

OZF.
Uw zorgverzekeraar.



Polisvoorwaarden Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen 2016

Basisverzekering, Aanvullende verzekeringen,
Tandheelkundige verzekeringen & OZF Wereld Zorgpolis

2



Dit zijn de voorwaarden van uw basisverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen

De basisverzekering heet bij ons de OZF Zorgpolis. Dit is een naturapolis. Dit betekent dat u veelal recht heeft op zorg in natura. Maar u heeft ook recht op vergoeding van de kosten van zorg (restitutievergoeding). Deze basisverzekering kunt u aanvullen met 1 of meerdere aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen: AV Compact, AV Royaal, Tand Compact en Tand Royaal.

De overheid bepaalt de inhoud van de basisverzekering

De overheid stelt de voorwaarden van de basisverzekering vast. Deze worden vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en de daarbij behorende regelgeving. Elke zorgverzekeraar moet zich hieraan houden.

Hoe vindt u de vergoeding die u zoekt?

Wij kunnen uw zorg vergoeden uit de basisverzekering en/of uit uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en). Kijkt u eerst of wij de zorg vergoeden vanuit de basisverzekering: u vindt de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis op bladzijde 20 tot en met 39. De inhoudsopgave staat op bladzijde 19. Is er vanuit de basisverzekering geen (of slechts gedeeltelijke) vergoeding mogelijk? Kijkt u dan of wij de zorg vergoeden vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en): u vindt de Vergoedingen aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op bladzijde 46 tot en met 64. De inhoudsopgave staat op bladzijde 44 en 45.

Let op! Het kan dus ook zo zijn dat wij de zorg uit zowel de basisverzekering als uit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering vergoeden. U moet dan op meerdere plaatsen in deze voorwaarden zoeken om onze totale vergoeding te bepalen.

Toestemming nodig?

Bij een aantal vergoedingen staat dat wij u vooraf toestemming moeten geven. U kunt deze toestemming per post of e-mail bij ons aanvragen. Op onze website www.ozf.nl vindt u meer informatie over het aanvragen van toestemming. Hier vindt u ook de aanvraagformulieren.

Voordelen van gecontracteerde zorg

Wij hebben met een groot aantal zorgverleners en zorginstellingen contracten afgesloten. De gecontracteerde zorgverlener stuurt de nota direct naar ons. U merkt hier dus niets van. De nota wordt volledig vergoed als u daar volgens de polisvoorwaarden recht op heeft. Uitzondering hierop is het (verplicht en/of vrijwillig) eigen risico en de (wettelijke) eigen bijdragen. Dat deel vorderen we bij u terug.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wilt u zorg van een zorgverlener of zorginstelling met wie of waarmee wij geen contract hebben afgesloten? En voldoet deze zorg aan de polisvoorwaarden? Dan heeft u recht op een vergoeding van 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. Als dat het geval is staat dit bij de vergoeding vermeld. **Let op!** Soms vergoeden wij alleen door ons gecontracteerde zorg. Als dat het geval is staat dit bij de vergoeding vermeld.

Wilt u weten met welke zorgverleners en zorginstellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op. Een lijstje met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Verplicht eigen risico

De basisverzekering heeft voor iedereen van 18 jaar of ouder een verplicht eigen risico. De overheid stelt de hoogte van het verplicht eigen risico vast. Voor 2016 is dat € 385,-.

U betaalt geen eigen risico voor:

- Zorg die wij vergoeden vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en).
- Kosten van zorg of overige diensten die in 2016 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2017 ontvangen.
- Zorg van een huisarts (uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek, dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht).
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent.
- Zorg voor kinderen tot 18 jaar.
- De directe kosten voor kraamzorg en verloskundige zorg (uitzondering hierop zijn geneesmiddelen, bloeddrukonderzoeken, vlokken-testen of ziekenvervoer).
- Ketenzorg.
- Nacontroles van de donor.
- De kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering.
- De kosten van verpleging en verzorging door verpleegkundigen in de eigen omgeving.

In artikel 6 van de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis leest u meer over het verplicht eigen risico.

