



Voorwaarden
basisverzekering 2017

Verzekeringsvoorwaarden vanaf 1 januari 2017.

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

Inhoud

Verzekeringsvoorwaarden

1.	Algemene informatie	3
1.1	Goed zorgverzekeraarschap	3
1.2	Zorgaanbieders en vergoedingen	4
1.3	Klachtafhandeling	4
1.4	Verwerking aanmelding	5
1.5	Indienen van je nota	5
1.6	Voorafgaande toestemming	6
1.7	Mijn Kiemer	6
1.8	Elektronische communicatie	6
2.	Algemene voorwaarden	7
2.1	Algemene bepalingen	7
2.2	Grondslag en dekkinggebied	7
2.3	Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven?	7
2.4	Begin en einde van de verzekering	7
2.5	Herziening van premie of voorwaarden	11
2.6	Onterechte verzekering	11
2.7	Dekking	11
2.7.1	Omvang van de dekking	11
2.7.2	Restitutieverzekering	13
2.7.3	Gecontracteerde zorgaanbieders	13
2.7.4	Niet-gecontracteerde zorgaanbieders	14
2.7.5	Wettelijke tarieven	14
2.7.6	Bemiddeling als zorg niet tijdig beschikbaar is	14
2.7.7	Acute zorg	14
2.7.8	Betaling aan de zorgaanbieder	15
2.7.9	Eigen bijdrage	15
2.7.10	Beëindigen overeenkomst met zorgaanbieder	15
2.7.11	Buitenland	15
2.7.12	Dekkingsperiode	17
2.7.13	Terrorismerisico	17
2.7.14	Uitsluitingen	17
2.8	Eigen risico	18
2.8.1	Verplicht eigen risico	18
2.8.2	Vrijwillig eigen risico	18
2.8.3	Wanneer is het eigen risico niet van toepassing	18

2.8.4	Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico	19
2.9	Premiebetaling	19
2.10	Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde	21
2.11	Fraude	22
2.12	Geschillen	22
2.13	Verhaal op derden	23
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 (bij obesitas)	25
3.3	Beademing	26
3.4	Dialyse	26
3.5	Erfelijkheidsonderzoek	27
3.6	Farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten)	28
3.7	Geestelijke gezondheidszorg	31
3.8	Huisartsenzorg	35
3.9	Hulpmiddelenzorg	37
3.10	IVF (in-vitrofertilisatie)	39
3.11	Medisch specialistische zorg algemeen	40
3.12	Mondzorg (tandheelkunde)	41
3.13	Oncologische aandoeningen bij kinderen	46
3.14	Paramedische zorg	46
	3.14.1 Diëtetiek	46
	3.14.2 Ergotherapie	46
	3.14.3 Fysiotherapie en oefentherapie	47
	3.14.4 Logopedie	48
3.15	Plastische chirurgie	49
3.16	Revalidatie	51
	3.16.1 Medisch specialistische revalidatie	51
	3.16.2 Geriatrische revalidatie	51
3.17	Transplantaties van weefsels en organen	53
3.18	Trombosezorg	54
3.19	Verblijf	54
3.20	Verloskundige zorg en kraamzorg	56
3.21	Verpleegkundige zorg zonder verblijf (wijkverpleging)	59
3.22	Ziekenvervoer	61
3.23	Zintuiglijk gehandicaptenzorg	63
3.24	Zorg bij Stoppen-met-rokenprogramma	64
4.	Begripsomschrijvingen	66

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

1. ALGEMENE INFORMATIE

Deze verzekeringsvoorwaarden horen bij je zorgverzekering bij Kiemer. Hierin kun je opzoeken welke zorg wordt vergoed in de basisverzekering. Daarnaast leggen we o.a. uit hoe je eenvoudig een nota kunt indienen, hoe je opzoekt of een specifieke zorgaanbieder een overeenkomst met ons heeft en op welke manier je contact met ons kunt opnemen.

Deze voorwaarden kun je ook vinden op onze website www.kiemer.nl. Hier vind je daarnaast nog meer informatie over je zorgverzekering en hebben we veelgestelde vragen alvast voor je beantwoord. Heb je toch nog vragen? Neem dan gerust contact met ons op.

1.1 Goed zorgverzekerderschap

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

Wij worden, net als andere verzekeraars, door consumentenorganisaties goed in de gaten gehouden. Zo worden de zorgverzekerders met elkaar vergeleken. Daarbij wordt naar de prestaties gekeken, maar ook naar premie en dekking en kwaliteit van zorginkoop.

Onze reclame-uitingen voldoen volledig aan de spelregels van de Reclame Code Commissie. Dit houdt in dat de informatie over onze producten en diensten reëel, duidelijk en correct is. Alle verzekerden moeten in de gelegenheid worden gesteld om de structuur en de organisatie van Kiemer te begrijpen. Daartoe ontvangen alle verzekerden en kandidaat-verzekerden informatie via brochures en de website van Kiemer: kiemer.nl.

In onze brochures en op onze website worden de minimumprestaties genoemd waaraan onze dienstverlening moet voldoen. Het gaat hier om zaken als: hoe snel worden declaraties betaald, wat mag je 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 (risicodragers van Kiemer) en die op tal van terreinen adviezen mag uitbrengen. Informatie over deze verzekerdenraad vind je ook op onze website. Wij voeren daarnaast voortdurend klantonderzoeken uit om te bekijken wat jij van ons verwacht en hoe wij daaraan kunnen voldoen. Deze onderzoeken hebben een directe uitwerking op onze voorwaarden en dienstverlening.

1.2 Zorgaanbieders en vergoedingen

1.2.1 Hoe weet je of bepaalde zorg vergoed wordt?

Wanneer je zorg nodig hebt, wil je natuurlijk ook weten of wij deze zorg vergoeden. Dit kun je daarom gemakkelijk in de verzekeringsvoorwaarden en op onze website opzoeken. Heb je toch nog vragen? Onze medewerkers helpen je graag verder.

1.2.2 Vergoeding voor een bepaalde behandeling?

Het is belangrijk vooraf te weten of er sprake is van een eigen bijdrage voor je behandeling. En of de geneesmiddelen of hulpmiddelen die je nodig hebt door je verzekering worden vergoed. De vergoeding van specifieke behandelingen en middelen kun je vinden in deze voorwaarden. Ook vind je hier of er bepaalde voorwaarden aan de behandelaar worden gesteld.

1.2.3 Vergoeding voor medicijnen?

Wil je weten of je voorgeschreven 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 je vertellen of je medicijn wel of niet vergoed wordt, of er een eigen bijdrage voor dit medicijn is die je zelf dient te betalen, en of er een machtiging voor dit medicijn nodig is.

1.2.4 Vergoeding van een bepaalde zorgaanbieder?

Zoek je informatie over zorgaanbieders waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten? Deze vind je op onze website. Bij 'Vind je zorgverlener' kun je een keuze maken voor het soort zorgaanbieder en woonplaats.

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

1.2.5 Wachtlijstbemiddeling

Per ziekenhuis zijn er soms grote verschillen in de wachttijden voor zorg. Als je te maken krijgt met een lange wachttijd gaan wij, als je dat wilt, voor jou op zoek naar een ander ziekenhuis waar je sneller geholpen kunt worden. Dit kan in jouw regio zijn, maar ook daarbuiten. Wil je van deze service gebruik maken, dan kun je contact opnemen met onze wachtlijstcoördinator.

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. Je kunt je klacht per e-mail indienen. Na ontvangst van je klacht ontvang je van ons een ontvangstbevestiging. Mocht de klacht over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet gaan, dan wordt de klacht binnen zes weken behandeld. Mocht er meer tijd nodig

zijn, dan ontvang je hierover bericht. Wil je meer weten? Verderop in deze verzekeringsvoorwaarden in artikel 2.12 gaan we nader in op de klachtenafhandeling. Daarnaast hebben wij een speciale folder over klachten. Je kunt deze downloaden op onze website.

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 je nota

Je 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 jezelf betaald. Daarna kun je de nota online declareren via Mijn Kiemer. Meer informatie hierover vind je op onze website.

Let op: Je moet de papieren originele nota's nog minimaal twee jaar bewaren. Wij kunnen deze binnen deze periode nog opvragen voor controles.

Je declaratie snel behandeld

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

Hoe betalen wij je nota uit?

Als wij een nota ontvangen, betalen wij het bedrag waarop je recht hebt uit op het bij ons bekende bankrekeningnummer. Dit is het rekeningnummer dat je aan ons hebt doorgegeven voor betaling van de premie (incassonummer). Dit geldt niet wanneer je een afwijkend rekeningnummer hebt doorgegeven voor het uitbetalen van bedragen die wij aan jou zijn verschuldigd (excassonummer). In dat geval gebruiken wij dit excassonummer voor het vergoeden van de nota, ook wanneer je een ander bankrekeningnummer dan het bij ons bekende in- of excassonummer op de nota hebt vermeld. Als je zestien jaar of ouder bent kun je een eigen excassonummer aan ons doorgeven via Mijn Kiemer.

Oude nota gevonden?

Heb je nog een oude nota liggen? Nota's kun je indienen tot drie jaar na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Twijfel je wat voor jouw nota van toepassing is? Neem dan gerust contact met ons op.

