bovendien moet het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor u tot een onbillijkheid van overwegende aard leiden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een taxivervoerder (een natuurlijke- of rechtspersoon) die in het bezit is van de wettelijke voor het uitoefenen van het taxibedrijf vereiste vergunningen en tevens in het bezit is van het taxikeurmerk (KIWA keuring).

Bijzonderheden

- Als wij u schriftelijk toestemming verlenen naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.
- In gevallen waarin ziekenvervoer per particuliere auto, taxi of openbaar vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel.
- U heeft ook recht op vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het om begeleiding van kinderen jonger dan zestien jaar gaat. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van twee begeleiders toestaan.

Eigen bijdrage

U bent u voor ziekenvervoer per particuliere auto, taxi en openbaar vervoer een bijdrage verschuldigd van € 95,- per kalenderjaar.

Toestemming vooraf

Deze zorg dient vooraf schriftelijk aangevraagd te worden. Wij bepalen bij het verlenen van toestemming voor welke vorm van vervoer toestemming wordt verleend.

Vergoeding

Voor vervoer per particuliere auto bedraagt de vergoeding € 0,31 per kilometer. Voor het berekenen van het aantal kilometers gaan wij uit van de kortste gebruikelijke route volgens de routeplanner van Routenet.

De vergoeding van ziekenvervoer per openbaar vervoer bedraagt de werkelijke kosten in de laagste klasse van het openbaar vervoer.

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gecontracteerde bedrag.

3.24 Zorg bij Stoppen-met-rokenprogramma

Inhoud zorg

U heeft recht op het eenmaal per kalenderjaar volgen van een programma, inhoudende op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met geneesmiddelen (o.a. nicotinepleisters en -kauwgum), met als doel te stoppen met roken. Het programma dient te voldoen aan de Zorgmodule Stoppen met Roken, vastgesteld door het Partnership Stop met Roken. Er moet tenminste sprake zijn van een centrale zorgverlener en een individueel behandelplan. E-health kan onderdeel uitmaken van een stoppen-met-rokenprogramma.

Wie mag deze zorg verlenen

- Een huisarts, een gespecialiseerde verpleegkundige en/of praktijkondersteuner/nurse practitioner/physician assistent die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.
- Overige zorgaanbieders die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken.

Degene die de gedragsmatige ondersteuning verleent dient een gekwalificeerde stoppen-met-roken begeleider te zijn, ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken (www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl).

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het door ons gecontracteerde bedrag.

4. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

De Friesland

De Friesland Zorgverzekeraar NV (Kamer van Koophandel nummer 50884565) die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

DBC (diagnose behandeling combinatie)

Een DBC is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die het ziekenhuis in rekening mag brengen. Een DBC bestaat dus uit alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die voortkomen uit een zorgvraag van een patiënt. Een DBC heeft een maximale duur van een jaar. Een DBC omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose, de behandeling en controles. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling. Voor sommige DBC's gelden vaste tarieven, vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. Voor andere DBC's kunnen wij afspraken maken met ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en vrijgevestigde specialisten (buiten een instelling) over de in rekening te brengen tarieven.

EU- en EER-land

Behalve Nederland worden onder EU-landen verstaan de volgende landen binnen de Europese Unie: 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 (Groot Brittannië, Noord-Ierland en Gibraltar) en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Gecontracteerd tarief

Het gemiddelde tarief dat wij aan een gecontracteerde zorgaanbieder met dezelfde kwalificaties als de niet-gecontracteerde zorgaanbieder waarnaar de verzekerde zich in plaats hiervan heeft gewend, zouden hebben betaald.

Als er sprake is van een landelijke markt wordt dit bedrag berekend op basis van het landelijk gemiddelde, als er sprake van een regionale markt dan wordt dit bedrag berekend op basis van het regionaal gemiddelde.

Onze website
www.kiemer.nl.

Verdragsland

Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER lidstaten, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder vallen Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

Verwijzing

Een verwijzing bevat ten minste een omschrijving van de klachten van de verzekerde en de reden van de verwijzing, in de vorm van een specifieke medisch-inhoudelijke vraagstelling van de verwijzer aan een (met name genoemde) zorgaanbieder.

Verzekerde

De verzekerde is degene van wie de ziektekosten verzekerd zijn.

Verzekeringnemer

De verzekeringnemer is degene die de verzekeringsovereenkomst met ons heeft gesloten.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet bevat regels voor de kwaliteit van de zorgverlening door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.

Wij/ons

De Friesland Zorgverzekeraar NV als risicodragers voor Kiemer.

Zorgaanbieder/zorgverlener

Persoon of instelling die een of meer vormen van zorg in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden kan verlenen. Met een zorgaanbieder als bedoeld in dit artikel wordt gelijkgesteld een zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd en die volgens het recht van het land van vestiging beschikt over kwalificaties die gelijkwaardig zijn aan die welke in Nederland gelden; kwalificaties die voldoen aan Richtlijn 2001/19/EG, Pb EG L 206. Artsen, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen en apothekers opgeleid binnen één van de EU-lidstaten worden geacht hieraan te voldoen.

**Kijk voor meer informatie op
www.kiemer.nl**