Vrijwillig eigen risico

Naast het verplicht eigen risico kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Dit betekent dat u uw eigen risico kunt verhogen met € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,-. Uw premie voor de basisverzekering wordt hierdoor lager. Waarvoor betaalt u geen vrijwillig eigen risico? Dat geldt voor de zorg die puntsgewijs hierboven ook vermeld staat bij verplicht eigen risico. In artikel 7 van de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis leest u meer over het vrijwillig eigen risico.

Wat vindt u waar?

Deze polisvoorwaarden zijn als volgt ingedeeld:

	<i>Bladzijde</i>
Inhoudsopgave Algemene voorwaarden OZF Zorgpolis	4
Algemene voorwaarden OZF Zorgpolis	5
Begripsomschrijvingen	15
Inhoudsopgave Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis	19
Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis	20
Inhoudsopgave Algemene voorwaarden aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen	40
Algemene voorwaarden aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen	41
Begripsomschrijvingen aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen	43
Inhoudsopgave Vergoedingen aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal	44
Inhoudsopgave Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen Tand Compact en Tand Royaal	45
Inhoudsopgave Aanvullende voorwaarden OZF Wereld Zorgpolis	45
Vergoedingen aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal	46
Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen Tand Compact en Tand Royaal	63
Aanvullende voorwaarden OZF Wereld Zorgpolis	64
Service bij een zorgverzekering van OZF	65

4

Inhoudsopgave Algemene voorwaarden OZF Zorgpolis

Artikel	Bladzijde
1 Waarp is de basisverzekering gebaseerd?	5
2 Wat verzekert de basisverzekering (aanspraken en vergoedingen) en voor wie is deze bedoeld?	5
3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?	5
4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener of zorginstelling kunt u gaan?	6
5 Wat zijn uw verplichtingen?	7
6 Wat is uw verplicht eigen risico?	8
7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?	9
8 Wat betaalt u?	10
9 Wat gebeurt er als u de premie niet op tijd betaalt?	10
10 Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?	10
11 Wat als uw premie en/of voorwaarden veranderen?	11
12 Wanneer gaat uw basisverzekering in?	12
13 Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?	12
14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?	12
15 Is er sprake van een medische noodsituatie buiten het woonland?	13
16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling	13
17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?	13
18 Heeft u een klacht?	13
19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?	14
20 Wat zijn de gevolgen van fraude?	14

Algemene voorwaarden

OZF Zorgpolis

Artikel 1 Waarop is de basisverzekering gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- De Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen.
- Het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen.
- De Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen.
- Het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw aanspraak op zorg en/of recht op vergoeding van kosten van zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bevoegd om 4 maal per jaar zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" toe te wijzen. Daarom kunnen wij u in deze voorwaarden geen actueel overzicht van deze zorg geven. Voor het meest actuele overzicht verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/Hoofdstuk2/1/11/Artikel22/>

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

Artikel 2 Wat verzekert de basisverzekering (aanspraken en vergoedingen) en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg

De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- Verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn.
- Verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

Onder Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering. Hier leest u bij elke vorm van zorg of u recht heeft op de zorg zelf, of op (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich voor de basisverzekering aan bij ons, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan sturen wij u een polisblad. De verzekeringsovereenkomst is hierop vastgelegd. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Uw zorgpas, of eventueel het polisblad, toont u aan de zorgverlener als u zorg nodig heeft. Daarna bestaat aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg volgens deze wet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Welke aanspraak op zorg en/of welk recht op vergoeding van kosten van zorg u heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

2.5 Couulance

In bijzondere gevallen en voor zover dit niet in strijd is met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling Zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, kunnen wij aan u een tegemoetkoming geven waar de polis geen (volledige) vergoeding kent. Aan een couulancebetaling kunnen geen rechten worden ontleend.

Artikel 3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van 1 van de volgende situaties in Nederland:

- Een gewapend conflict.
- Een burgeroorlog.
- Een opstand.
- Binnenlandse onlusten.
- Oproer en munitie.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van:

- Keuringen.
- Grieprikken.
- Behandeling tegen snurken (uvuloplastiek).
- Behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose.
- Behandelingen met sterilisatie als doel.
- Behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken.
- Behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie).
- Het afgeven van doktersverklaringen.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan expliciet staan dat wij deze wel vergoeden.

3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt

U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg als u:

- Zorgafspraken niet nakomt.
- Hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt.

Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

3.4 Laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

U heeft aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige of medisch specialist.