1.6 Voorafgaande toestemming

Niet iedere behandeling wordt automatisch vergoed. Soms heb je eerst voorafgaande toestemming van ons nodig. Dit geldt voor sommige behandelingen, geneesmiddelen of aanschaf van bepaalde hulpmiddelen. Als dit het geval is, is dit in hoofdstuk 3 bij het betreffende artikel vermeld. Wij proberen je aanvraag altijd binnen vijf werkdagen af te handelen. Bij onvoldoende informatie kan deze termijn oplopen tot tien werkdagen. Voor een snelle afhandeling hebben wij bij je aanvraag daarom in ieder geval de volgende informatie nodig:

- a. je naam, geboortedatum, adres, woonplaats en verzekerdennummer;
 - b. de aandoening die behandeld wordt;
 - c. de aard van de behandeling of voorziening;
 - d. de duur van de behandeling;
 - e. de naam en functie van de behandelaar en/of aanvrager.
- Je behandelend arts kan de aanvraag voor je invullen.

1.7 Mijn Kiemer

Je kunt als verzekeringnemer o.a. je declaraties inzien en polisgegevens raadplegen en wijzigen in Mijn Kiemer via een per DigiD beveiligde online verbinding. Meer informatie over Mijn Kiemer vind je op onze website. In Mijn Kiemer bevindt zich privacygevoelige informatie over je gezondheid. Op basis van de Wet bescherming persoonsgegevens hebben zorgverzekeraars daarom gezamenlijk besloten een extra beveiliging aan te brengen op de 'mijn-omgeving'. Dit betekent dat je voor het inzien van informatie over vergoedingen, eigen risico en pgb alleen nog kunt inloggen via DigiD met sms-functie.

1.8 Elektronische communicatie

De Basisverzekering Kiemer is een internetverzekering. Als je deze verzekering hebt afgesloten heb je, als verzekeringnemer of verzekerde, uitdrukkelijk toestemming verleend voor het elektronisch toesturen van de polis en van mededelingen en andere communicatie-uitingen van Kiemer. Alle communicatie tussen jou en De Friesland verloopt online, voor zover wet- en regelgeving hieraan niet in de weg staan.

2. ALGEMENE VOORWAARDEN

2.1 Algemene bepalingen

a. In deze voorwaarden bedoelen wij met 'je: jij als verzekerde. Als wij met 'je' bedoelen jij als verzekeringnemer, is dit expliciet vermeld.

b. In deze voorwaarden bedoelen wij met Kiemer: De Friesland Zorgverzekeraar NV.

2.2 Grondslag en dekkinggebied

a. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt alleen ingegaan op de voorwaarden van de basisverzekering. Heb je daarnaast een aanvullende verzekering bij ons afgesloten, dan kun je hiervoor de betreffende verzekeringsvoorwaarden raadplegen. Voor de aanvullende verzekeringen zijn speciale verzekeringsvoorwaarden ontwikkeld.

b. Deze verzekeringsvoorwaarden gelden voor de Basisverzekering Kiemer, met als risicodrager De Friesland Zorgverzekeraar NV, en zijn geldig in Nederland en in het buitenland.

c. Deze verzekeringsvoorwaarden zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.

d. 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 regeling 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 je, 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 kun je raadplegen op onze website.

e. 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 te raadplegen op onze website.

f. Op deze verzekeringsvoorwaarden is het Nederlands recht van toepassing.

2.3 Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven?

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

2.4 Begin en einde van de verzekering

2.4.1 Aanmelden

De verzekering wordt aangegaan op grond van een volledig en naar waarheid ingevuld online 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.

Wij schrijven je niet in zolang het adres dat je hebt opgegeven niet in de Basisregistratie personen (BRP) voorkomt of afwijkt van het adres waaronder je in de BRP staat ingeschreven. Dit geldt niet als een van de volgende situaties van toepassing is:

- a. jij of de verzekeringnemer hebt/heeft een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift overgelegd waaruit blijkt dat je loonbelasting bent verschuldigd in verband met werkzaamheden in loondienst, verricht in Nederland of op het continentaal plat als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg. In deze verklaring dient de ingangsdatum van de dienstbetrekking te staan en de verklaring of het salarisafschrift mag niet ouder zijn dan één maand;
- b. de verzekeringnemer heeft een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank overgelegd waaruit blijkt dat je verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- c. jou kan redelijkerwijs niet worden verweten dat het adres dat je hebt opgegeven niet in de Basisregistratie personen (BRP) voorkomt of afwijkt van het adres waaronder je in de BRP staat ingeschreven.

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:

- a. 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 je dan eerst om aanvullende informatie vragen. De verzekering gaat in dat geval in op de dag dat wij alle benodigde informatie hebben ontvangen.
- b. Wanneer je op het moment waarop we je aanvraag hebben ontvangen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent, dan kan de verzekering op jouw verzoek op een later tijdstip ingaan.
- c. Als de zorgverzekering is ingegaan binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan dan gaat deze in met terugwerkende kracht per de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan. Je bent over deze periode premie verschuldigd.
- d. 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 je verder moet weten

- a. 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.

- b. Als het CAK je bij ons heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet, kun je de verzekering beëindigen binnen twee weken vanaf de datum waarop het CAK je van de verzekering in kennis heeft gesteld. Je moet dan wel aantonen dat je binnen de periode genoemd in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet via een andere zorgverzekering bent verzekerd.
- c. Als de zorgverzekering ingaat in de loop van het jaar, dan wordt deze aangegaan voor de rest van dat kalenderjaar.
- d. Wij zijn niet verplicht een zorgverzekering af te sluiten als:
- je al krachtens een zorgverzekering bent verzekerd;
 - 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.
- e. Je ontvangt een polisblad in een door ons vast te stellen vorm dat geldt als bewijs van de tussen jou als verzekeringnemer en Kiemer gesloten verzekeringsovereenkomst.
- f. Voor het verwerken van je persoonsgegevens is de Basisregistratie personen (BRP) bepalend.

2.4.2 Beëindigen

Je mag als verzekeringnemer je zorgverzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Als je tijdig opzegt eindigt je zorgverzekering per 1 januari daaropvolgend. Je ontvangt hiervan van ons een bevestiging. Zeg je 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:

- a. door gebruik te maken van de gezamenlijke opzegservice van de verzekeraars. Deze houdt in dat als je uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens jou bij ons de zorgverzekering opzegt. Als je niet van deze service gebruik wilt maken, moet je dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van je nieuwe zorgverzekeraar;
- b. door jezelf (verzekeringnemer). Je moet dan uiterlijk 31 december per e-mail opzeggen.

Wat je verder moet weten

- a. De verzekering eindigt automatisch op het tijdstip dat je verzekeringsplicht eindigt.
- b. 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.
- c. 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.

- d. De verzekering eindigt automatisch als wij ons werkgebied wijzigen en je 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.
- e. 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.
- f. Als verzekeringnemer kun je tussentijds de verzekering van de verzekerde voor wie je als verzekeringnemer handelt opzeggen, als deze een andere zorgverzekering heeft afgesloten. De opzegging gaat in per de datum waarop de andere zorgverzekering is ingegaan. Voorwaarde 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.
- g. Nadat wij jou als verzekeringnemer hebben aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kun je 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 je binnen twee weken te kennen geven de opzegging te bevestigen.
- h. als het CAK je bij ons heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet kun je de verzekering niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden vanaf de ingangsdatum van de verzekering.
- i. Wij kunnen je verzekering per de ingangsdatum beëindigen als het CAK je bij ons heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet en achteraf blijkt dat je niet verzekeringsplichtig was.

Bewijs van einde zorgverzekering

Als de verzekering eindigt, krijg je van ons een 'bewijs van einde zorgverzekering'. Op dit bewijs wordt de volgende informatie vermeld:

- a. naam, adres, woonplaats en Burgerservicenummer 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 jou 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.

Overname machtiging door nieuwe zorgverzekeraar

Heb je een geldende machtiging en stap je over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt je nieuwe zorgverzekeraar de medische beoordeling over en heb je recht op de betreffende zorg volgens de bij je nieuwe zorgverzekeraar geldende verzekeringsvoorwaarden.

Heb je een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging zoals

bedoeld in artikel 3.21 en stap je over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de nog geldende toekenningsverklaring over. Ook het aantal uren voor verpleging en verzorging neemt je nieuwe verzekeraar over, volgens de geldende indicatie. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan bij je nieuwe zorgverzekeraar anders zijn, omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren je daarom deze toekenningsverklaring te bewaren zolang deze geldig is. Je nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.

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 ten minste 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: Ook als de wijziging in het nadeel van verzekerde is, kun je als verzekeringnemer niet opzeggen als de wijziging een direct gevolg is van een aanpassing in de Zorgverzekeringswet met betrekking tot de inhoud van de verzekering zoals genoemd in hoofdstuk 3 van deze voorwaarden.

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 vervalt de verzekeringsovereenkomst automatisch vanaf het moment waarop de verzekeringsplicht is geëindigd. In dat geval ben je verplicht om de kosten die onterecht zijn vergoed vanaf de datum van beëindiging van de verzekering terug te betalen.

2.7 Dekking

2.7.1 Omvang van de dekking

a. Voor zover op grond van deze verzekeringsvoorwaarden toestemming, een verwijzing of een voorschrift vereist is, bestaat alleen aanspraak op vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat je van de desbetreffende zorg gebruikmaakt.

b. Recht op vergoeding van de kosten van zorg of diensten bestaat alleen als je naar een zorgaanbieder gaat die aan de eisen voldoet zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden. Wij kunnen je 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 je dan voorafgaand aan de behandeling hebben verleend.

c. 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 zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapporten+en+standpunten.