U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een zorgverlener die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.

3.5 Kosten van behandeling die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet uzelf behandelen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de 1^e of 2^e graad u behandelt? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Dat doen wij alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de behandeling uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

3.6 Aanspraken of vergoedingen die voortvloeien uit terrorisme

3.6.1 Is de behoefte aan zorg het gevolg van 1 of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat u recht heeft op vergoeding van een deel van de kosten van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van 1 of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op zorg of de vergoeding van de kosten tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

3.6.2 De exacte definities en bepalingen bij de hiervoor genoemde aanspraak staan in het clauseleblad terrorismedekking van de NHT. Deze clausele en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorisneverzekerd.nl. Het clauseleblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

3.6.3 Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

3.7 Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of andere wettelijke voorschriften

U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. Verschillen u en wij hierover van mening? Dan hebben wij het recht om met alle betrokken partijen (CIZ, gemeente, mantelzorger, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening aanspraak op en/of recht op vergoeding van kosten van zorg bestaat. Als uit het overleg volgt dat het recht op zorg aangewezen is op grond van een andere wet of voorziening dan de zorgverzekeringswet, dan is er geen aanspraak op deze zorg ten laste van uw basisverzekering.

Artikel 4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener of zorginstelling kunt u gaan?

4.1 Met deze basisverzekering heeft u aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg

Wij vergoeden het deel van deze kosten dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener of zorginstelling die u kiest. U kunt kiezen uit:

- Zorgverleners of zorginstellingen die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen).
- Zorgverleners of zorginstellingen met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener of zorginstelling in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener of zorginstelling declareert de kosten rechtstreeks bij ons. Wilt u weten met welke zorgverleners en zorginstellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Omzetplafonds

- Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners. Dit houdt in dat zorgverleners in een bepaald kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
- Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u samen met de zorgverlener verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U moet met een dergelijk verzoek van ons instemmen.
- Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgzoeker te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat de gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2016 niet dezelfde hoeven te zijn als de gecontracteerde zorgverleners per (bijvoorbeeld) 1 december 2016. Houd u hier rekening mee.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen

Wilt u zorg van een zorgverlener of zorginstelling met wie of waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener of zorginstelling die wij wel gecontracteerd

hebben. Als dat het geval is, vindt u dat in de polisvoorwaarden onder Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis bij de gewenste zorgsoort. Wij vergoeden maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. Wanneer heeft u wel recht op vergoeding zoals bij gecontracteerde zorg? Als wij onvoldoende zorg hebben ingekocht en de gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling de zorg niet op tijd kan leveren.

Wilt u weten hoeveel u vergoed krijgt van de zorgkosten als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat? Kijk dan op www.ozf.nl/vergoedingen voor een lijst met de hoogtes van deze vergoedingen. U kunt de lijst ook bij ons opvragen.

Let op! Dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende (tandheelkundige) verzekering. In artikel 2.1 van het hoofdstuk Algemene voorwaarden aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekering geldt.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico.

U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Wij innen dit via de betaalwijze zoals met u is afgesproken.

4.5 Als u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Op basis van die informatie:

- Kunt u zelf uw keuze maken.
- Of bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

Artikel 5 Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen

Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg.

5.2 Algemene verplichtingen

Wilt u aanspraak maken op zorg en/of zorg vergoed krijgen?

Dan moet u aan de volgende verplichtingen voldoen:

- Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met 1 van de volgende geldige documenten:
 - Rijbewijs.
 - Paspoort.
 - Nederlandse identiteitskaart.
 - Vreemdelingendocument.
- Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- U geeft ons alle informatie die wij nodig hebben. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.

- U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- U bent verplicht (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig als u zich binnen 1 jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.
- U bent verplicht ons vooraf toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming, een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

- Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen wanneer deze detentie is ingegaan (ingangdatum) en hoe lang deze duurt.
- Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden na invrijheidstelling op welke datum u bent vrijgelaten.

5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener of zorginstelling? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). Dat kan op 2 manieren:

- Digitaal: www.ozf.nl/declareren.
- Per post: Zorgverzekeraar OZF, Afdeling Declaratieservice, Postbus 94, 7550 AB Hengelo.