- d. Je hebt recht op vergoeding van een vorm van zorg of een dienst voor zover je daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
- e. De vraag of je behoefte hebt aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde dienst wordt uitsluitend op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
- f. Je hebt geen recht op vergoeding van zorg of diensten die kunnen worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.

Voorwaardelijk toegelaten zorg

- Ook zorg en/of diensten die (nog) niet aan de in artikel 2.7.1 onder c. genoemde criteria voldoen kunnen onder voorwaarden als verzekerde zorg worden toegelaten. De volgende zorg is voorwaardelijk toegelaten:
- a. tot 1 januari 2017 behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysen, als je deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie 'Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in The Netherlands (MR CLEAN)' of aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 2°;
- b. tot 1 januari 2018 behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose, als je deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;
- c. tot 1 januari 2018 het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapiefractaire morbus Crohn, als je deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;
- d. tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie, voor zover je deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;
- e. tot 1 juli 2019 behandeling met belimumab van volwassen patiënten met actieve auto-antilichaampositieve systemische lupus erythematosus met een hoge mate van ziekteactiviteit en met een geschiedenis van behandelfalen op de standaardbehandeling, voor zover je deelneemt aan onderzoek naar de effectiviteit van deze zorg of het onderzoek zoals hieronder genoemd onder 2°

naar deze zorg, zoals vermeld in het advies van het Zorginstituut Nederland van 29 april 2015;

f. tot 1 juli 2019 behandeling met tumorinfiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover je deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;

g. tot 1 april 2020 borstreconstructie na borstkanker met autologe vettransplantatie, voor zover je deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;

h. tot 1 januari 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover je deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°;

j. tot 1 juli 2021 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover je deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°.

Als onderzoek naar zorg wordt aangemerkt:

1°. hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd, en

2°. aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als:

- je behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek,
- je niet hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
- je hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor jou is voltooid.

Let op: De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bevoegd om viermaal per jaar zorg op basis van ‘voorwaardelijke toelating’ toe te wijzen. Daarom kunnen wij jou in deze voorwaarden geen actueel overzicht van deze zorg geven. Voor het meest actuele overzicht verwijzen wij je naar onze website.

2.7.2 Restitutieverzekering

De Basisverzekering Kiemer is een restitutieverzekering. Restitutie betekent dat je geen recht hebt op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen.

2.7.3 Gecontracteerde zorgaanbieders

Als je gebruikmaakt 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 je zorgverlener’.

Voor enkele gecontracteerde zorgaanbieders geldt een omzetplafond. Dit betekent dat wij met deze zorgverleners een maximumbedrag hebben afgesproken dat in een kalenderjaar gedeclareerd mag worden. Als dit maximumbedrag is bereikt en de zorg nog niet is gestart, kan het voorkomen dat je niet meteen bij de gecontracteerde zorgaanbieder van je keuze terecht kunt. In dat geval kun je ervoor kiezen om op de wachtlijst van de betreffende zorgaanbieder te worden geplaatst. Wil je meteen worden geholpen, dan kun je contact opnemen met onze wachtlijstbemiddeling (zie artikel 2.7.6). Samen met jou zoeken wij dan naar een passende oplossing. Er gelden omzetplafonds voor:

- a. de geestelijke gezondheidszorg zoals genoemd in artikel 3.7, voor gecontracteerde instellingen en vrijgevestigde (zelfstandige) psychiaters en psychotherapeuten;
- b. geriatrische revalidatie zoals genoemd in artikel 3.16.2;
- c. eerstelijns verblijf zoals genoemd in artikel 3.19;
- d. verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging), zoals genoemd in artikel 3.21.

2.7.4 Niet-gecontracteerde zorgaanbieders

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

Let op: Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, loop je het risico dat je de kosten niet volledig vergoed krijgt. Ook kan het dan gebeuren dat je de rekening eerst zelf moet betalen. 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.

2.7.5 Wettelijke tarieven

Welke wettelijke tarieven in Nederland gelden, kun je terugvinden op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit (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 je waar je als klant aan toe bent.

2.7.6 Bemiddeling als zorg niet tijdig beschikbaar is

Je hebt op jouw verzoek recht op onze zorgbemiddeling. Als je in het kader van wachtlijstbemiddeling toestemming ontvangt om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, worden de kosten van de zorg na het indienen van de nota vergoed.

2.7.7 Acute zorg

Als er sprake is van acute zorg (zorg die plotseling en onverwacht noodzakelijk is en niet kan worden uitgesteld) en je hebt gebruik gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heb je binnen Nederland recht op volledige vergoeding van de kosten. Je 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 dien je echter zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Kiemer Alarmservice. In artikel 2.7.11 kun je meer informatie over de vergoeding vinden.

2.7.8 Betaling aan de zorgaanbieder

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

2.7.9 Eigen bijdrage

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

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

2.7.10 Beëindigen overeenkomst met zorgaanbieder

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

2.7.11 Buitenland

Als je in Nederland woont, heb je ook aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, 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.

Tip: Wil je in het buitenland behandeld worden, informeer dan eerst of de kosten vergoed worden, onder welke voorwaarden en welk bedrag je eventueel zelf dient te betalen.

Wonen of verblijven in een verdragsland

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

- a. 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;
- b. aanspraak op zorg in natura door een zorgaanbieder die door ons in het woonland of in het land van tijdelijk verblijf is gecontracteerd.

Als je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, heb je recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop je

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 je 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: Je 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 je van deze EHIC gebruik te maken als je in een van deze landen verblijft en zorg nodig heeft. Je 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. Je moet dan zelf de rekening voorschieten. Later kun je de rekening bij ons indienen. Met de kaart heb je geen recht om naar het buitenland te reizen met als doel een medische behandeling te krijgen. Ga je naar Australië, dan moet je je direct bij aankomst met de EHIC melden bij een medicare kantoor. Je krijgt dan een medicare card, waarmee je kosteloos geneeskundige hulp in Australië krijgt.

Wonen of verblijven in een niet-verdragsland

Woon of verblijf je in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, dan heb je recht op vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling. De vergoeding bedraagt maximaal 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

Je hebt recht op volledige vergoeding van de kosten:

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

Alarmservice

Als je medisch noodzakelijke zorg nodig hebt die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg), dan moet je dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de Kiemer Alarmservice. Deze coördineert de zorg. Ook kun je 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. E-mail: 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.

2.7.12 Dekkingsperiode

Je hebt 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 DBC (diagnose behandeling combinatie) 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.

2.7.13 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, heb je 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, heb je 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.

2.7.14 Uitsluitingen

Je hebt geen recht op vergoeding van:

- a. de eigen bijdrage die je bent verschuldigd op grond van de Wlz;
- b. de kosten van alternatieve geneeswijzen;
- c. declaraties als gevolg van keuringen, attesten en griep- en andere vaccinaties, tenzij in deze voorwaarden anders is bepaald;
- d. sancties opgelegd door zorgaanbieders, bijvoorbeeld het doorberekenen van niet nagekomen afspraken of het door de zorgaanbieder berekenen van rente wegens het niet tijdig betalen van een nota;

e. 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;

f. 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;

g. behandelingen die zijn uitgevoerd door jezelf. Voor een behandeling door je partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad dienen wij je vooraf toestemming te geven, als je deze behandeling ook bij ons wilt declareren.

2.8 Eigen risico

2.8.1 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 jouw rekening blijft. Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 385,- per kalenderjaar.

Tip: Verwacht je je verplichte eigen risico in het komende kalenderjaar volledig op te maken? Dan bieden wij je de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen. Kijk voor meer informatie op onze website of neem contact met ons op.

2.8.2 Vrijwillig eigen risico

Het vrijwillige eigen risico is het met jou als verzekeringnemer overeengekomen bedrag per kalenderjaar aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat je naast het verplichte eigen risico voor je eigen rekening neemt. Als je kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvang je van ons een premiekorting. Je kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-.

Wijziging vrijwillig eigen risico

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

2.8.3 Wanneer is het eigen risico niet van toepassing

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

- a. verloskundige zorg en kraamzorg. Hiermee samenhangende kosten, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek, NIPT of ziekenvervoer tellen wel mee voor het eigen risico;
- b. 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;

- c. nacontroles van de donor na afloop van de periode genoemd in hoofdstuk 3 in het artikel Transplantaties van weefsels en organen, Inhoud zorg, onder d.;
- d. vervoer van de donor als bedoeld in artikel 3.17, Inhoud zorg, onder e. en f., als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten;
- e. hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt;
- f. zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatie-bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (keten-zorg);
- g. verpleging en verzorging zonder verblijf als bedoeld in artikel 3.21;
- h. de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek.

2.8.4 Berekening vrijwillig en verplicht eigen risico

- a. 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.
- b. In die gevallen waarin je 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 je eigen rekening blijven, worden voor toepassing van het eigen risico buiten beschouwing gelaten.
- c. Als een verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt, gaat het eigen risico in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.
- d. 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.
- e. 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 DBC dus toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.
- f. Als wij de kosten van verleende hulp rechtstreeks aan de zorgaanbieder hebben vergoed, dan brengen wij je achteraf het eventueel verschuldigde eigen risico in rekening. Voorafgaand aan het incasseren van het eigen risico krijg je 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

- a. 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. De verschuldigde premie bestaat uit de premiegrondslag na aftrek van de korting in verband met een vrijwillig eigen risico.

- b. Als verzekeringnemer ben je 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.
- c. Bij vooruitbetaling per kwartaal geldt een korting van 0,5%. Bij vooruitbetaling per halfjaar is dit 1%. Bij vooruitbetaling per jaar bedraagt de korting 2%. De korting wordt berekend over de verschuldigde premie.
- d. Het is jou als verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met een van ons te vorderen uitkering.
- e. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand herberekenen wij de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand.
- f. Je bent geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin je de leeftijd van achttien jaar hebt bereikt. Wij benaderen de minderjarige verzekerde ten minste vier weken voor zijn/haar achttiende verjaardag met de vraag of hij/zij voor een vrijwillig eigen risico kiest. Als de verzekeringnemer of de verzekerde zijn/haar keuze niet aan ons doorgeeft, dan wordt de premie berekend op basis van een polis zonder vrijwillig eigen risico.
- g. 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).
- h. Wij streven ernaar de vooraankondiging van de automatische incasso veertien dagen voor het incasseren van het openstaande bedrag aan jou als verzekeringnemer te sturen. Dit is niet van toepassing voor terugkerende betalingen, zoals premie. De vooraankondiging van deze bedragen vindt eenmaal per jaar plaats.
- i. Als een automatische incasso niet plaats kan vinden in verband met onvoldoende saldo, bieden wij deze incasso maximaal tweemaal opnieuw aan de bank aan.
- j. Bij een Kiemer Basisverzekering is alleen automatische incasso mogelijk. Als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd, versturen wij een acceptgiro. In dat geval kunnen we jou als verzekeringnemer een bedrag van € 5,- per acceptgiro in rekening brengen.
- k. Als je 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 je een schriftelijke aanmaning tot betaling binnen een termijn van 30 dagen. Als het bedrag niet binnen de gestelde termijn wordt betaald, kunnen wij je 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 je verzekering te schorsen, ontvang je hiervan schriftelijk bericht.
- l. 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 per de eerste van de maand volgend op de datum waarop de betalingstermijn genoemd in de finale aanmaning afloopt. Er zit minimaal een periode van veertien dagen tussen deze datum en de datum van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst.

2.10 Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde

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

Je bent als verzekerde verplicht:

- a. je bij het invoeren van zorg te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- b. 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 verband met controles en fraudeonderzoek die wij verrichten in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet;
- c. 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;
- d. ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- e. door jezelf betaalde nota's binnen drie jaar na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij ons in te dienen;
- f. een verwijzing van een arts, tandarts of medisch specialist over te leggen als wij hier om vragen;
- g. nota's in te dienen die op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat wij zonder verdere navraag het recht op vergoeding kunnen vaststellen. Buitenlandse nota's dienen minimaal de volgende informatie te bevatten:
 - je naam en geboortedatum;
 - de behandeldatum;
 - een omschrijving van de behandeling;
 - kosten- en honorariumbedrag.

Als een nota in een andere taal is gesteld dan Engels, Duits, Frans, Spaans of Italiaans, dan kunnen wij je vragen om een vertaling van een beëdigd vertaler. De kosten hiervan komen voor je eigen rekening.

Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn.

Wat je verder moet weten

- a. Als je gedetineerd raakt of uit detentie wordt ontslagen, moet je 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.

b. Je bent als verzekeringnemer verantwoordelijk voor het direct aan ons door geven 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.

c. Je 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, bijvoorbeeld geboorte en overlijden.

d. Je 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.

e. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende (e-mail)adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

f. Wanneer onze belangen worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen, dan kan dit gevolgen voor je 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 verkrijgen. 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:

a. doen wij aangifte bij de politie;

b. wordt je verzekering beëindigd.

c. vindt registratie plaats in het door ons bijgehouden incidentenregister;

d. vindt registratie plaats in het tussen verzekeraars geldende signalerings-systeem;

e. worden eventueel onterecht uitgekeerde schade en onderzoekskosten teruggevorderd.

2.12 Geschillen

a. Als je als verzekerde of verzekeringnemer het niet eens bent met een door ons in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, dan kun je ons binnen een jaar nadat die beslissing je is meegedeeld vragen om de beslissing te heroverwegen. Je 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 kun je 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.

b. Je hebt, ook na een eventuele procedure bij de SKGZ, het recht om een geschil tussen jou en ons aan de bevoegde burgerlijke rechter voor te leggen. Je 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 ben je, 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 jou overkomen ziekte, ongeval of letsel, een zodanige derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens jou aangifte te worden gedaan bij de bevoegde politieinstantie. In geen geval mag je 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 belangen kunnen worden geschaad. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het hiervoor bepaalde met betrekking tot verhaal op derden, ben je verplicht ons de daardoor geleden schade te vergoeden.

2.14 Aansprakelijkheidsbeperking

Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die je lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder waarvan je zorg in het kader van de zorgverzekering hebt ontvangen. 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

a. 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.

b. Wij houden ons aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars zoals opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Dit document kun je op onze website raadplegen.

c. Op verzoek kun je inzage krijgen in de gegevens die van je worden bijgehouden. Je moet dit verzoek schriftelijk indienen. Op jouw verzoek kan tot correctie of verwijdering van gegevens worden overgegaan. Verzoeken tot inzage, correctie of verwijdering kun je richten aan onze Compliance Officer, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden.

d. 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 je rekeningen rechtstreeks van de zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt je zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder die je behandelt, weet hoe je verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders je adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij je ook daadwerkelijk behandelen. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in je adresgegevens, dan kun je ons dat laten weten. Wij zorgen er dan voor dat je adresgegevens worden afgeschermd.

e. Wij zijn verplicht je 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 je een dergelijke klacht hebt, kun je deze in eerste instantie bij ons indienen. Als je het niet eens bent met de afhandeling van je klacht, kun je je klacht daarna bij de Nza neerleggen. Op de website van de NZa (nza.nl) kun je zien hoe je dit kunt doen. De NZa doet uitspraak in de vorm van een bindend advies, waaraan wij verplicht zijn ons te houden.

Je kunt je 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

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van 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.

Wie mag deze zorg verlenen

Een audiologisch centrum.

Een audiologisch centrum is een zorginstelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daarbij hoort als zodanig is toegelaten.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, kinderarts, triage audicien of keel-, neus- en oorarts.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.2 Bariatrische chirurgie (bij obesitas)

Inhoud zorg

Als je 18 jaar of ouder bent, heb je bij een BMI hoger dan 40, of bij een BMI hoger dan 35 met comorbiditeit (het tegelijkertijd aanwezig zijn van verschillende aandoeningen), recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaande uit voorbehandeling voor indicatiestelling, operatieve behandelingen en nazorg gedurende ten minste een jaar.

Je hebt uitsluitend recht op vergoeding van de kosten van deze ingreep wanneer je aan alle indicatievoorwaarden voldoet zoals beschreven in de relevante en geldende richtlijnen van de beroepsgroep. 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 obesitasverpleegkundige. Verder dient de behandeling gekoppeld te zijn aan een multidisciplinair nazorgtraject van minimaal een jaar, door dezelfde disciplines als hiervoor genoemd.

Wie mag deze zorg verlenen

Een operatie dient te worden uitgevoerd 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 obesitasverpleegkundige.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.3 Beademing

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg, medisch noodzakelijk verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. Als de beademing onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij je thuis plaatsvindt, dan bestaat de zorg uit:

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

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 je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.4 Dialyse

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van 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 je helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis. Onder thuisdialyse is ook begrepen:

- a. de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren of daarbij behulpzaam zijn;
- b. bruikleen van de hemodialyse- of peritoneaaldialyseapparatuur met toebehoren;
- c. de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), en van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de dialyse;
- d. de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- e. de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse;
- f. 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;
- g. vergoeding van de overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen en waarin andere wettelijke regelingen 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 je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.5 Erfelijkheidsonderzoek

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van:

- a. onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek.
- b. de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.
- c. onderzoeken bij andere personen, als dit nodig is om je 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

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.6 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten)

Inhoud zorg

a. Geregistreerde geneesmiddelen

Je hebt 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 je 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 onze website. Bijlage 1 wijzigt iedere maand en kun je raadplegen via wetten.overheid.nl.

Op welk geneesmiddel heb je recht

Je hebt niet automatisch aanspraak op vergoeding van alle merken geneesmiddelen. Je hebt recht op vergoeding van een middel dat de werkzame stof bevat die de huisarts of medisch specialist heeft voorgeschreven. Controle van de overheid garandeert dat alle (merken) geneesmiddelen aan dezelfde eisen voldoen. In uitzonderlijke gevallen kan het voorkomen dat je vanwege een medische noodzaak (bijvoorbeeld een allergie of een intolerantie voor bepaalde hulpstoffen) toch op een duurder geneesmiddel van een ander merk bent aangewezen. Wanneer je arts bepaalt dat dit medisch strikt noodzakelijk is, heb je recht op vergoeding hiervan. Wil je, ondanks dat hier geen medische noodzaak voor bestaat, toch dat je een duurder merkmiddel ter hand wordt gesteld? Dan heb je recht op vergoeding van maximaal het bedrag dat wij voor het goedkoopste adequate middel hadden betaald. In dat geval betaal je 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 je voor met name genoemde geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm alleen recht hebt 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 je arts bepaalt dat de behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is, houd je recht op vergoeding van een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

b. Rationele farmacotherapie (niet-geregistreerde geneesmiddelen)

Je hebt recht op vergoeding van niet-geregistreerde geneesmiddelen en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die het geneesmiddel aan je 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 je 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

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

- een stofwisselingsstoornis, voedselallergie of resorptiestoornis hebt, of;
- een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop hebt, of;
- je 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 SEMH-gecertificeerd is.

Instructie bij een aan een geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel mag uitsluitend worden gegeven door de apotheek of apotheekhoudend huisarts die het betreffende geneesmiddel aan je 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 heb je recht op geneesmiddelen voor een maximale periode. De volgende perioden zijn van toepassing:

- a. vijftien dagen als het voor jou een nieuwe medicatie betreft;
- b. vijftien dagen als het gaat om een acute aandoening die met antibiotica of chemotherapeutica moet worden bestreden;
- c. een maand als de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1000,- bedragen;
- d. 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;
- e. twaalf maanden voor orale anticonceptiva (de pil);
- f. 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 je kunnen worden geleverd zonder dat daarvoor een nieuw voorschrift nodig is.

Vooraf aanvragen

Voor de levering van dieetpreparaten 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 onze website.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. farmaceutische zorg die is uitgesloten op grond van de Regeling zorgverzekering;
- b. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40 lid 1 onder b van de Geneesmiddelenwet;
- c. geneesmiddelen die (nagenoeg) gelijkwaardig zijn aan een niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel;
- d. geneesmiddelen die bedoeld zijn in artikel 40 lid 3 onder e van de Geneesmiddelenwet;
- e. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- f. 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 betaal je zelf het verschil als eigen bijdrage. Je 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 kun je raadplegen via wetten.overheid.nl.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als je gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.7 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

3.7.1 Generalistische basis GGZ

Inhoud zorg

De zorg bestaat uit diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek. Je hebt vanaf de leeftijd van 18 jaar recht op deze zorg als je een psychische stoornis hebt in combinatie met een gemiddeld tot lage beperking van het functioneren. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

In de generalistische basis GGZ kunnen internettoepassingen onderdeel van de behandeling vormen als je dit wilt. Dit kan in de vorm van professionele begeleide zelfhulp, e-mailcontact met een hulpverlener of webcamcontact.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een vrijgevestigde klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, GZ-psycholoog of psychotherapeut.
- b. Een GGZ-instelling, voor zover de regiebehandelaar een van de volgende zorgaanbieders is:
 - gezondheidszorgpsycholoog;
 - klinisch (neuro)psycholoog;
 - psychotherapeut;
 - specialist ouderengeneeskunde;
 - klinisch geriater;
 - uitsluitend voor het product Basis GGZ chronisch: verpleegkundig specialist ggz;
 - Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP, voor zover het afronding betreft van een behandeling die onder de Jeugdwet is gestart vóór de 18-jarige leeftijd;
 - NVO orthopedagoog-generalist, voor zover het afronding betreft van een behandeling die onder de Jeugdwet is gestart vóór de 18-jarige leeftijd.

De regiebehandelaar is degene die belast is met de regie van de behandeling en o.a. de diagnose stelt, het behandelplan opstelt, regelmatig contact onderhoudt met eventuele nevenbehandelaars en bepaalt wanneer de behandeling wordt afgesloten. Je dient gedurende je behandeling minimaal eenmaal een face-to-face contact met je regiebehandelaar te hebben, zodat deze een juiste diagnose kan stellen en zijn regietaak kan uitvoeren.

Een gezondheidszorgpsycholoog moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een klinisch (neuro)psycholoog is een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch (neuro)psycholoog staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een psychotherapeut moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een specialist ouderengeneeskunde moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een klinisch geriater moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die als verpleegkundig specialist staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

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

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

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandeling van aanpassingsstoornissen. Dit zijn psychologische aandoe-

ningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op een stressveroorzakende gebeurtenis, bijv. ontslag of echtscheiding;
b. hulp bij werk- en/of relatieproblemen.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.7.2 Gespecialiseerde GGZ

Inhoud zorg

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zonder verblijf

De zorg bestaat uit diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen. Je hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg vanaf de leeftijd van 18 jaar, als je een psychische stoornis hebt waarbij de kwaliteit van leven (ernstig) onder druk kan staan. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Ook heb je recht op de bij de behandeling horende verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en wondverzorgingsmiddelen.

Psychiatrische ziekenhuisopname

Je hebt vanaf de leeftijd van achttien jaar recht op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 1095 dagen (drie jaar). Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd. Een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de drie jaar. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de drie jaar. 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 wondverzorgingsmiddelen, gedurende de periode van verblijf.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een vrijgevestigde psychiater/zenuwarts, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut.
- b. Een GGZ-instelling, voor zover de regiebehandelaar een van de volgende zorgaanbieders is:

- psychiater/zenuwarts;
- klinisch (neuro)psycholoog;
- klinisch geriater;
- psychotherapeut;
- arts verslavingszorg;
- gezondheidszorgpsycholoog;
- specialist ouderengeneeskunde;
- verpleegkundig specialist ggz;
- Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP, voor zover het afronding betreft van een behandeling die onder de Jeugdwet is gestart vóór de 18-jarige leeftijd;
- NVO orthopedagoog-generalist, voor zover het afronding betreft van een behandeling die onder de Jeugdwet is gestart vóór de 18-jarige leeftijd.

Let op: Voor de gezondheidszorgpsycholoog, de verpleegkundig specialist en de arts verslavingszorg geldt dat deze werkzaam moeten zijn in een instelling en deel uitmaken van een periodiek MDO (overleg met meerdere zorgverleners betrokken bij de behandeling) waarbij ten minste een psychiater/zenuwarts, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut aanwezig is.

De regiebehandelaar is degene die belast is met de regie van de behandeling en o.a. de diagnose stelt, het behandelplan opstelt, regelmatig contact onderhoudt met eventuele nevenbehandelaars en bepaalt wanneer de behandeling wordt afgesloten. Je dient gedurende je behandeling minimaal eenmaal een face-to-face contact met je regiebehandelaar te hebben, zodat deze een juiste diagnose kan stellen en zijn regietaak kan uitvoeren.

Een psychiater/zenuwarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een GGZ-instelling is 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 daarbij hoort als zodanig is toegelaten.

Een klinisch (neuro)psycholoog is een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch (neuro)psycholoog staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een klinisch geriater moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een psychotherapeut moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een arts verslavingszorg moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een gezondheidszorgpsycholoog moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een specialist ouderengeneeskunde moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die als verpleegkundig specialist staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

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

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

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandeling van aanpassingsstoornissen. Dit zijn psychologische aandoe-ningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op een stressveroor-zakende gebeurtenis, bijv. ontslag of echtscheiding;
- b. hulp bij werk- en/of relatieproblemen.

Toestemming vooraf

Als je een behandeling met verblijf wilt ondergaan in een instelling waarmee wij geen contract hebben, moeten wij hier voorafgaand aan de opname toestemming voor hebben verleend. Het aanvraagformulier kun je vinden op onze website.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.8 Huisartsenzorg

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Onder huisartsenzorg wordt ook begrepen:

- a. daarmee samenhangend door of namens de huisarts aangevraagd diagnostisch onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek;
- b. preventieve voetzorg bij diabetes mellitus.

Met preventieve voetzorg bij diabetes mellitus bedoelen wij:

- jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie;
- zorg genoemd in de zorgprofielen 1 t/m 4 zoals beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetisch Voetulcera 2014 voor zover deze zorg bestaat uit:
 - jaarlijks gericht voetonderzoek (zorgprofiel 1);

- jaarlijks gericht voetonderzoek inclusief de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standafwijkingen (zorgprofiel 2);
- meer frequent gericht voetonderzoek inclusief de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standafwijkingen (zorgprofiel 3 en 4);
- behandeling van risicofactoren (zorgprofiel 2 t/m 4);
- educatie en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus (zorgprofiel 1 t/m 4);
- advisering over adequaat schoeisel (zorgprofiel 1 t/m 4).

Wie mag deze zorg verlenen

Een huisarts, huisartsendienstenstructuur of een gespecialiseerde verpleegkundige en/of praktijkondersteuner/verpleegkundig specialist/physician assistent die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

Preventieve voetzorg bij diabetes mag ook worden verleend door een podotherapeut of door een pedicure die onder verantwoordelijkheid van een podotherapeut werkzaam is en hiervoor een overeenkomst met de podotherapeut heeft.

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

Een huisartsendienstenstructuur is 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.

Een verpleegkundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een verpleegkundig specialist moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een physician assistant is een zorgprofessional die de HBO-masteropleiding '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.

Een podotherapeut moet als 'kwaliteitsgeregistreerd' zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Een pedicure is:

- a. een medisch pedicure of een pedicure met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het ProCERT KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) of
- b. een paramedisch chiropodist, medisch pedicure of pedicure+ met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) met een code A of B.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:

- a. MRI-diagnostiek, tenzij de huisarts verwijst op basis van de richtlijnen (inclusief standaarden) van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG);
- b. voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om cosmetische of verzorgende redenen of algemene nagelverzorging;
- c. hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals orthesen. Deze worden niet onder dit artikel vergoed, maar kunnen in bepaalde gevallen wel worden aangemerkt als hulpmiddel zoals bedoeld in artikel 3.9.

Verwijzing

Voor preventieve voetverzorging bij diabetes heb je een verwijzing nodig van de huisarts, als deze de voetverzorging niet zelf verleent.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.9 Hulpmiddelenzorg

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulp- en wondverzorgingsmiddelen 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 onze website.

Let op: Je hebt uitsluitend recht op wondverzorgingsmiddelen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Wie mag deze zorg verlenen?

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

Hulpmiddelen in bruikleen

In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie), geldt voor enkele hulpmiddelen 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 kun je dus niet terecht bij een niet gecontracteerde leverancier. Mocht je een bruikleenhulpmiddel in eigendom willen aanschaffen bij een niet-gecontracteerde leverancier, dan is in het Reglement Hulpmiddelenzorg aangegeven hoe wij in dat geval je vergoeding berekenen.

Let op: Als je ervoor kiest een bruikleenhulpmiddel in eigendom aan te schaffen, kan de vergoeding ten laste van je verplichte en vrijwillige eigen risico komen. Hulpmiddelen in bruikleen komen niet ten laste van het eigen risico, met uitzondering van bijbehorende verbruiksartikelen.

Eigen bijdrage

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

- a. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde maximaal te vergoeden bedrag;
- b. 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, heb je 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 je naar een gecontracteerde leverancier gaat, is voorafgaande toestemming meestal niet nodig. De leverancier beoordeelt je aanvraag. In het Reglement Hulpmiddelenzorg is aangegeven wanneer voorafgaande toestemming wel nodig is. Als je naar een niet-gecontracteerde leverancier gaat, heb je altijd onze voorafgaande toestemming nodig.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als je gebruikmaakt 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. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald, voor je eigen 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 onze kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoet, worden niet vergoed. Raadpleeg daarom altijd het Reglement Hulpmiddelenzorg.

3.10 IVF (In-vitrofertilisatie)

Inhoud zorg

Als je op het moment van aanvang van de zorg jonger bent dan 43 jaar, heb je recht op vergoeding van de kosten van:

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

Je hebt 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. Na een doorgaande zwangerschap heb je opnieuw recht op drie IVF-pogingen zolang je bij aanvang van een poging jonger bent dan 43 jaar. Van een doorgaande zwangerschap is sprake:

- a. bij een spontaan ontstane zwangerschap van ten minste twaalf weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie;
- b. vanaf tien weken na de geslaagde follikelpunctie;
- c. vanaf negen weken en drie dagen zwangerschap na de implantatie van gecryopreserveerde embryo's.

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.

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.

Uitsluitingen

- a. Als je jonger bent dan 38 jaar, heb je bij de eerste en tweede IVF-poging geen recht op terugplaatsing van meer dan één embryo.
- b. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel vallen niet onder IVF.
- c. Na de eerste, tweede en derde IVF-poging heb je 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.

Wie mag deze zorg verlenen

Een IVF-centrum met de daartoe wettelijk vereiste vergunningen.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.11 Medisch specialistische zorg algemeen

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.

Let op: Een second opinion valt hier ook onder. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. Je 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 of sportarts werkzaam in een ziekenhuis, of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum.

Een medisch specialist is een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een sportarts is een arts die met het specialisme Sportgeneeskunde is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de mannelijke verzekerde die niet medisch noodzakelijk zijn. Bijvoorbeeld behandelingen uit culturele of religieuze overwegingen;
- e. 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;
- f. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, sportarts, jeugdarts, tandarts, verloskundige, kaakchirurg, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, triage-audicien (alleen voor KNO-arts) of optometrist. Voor een second opinion door een medisch specialist heb je een verwijzing nodig van de huisarts of de behandelend specialist. Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

Toestemming vooraf

Als je na een second opinion nogmaals de mening van een andere specialist wilt, mag dit pas nadat wij je hiervoor toestemming hebben verleend. Samen met je aanvraag moet je een gemotiveerde verklaring van je huisarts of behandelend specialist overleggen waaruit de noodzaak voor deze herhaalde second opinion blijkt.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.12 Mondzorg (tandheelkunde)

3.12.1 Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van mondzorg door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist of 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. Je hebt een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat je zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening. Je hebt daarnaast ook recht op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van implantaten als je een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak hebt. Bovendien moet het implantaat zijn bedoeld om hierop een uitneembare prothese te bevestigen.
- b. Je hebt een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en je kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening.
- c. Je moet een niet-tandheelkundige medische behandeling ondergaan die zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en je kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening.

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

Wie mag deze zorg verlenen

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

Let op: Voor het aanbrengen van een implantaat 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.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een mondhygiënist moet zijn opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Een tandprotheticus moet voldoen aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Een kaakchirurg moet zijn ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een orthodontist moet zijn ingeschreven in het register voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een universitair of daarmee door De Friesland 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 dit artikel 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 je achttien jaar of ouder bent, kun je voor de zorg genoemd onder dit artikel een eigen bijdrage verschuldigd zijn tot ten hoogste het bedrag dat bij jou in rekening zou worden gebracht als er geen sprake was van bijzondere tandheelkunde. Je 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. In artikel 3.12.2 kun je vinden om welke eigen bijdrage(n) dit gaat.

Als de zorg genoemd onder dit artikel bestaat uit een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, draagt de eigen bijdrage 8% van de kosten voor de bovenkaak en 10% van de kosten voor de onderkaak.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als je gebruikmaakt 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.

3.12.2 Reguliere tandheelkunde (achttien jaar en ouder)

Inhoud zorg

Als je achttien jaar of ouder bent, heb je naast de in artikel 3.12.1 genoemde bijzondere tandheelkunde recht op vergoeding van de kosten van:

- a. chirurgische tandheelkundige 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 tandheelkundig implantaat;
- b. een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur;
- c. reparatie en rebasing van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingprothese;
- d. tot de leeftijd van 23 jaar: tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, als:
 - het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, of;
 - omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 - de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat je de leeftijd van achttien jaar hebt bereikt.

Wie mag deze zorg verlenen

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder a. door een kaakchirurg.

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

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

Een kaakchirurg moet zijn ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een tandprotheticus moet voldoen aan de eisen van het 'Besluit opleidings-eisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming is vereist in de volgende situaties:

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

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

Eigen bijdrage

Voor een uitneembare volledige prothetische voorziening zoals genoemd in onderdeel b. onder Inhoud zorg bent je een eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten van die voorziening. In afwijking hiervan bedraagt de eigen bijdrage 8% van de kosten per voorziening voor de bovenkaak en 10% van de kosten per voorziening voor de onderkaak, als de zorg bestaat uit een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Voor reparatie en overzetting (rebasings) zoals genoemd in onderdeel c. onder Inhoud zorg ben je een eigen bijdrage verschuldigd van 10% van de kosten.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als je gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaan-

bieder 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 markt-omstandigheden redelijk zijn.

3.12.3 Reguliere tandheelkunde (jonger dan achttien jaar)

Inhoud zorg

Als je jonger dan achttien jaar bent, heb je naast de onder artikel 3.13.1 genoemde bijzondere tandheelkunde recht op vergoeding van de kosten van:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij je 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 je tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- e. sealing;
- f. parodontale hulp;
- g. anesthesie (verdoving);
- 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. chirurgische tandheelkundige hulp; met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Wie mag deze zorg verlenen

Een tandarts. De zorg genoemd onder a. t/m g., i. en m. 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 m. is een opdracht van de tandarts aan de mondhygiënist nodig.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een mondhygiënist moet zijn opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Vergoeding

Er 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 markt-omstandigheden redelijk zijn.

3.13 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van 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.

3.14 Paramedische zorg

Inhoud zorg algemeen

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, oefentherapie en logopedie zoals diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten respectievelijk logopedisten plegen te bieden.

3.14.1 Diëtetiek

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg met een medisch doel, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

Wie mag deze zorg verlenen

Een diëtist die als 'kwaliteitsgeregistreerd' is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts of tandarts.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.14.2 Ergotherapie

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van advisering, instructie, training

en/of behandeling gedurende maximaal tien behandelingen per kalenderjaar in de behandelruimte van een ergotherapeut of bij je thuis, met als doel je zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ergotherapeut die als 'kwaliteitsgeregistreerd' is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.14.3 Fysiotherapie en oefentherapie

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van 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 kun je raadplegen op onze website.

Als je jonger dan achttien jaar bent, heb je recht op vergoeding van de kosten van fysiotherapie/oefentherapie vanaf de eerste behandeling. Komt je aandoening niet voor op de genoemde bijlage, dan heb je recht op maximaal negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar. Je hebt recht op maximaal negen extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar, als de eerste negen behandelingen niet toereikend zijn.

Als je achttien jaar of ouder bent, heb je pas recht op fysiotherapie/oefentherapie vanaf de 21e behandeling. In afwijking hiervan heb je vanaf de eerste behandeling recht op:

- bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat ten hoogste negen behandelingen;
- gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen). Deze zorg omvat ten hoogste 37 behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden.

<p>Let op: Zowel screening, intake als onderzoek tellen voor de vergoeding als een volledige behandeling, als deze niet op dezelfde dag plaatsvinden. Als deze wel op dezelfde dag plaatsvinden gelden screening, intake en/of onderzoek samen als één behandeling.</p>
--

Wie mag deze zorg verlenen

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van fysiotherapie door een fysiotherapeut en oefentherapie door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie/lymfedrainage en littekentherapie mogen ook worden verricht door een huidtherapeut.

Een fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.

Let op: Behandelingen door een fysiotherapeut die niet voldoet aan deze omschrijving worden niet vergoed. Of je fysiotherapeut in een van beide registers is ingeschreven kun je controleren via defysiotherapeut.com en keurmerkfysotherapie.nl.

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck moet als 'kwaliteits-geregistreerd' zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Een huidtherapeut moet als 'kwaliteitsgeregistreerd' zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Verwijzing

Je hebt heeft een verwijzing nodig:

- van de huisarts of medisch specialist voor gesuperviseerde oefentherapie bij perifeer arterieel vaatlijden (etalagebenen);
- van de huisarts, bedrijfsarts, sportarts of behandelend medisch specialist voor een behandeling aan huis of in een instelling waar je verblijft.

De bedrijfsarts mag uitsluitend verwijzen als er sprake is van aandoeningen die te maken hebben met jouw werk.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.14.4 Logopedie

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van 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 als 'kwaliteitsgeregistreerd' is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, tandarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch specialist. Voor een behandeling aan huis of in een instelling waar je verblijft heb je een aparte verwijzing nodig.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.15 Plastische chirurgie

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van een behandeling van plastisch chirurgische aard als deze is bedoeld ter correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. 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;
- c. verlamde of verslachte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Er is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking wanneer:
 - de overhang minimaal 50% van de pupil bedekt terwijl je ontspannen recht vooruit kijkt en;
 - het aannemelijk is dat de correctie van het bovenooglid de gezichtsveldvermindering oplost en;
 - de gezichtsveldbeperking tot belemmeringen in het dagelijkse functioneren leidt.
- d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak-, en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- f. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit. Onder agenesie/aplasie verstaan wij het ontbreken van borstvorming aan één of beide zijden, dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. Bij man-vrouw transgenders verstaan wij onder agenesie/aplasie het ontbreken van borstvorming (aan één of beide zijden) na hormoontherapie.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op vergoeding van de volgende zorg:

- a. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, tenzij sprake is van:
 - een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of;
 - agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit. Onder agenesie/aplasie verstaan wij het ontbreken van borstvorming aan één of beide zijden, dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. Bij man-vrouw transgenders verstaan wij onder agenesie/aplasie het ontbreken van borstvorming (aan één of beide zijden) na hormoontherapie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig 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. Ook dien je ons voor zover van toepassing de foto's toe te sturen die de medisch fotograaf voor dit doel heeft gemaakt. Je hoeft geen foto's toe te sturen als je een bovenooglidcorrectie aanvraagt.

Let op: Voor het in bezit krijgen van de foto's van de medische fotograaf brengt het ziekenhuis je mogelijk kosten in rekening. Deze kosten vergoeden wij niet.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.16 Revalidatie

3.16.1 Medisch specialistische revalidatie

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg moet voor jou 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 je beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Waar wordt deze zorg verleend

Revalidatie kan plaatsvinden:

- a. in een klinische situatie (opname). Je hebt alleen recht op revalidatie in combinatie met meerdaags verblijf, als daarmee op korte termijn betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- b. 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 je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.16.2 Geriatrische revalidatie

Inhoud zorg

Je hebt gedurende maximaal zes maanden recht op vergoeding van de kosten van integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde plegen te bieden. Hierbij moet de zorg voldoen aan de volgende voorwaarden.

- a. de zorg houdt verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (meer dan één aandoening) en afgenomen leer- en trainbaarheid;

- b. de zorg moet zijn gericht op het dusdanig verminderen van je functionele beperkingen, dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is;
- c. de zorg sluit binnen een week aan op verblijf zoals bedoeld in artikel 3.19 en je was voorafgaand aan dit verblijf niet opgenomen in een instelling voor verblijf op grond van de Wlz (verpleeghuis);
- d. In afwijking van het voorgaande onder c. hoeft geen sprake te zijn van voorafgaand ziekenhuisverblijf als je als gevolg van een acute aandoening acute mobiliteitsstoornissen hebt of als er sprake is van afname van zelfredzaamheid. Je moet dan wel voorafgaande medisch specialistische zorg voor deze acute aandoening hebben ontvangen. Door een geriater op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek kan worden vastgesteld dat je aan de voorwaarden genoemd onder a. en b. voldoet.

Bij aanvang van de zorg is er sprake van een opname zoals bedoeld in artikel 3.19. 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 Wlz-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) die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de medisch specialist.

Toestemming vooraf

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

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.17 Transplantaties van weefsels en organen

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van 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 vergoeding van de kosten van:

- a. specialistische geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistische geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, het bewaren, het verwijderen en het vervoer van het post-mortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. zorg aan de donor gedurende ten hoogste dertien 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;
- e. 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;
- f. het vervoer van en naar Nederland, van een in het buitenland woonachtige nier-, lever- of beenmergdonor bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gedeerde inkomsten.

Let op: De zorg genoemd onder e. en f. komt ten laste van de zorgverzekering van de donor, als deze een zorgverzekering heeft afgesloten.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ziekenhuis met een daarvoor vereiste vergunning.

Toestemming vooraf

Als je gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is voorafgaande schriftelijke toestemming nodig.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.18 Trombosezorg

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van:

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

Wie mag deze zorg verlenen

Een trombosedienst. Dit is een instelling die, voor zover vereist, op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daarbij hoort als zodanig is toegelaten.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, verloskundige, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.19 Verblijf

Inhoud zorg

Verblijf is een opname met een duur van minimaal 24 uur. Voorwaarde hiervoor is dat het verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit

zorgverzekering. Hiervan is sprake als de benodigde zorg niet thuis kan worden geleverd. Het verblijf vindt al dan niet in combinatie met verpleging, verzorging of paramedische zorg plaats. Je hebt recht op verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 1095 dagen (drie jaar). Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1095 dagen. In afwijking hiervan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 1095 dagen. We maken onderscheid tussen verblijf in verband met zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden (bijv. verblijf in een ziekenhuis) en eerstelijns verblijf in verband met zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Eerstelijns verblijf is medisch noodzakelijk als er sprake is van een instabiele (zorg)situatie of een situatie die zonder adequaat toezicht en zorg instabiel kan worden. Je kunt ook gebruikmaken van eerstelijns verblijf als je palliatief terminale zorg nodig hebt. Dit is zorg in de laatste levensfase, als de behandelend arts heeft vastgesteld dat de levensverwachting minder dan drie maanden is.

Let op: Je hebt alleen recht op vergoeding van de behandeling in het Nederlands Astma Centrum in Davos bij ernstig (refractair) astma. Voor volwassenen geldt daarnaast de voorwaarde dat klinische (longvalidatie)-behandeling op zeeniveau niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd.

Wie mag deze zorg verlenen

Je hebt recht op vergoeding van verblijf in verband met zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden in een ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of het Nederlands Astmacentrum in Davos. Eerstelijns verblijf mag worden verleend door een WTZi-toegelaten instelling, voor zover de hoofdbehandelaar de huisarts, een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapt is. Verder dient minimaal een verpleegkundige van niveau 4 of 5 aanwezig te zijn.

Een ziekenhuis is een instelling voor medisch specialistische zorg, die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daarbij hoort als zodanig is toegelaten.

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

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts of behandelend medisch specialist. Voor verblijf in het Nederlands Astmacentrum in Davos heb je een verwijzing nodig van de behandelende longarts. Je hoeft geen verwijzing voor eerstelijns verblijf. Je mag hiervan gebruikmaken als je huisarts heeft vastgesteld dat je op deze zorg bent aangewezen.

Toestemming vooraf

Bij plastische chirurgie en mond- en kaakchirurgie heb je alleen recht op ver-

goeding van de kosten van 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 heb je voorafgaande toestemming nodig.

Overgangsregeling

Als je op 31 december 2016 al in een instelling verbleef op grond van de subsidieregeling Eerstelijns verblijf 2016 en dit verblijf doorloopt in 2017, heb je vanaf 1 januari 2017 recht op voortzetting van de zorg bij dezelfde instelling.

Als het indicatiebesluit van het CIZ is afgegeven na 1 oktober 2016 met een geldigheidsduur tot 31 december 2016, is deze overgangsregeling beperkt tot een periode van:

a. drie maanden na de datum van inwerkingtreding van het indicatiebesluit, voor zover je een indicatie hebt voor eerstelijnsverblijf basis of eerstelijnsverblijf intensief;

b. drie jaar na de datum van inwerkingtreding van het indicatiebesluit, voor zover je een indicatie hebt voor eerstelijnsverblijf palliatief terminaal.

Deze overgangsregeling vervalt zodra de zorg niet langer medisch noodzakelijk is of je op een andere wijze niet langer op deze zorg bent aangewezen.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederland wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.20 Verloskundige zorg en kraamzorg

3.20.1 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. Je hebt recht op vergoeding van de kosten van de volgende zorg:

a. counseling: een gestructureerd informatief gesprek tussen jou en de zorgaanbieder, waarin wordt uitgelegd wat de zorg genoemd onder b. t/m e. inhoudt, met aandacht voor de voor- en nadelen;

b. combinatietest: de eerste trimester combinatietest, zijnde een test tussen de elfde en veertiende week van de zwangerschap die bestaat uit een echo (de nekplooiemeting) en een bloedonderzoek (serumtest).

c. niet-invasieve prenatale test (NIPT);

d. invasieve diagnostiek (vlokkentest, vruchtwaterpunctie);

e. Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO): onderzoek rond de twintigste week van de zwangerschap, ook wel twintigweken echo genoemd.

Let op: Je hebt alleen aanspraak op vergoeding van de zorg genoemd onder b. t/m d. als je hiervoor een medische indicatie hebt. Hiervan is sprake als je vanwege je medische geschiedenis een verhoogd risico hebt op een kindje met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau.

Voor de zorg genoemd onder c. geldt dat onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatie-test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking.

Voor de zorg genoemd onder d. geldt dat onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatie-test of niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking.

Wie mag deze zorg verlenen

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. Wanneer de zorgaanbieder een combinatie-test en/of een SEO uitvoert, staat deze daarnaast ook geregistreerd in een door de KNOV/LHV opgesteld register van beoefenaren met een erkend diploma/certificaat van opleiding voor de betreffende screening.

Verwijzing

Als er sprake is van een medische indicatie, heb je een verwijzing nodig van de huisarts, verloskundige of gynaecoloog.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.20.2 Bevalling en kraamzorg

Inhoud zorg

Moeder en kind hebben recht op vergoeding van de kosten van verloskundige zorg zoals verloskundigen plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden plegen te bieden. Onder verloskundige zorg wordt ook begrepen daarmee samenhangend door of namens de verloskundige aangevraagd diagnostisch onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek. 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 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

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van verloskundige zorg verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist.

Je hebt recht op vergoeding van de kosten 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.

Een kraamhotel is een instelling waar je 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.

Een kraamcentrum is een instelling voor kraamzorg die, voor zover vereist, op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten.

Een verloskundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een kraamverzorgende is 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 € 17,- per opnamedag. Als het tarief van het ziekenhuis meer bedraagt

dan € 121,- per persoon (moeder en kind) per opnamedag, ben je daarnaast het meerdere ook verschuldigd als eigen bijdrage. Wij betalen dus maximaal $2 \times € 104,-$ ($€ 221 - € 17$) = € 208,- 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 € 4,30 per uur. De kosten voor het verblijf in een kraamhotel komen voor je eigen rekening.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als je gebruikmaakt 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.

3.21 Verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging)

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden, zonder dat sprake is van een opname zoals bedoeld in artikel 3.19. Deze zorg moet noodzakelijk zijn in verband met de behoefte aan of een hoog risico op behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in deze polis, met uitzondering van kraamzorg. Tot deze zorg behoort niet alleen de zorgverlening, maar ook het coördineren, signaleren, coachen (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

Intensieve kindzorg

Als je jonger dan 18 jaar bent heb je recht op vergoeding van de kosten van verzorging als je die nodig hebt vanwege complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, waarbij:

- a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
- b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen. Deze zorg wordt ook wel intensieve kindzorg genoemd.

Persoonsgebonden budget

Je kunt desgevraagd ook kiezen voor een passende vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb) voor verpleging en verzorging zoals bedoeld in dit artikel. Met een pgb koop je zelf de benodigde zorg in en vergoeden wij achteraf de kosten van de zorg. Hieraan zijn echter wel bepaalde voorwaarden verbonden. Deze vind je in het Reglement PGB Verpleging en

Verzorging. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en kun je raadplegen op onze website.

Wie mag deze zorg verlenen

Een verpleegkundige of een verzorgende werkzaam voor een instelling die op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI) is toegelaten voor het leveren van persoonlijke verzorging en verpleging. Een verzorgende mag uitsluitend persoonlijke en oproepbare verzorging verlenen. Als je gebruikmaakt van een pgb mag je ook gebruikmaken van andere zorgverleners. Een indicatie dient, ook als je gebruikmaakt van een pgb, te worden gesteld door een verpleegkundige niveau 5 of een verpleegkundig specialist op basis van het hiervoor opgestelde normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Voor de indicerende verpleegkundige of verpleegkundig specialist geldt ook dat deze werkzaam moet zijn voor een instelling die op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI) is toegelaten voor het leveren van persoonlijke verzorging en verpleging.

Een verpleegkundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een verzorgende is een Verzorgende-IG/niveau 3 verzorgende die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Een verpleegkundige niveau 5 is een verpleegkundige die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en in het bezit is van een HBO-diploma Verpleegkunde.

Een verpleegkundig specialist moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Uitsluiting

Je hebt geen recht op vergoeding van verzorging als je jonger dan 18 jaar bent, met uitzondering van de zorg genoemd onder Intensieve kindzorg in dit artikel.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

Herbeoordeling indicatie

Als je het niet eens bent met de door de verpleegkundige vastgestelde aard, inhoud of omvang van de verpleging en verzorging en jullie niet samen tot een oplossing kunnen komen, kan je een herbeoordeling door een andere verpleegkundige aanvragen. Met deze herbeoordeling behoor je terug te gaan naar de verpleegkundige die de eerdere indicatie heeft gesteld. Komen jullie er daarna nog niet samen uit, dan kan je een klacht indienen bij de instelling

waarvoor de verpleegkundige die de oorspronkelijke indicatie heeft gesteld werkzaam is.

3.22 Ziekenvervoer

3.22.1 Ambulancevervoer

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van 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 je gaat verblijven en waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz vallen;
- c. naar een zorgaanbieder, als je jonger dan achttien jaar bent en geestelijke gezondheidszorg ten laste van je gemeente zal ontvangen op grond van de Jeugdwet;
- d. 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 Wlz vallen;
 - een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz valt;
- e. naar je woning of een andere woning, als je in je eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als je komt van een van de zorgaanbieders bedoeld in de onderdelen a. t/m d.

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

Wie mag deze zorg verlenen

Een ambulancevervoerder die een vergunning heeft ingevolge de Wet Ambulancevervoer.

Bijzonderheden

- a. Als wij je schriftelijk toestemming verlenen naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.
- b. 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.
- c. Je hebt ook recht op vervoer van een begeleider, als begeleiding nodig 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 je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

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

Inhoud zorg

Naast het vervoer per ambulance zoals hiervoor genoemd, heb je recht op vergoeding van de kosten van ziekenvervoer per taxi, 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 bedoeld in artikel 3.22.1, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:

- a. je nierdialyses moet ondergaan;
- b. je oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- c. je je uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
- d. je gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat je je niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
- e. je jonger bent dan achttien jaar en bent aangewezen op verzorging zoals bedoeld in artikel 3.21 onder Intensieve kindzorg.

Als je niet aan een van deze voorwaarden voldoet, kun je toch recht hebben op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer. Er moet dan sprake zijn van behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, vallend onder de dekking van deze zorgverzekering, in verband waarmee je langdurig bent aangewezen op vervoer. Bovendien moet het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor jou 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 van het Kiwa-taxikeurmerk TX-Keur.

Bijzonderheden

- a. Als wij je schriftelijk toestemming verlenen naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.
- b. 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.

c. Je hebt ook recht op vervoer van een begeleider, als begeleiding nodig 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

Je bent voor ziekenvervoer per particuliere auto, taxi en openbaar vervoer een bijdrage verschuldigd van € 100,- per kalenderjaar.

Toestemming vooraf

Deze zorg dien je vooraf schriftelijk aan te vragen. Wij bepalen bij het verlenen van toestemming voor welke vorm van vervoer wij je toestemming verlenen.

Vergoeding

Voor vergoeding van ziekenvervoer per taxi geldt: als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

Voor vervoer per particuliere auto bedraagt de vergoeding € 0,28 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.

3.23 Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van multidisciplinaire zorg gericht op behandeling in verband met:

- a. een visuele beperking of;
- b. een auditieve beperking of;
- c. tot de leeftijd van 23 jaar: een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of;
- d. een combinatie van deze beperkingen.

Diagnostisch onderzoek is onderdeel van deze zorg. Daarnaast omvat de zorg het psychisch leren omgaan met de handicap en het opheffen of het compenseren van de beperking. De zorg is gericht op behandeling, met als doel dat je zo zelfstandig mogelijk kunt functioneren.

Er is sprake van een visuele beperking bij:

- a. een gezichtsscherpte < 0,3 aan het beste oog of;
- b. een gezichtsveld < 30 graden of;
- c. een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Er is sprake van een auditieve beperking als:

- a. het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen, of;
- b. het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

Er is sprake van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis als de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Daarnaast is een voorwaarde dat de taalontwikkelingsstoornis primair is, dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologisch) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis. Of er sprake is van een communicatieve beperking zoals hiervoor is aangegeven wordt vastgesteld via de multidisciplinaire diagnostiek volgens de FENAC-richtlijnen voor diagnostiek.

Wie mag deze zorg verlenen

Een instelling die op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor het leveren van zorg aan zintuiglijk gehandicapten.

Uitsluiting

Je hebt geen recht op vergoeding van:

- a. onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
- b. complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven.

Verwijzing

Als je een visuele beperking hebt, heb je een verwijzing nodig van de behandelende medisch specialist.

Als je een auditieve en/of communicatieve beperking hebt, heb je een verwijzing nodig van een arts of een klinisch fysicus audioloog van een audiologisch centrum.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt 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.

3.24 Zorg bij Stoppen-met-rokenprogramma

Inhoud zorg

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van 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 Zorg-module Stoppen met Roken, vastgesteld door het Partnership Stop met Roken. Er moet ten minste sprake zijn van een centrale zorgverlener en een individueel behandelplan. E-health kan deel uitmaken van een stoppen-met-rokenprogramma.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een huisarts, een gespecialiseerde verpleegkundige en/of praktijkondersteuner/verpleegkundig specialist/physician assistent die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.
- b. 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 (kwaliteitsregisterstopmetroken.nl).

Een huisarts moet zijn ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een verpleegkundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een verpleegkundig specialist moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een physician assistant is een zorgprofessional die de HBO-masteropleiding 'physician assistant' met goed gevolg heeft afgerond en die de arts ondersteunt in zijn werk bij onder andere het uitoefenen 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.

Vergoeding

Als je gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als je gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederland wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

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.

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 of DBC Zorgproduct is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt, gedurende een vastgestelde periode. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die in rekening mag worden gebracht. Een DBC bestaat dus uit alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die voortkomen uit een zorgvraag van een patiënt.

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, Kroatië, 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 de lidstaten van de EU plus Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Onze website

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.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wijons

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 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.

Meer weten?

Ga naar www.kierner.nl