Wij accepteren geen kopie nota's, herinneringen, pro-forma nota's, begrotingen, kostenramingen en dergelijke. Wij vergoeden uw zorgkosten alleen als wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's te bewaren tot 1 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij de originele nota's bij u opvragen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen.

5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

Let op! Om te bepalen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg, is de behandeldatum en/of de leveringsdatum bepalend die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op vergoeding. U moet dus op het startmoment bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op.

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de aanspraak recht op had. Declareert u nota's later dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg? Dan nemen wij die nota's niet in behandeling. Dit is bepaald in artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

5.6 Verplichting: geef wijzigingen in uw situatie binnen 1 maand aan ons door

Verandert er iets in uw persoonlijke situatie? Of in die van 1 van de andere verzekerden? Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 1 maand aan ons doorgeven. Het gaat hierbij om alle gebeurtenissen die van betekenis kunnen zijn voor een juiste uitvoering van de basisverzekering. Denk aan einde verzekeringsplicht, verandering van werkgever, wijziging van uw rekeningnummer (IBAN), verhuizing, echtscheiding, overlijden of langdurig verblijf in het buitenland. Als wij aan u (verzekeringnemer) een bericht sturen aan uw laatst bekende adres, dan mogen wij ervan uitgaan dat dit bericht u (verzekeringnemer) heeft bereikt.

Artikel 6 Wat is uw verplicht eigen risico?

6.1 Bent u 18 jaar of ouder en premie verschuldigd?

Dan heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog het bedrag eigen risico is. In 2016 is het verplicht eigen risico € 385,- per verzekerde per kalenderjaar.

6.2 De eerste € 385,- van uw zorgkosten betaalt u zelf

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt opgenomen in een ziekenhuis en wij ontvangen hiervan de nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt van ons vervolgens een declaratieoverzicht. Hierin informeren wij u over de zorg die ten laste van uw verplicht (en/of eventueel vrijwillig gekozen) eigen risico komt. En over de wijze waarop u het bedrag eigen risico aan ons betaalt. Dit is afhankelijk van de hierover met u afgesproken betaalwijze.

Let op! Fysiotherapie voor een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst 'Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het besluit Zorgverzekering' (artikel 4.1, op bladzijde 21 en 22 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis) wordt altijd verrekend met het eigen risico. Loopt de behandeling door in een volgend kalenderjaar? Dan begint de telling van het eigen risico opnieuw.

6.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

- De kosten van zorg of overige diensten die in 2016 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2017 ontvangen.
- De kosten van zorg die huisartsen bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld.
- De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:

- Het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
- Vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft.
- De kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar.
- De kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering.
- De kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebepaling multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg.
- De kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden (volgens artikel 30 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

6.4 Vrijgesteld van verplicht eigen risico

De directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek is vrijgesteld van verplicht eigen risico.

6.5 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het verplicht eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de aanspraak op zorg en/of de vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Of als u recht heeft op een lagere vergoeding vanwege niet-gecontracteerde zorg. Deze bedragen staan los van het verplicht eigen risico en tellen dus niet mee voor het volmaken van de € 385,- aan verplicht eigen risico.

6.6 Verplicht eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

Wordt u in de loop van het kalenderjaar 18 jaar? Dan gaat uw verplicht eigen risico in op de 1^e dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Vanaf die dag berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

6.7 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

6.8 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van hoeveel dagen in dat kalenderjaar u wel verzekerd bent.

6.9 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie (DBC)

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een DBC? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het verplicht eigen risico dat wij moeten toepassen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden.

6.10 Verplicht eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden

wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan verplicht eigen risico openstaan? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) vervolgens van ons een declaratie-overzicht. Hierin informeren wij u over de zorg die ten laste van uw verplicht (en/of eventueel vrijwillig gekozen) eigen risico komt. Wij kunnen dit verrekenen met door uzelf ingediende nota's, ook met die van uw persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Wij innen het door u te betalen bedrag via de betaalwijze zoals met u is afgesproken.

Als u (verzekeringnemer) het verplicht eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij extra kosten als administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

Artikel 7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?

7.1 Bent u 18 jaar of ouder? Dan kunt u per kalenderjaar kiezen voor een vrijwillig eigen risico

U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico. Of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u op onze website www.ozf.nl/premie. Of u vraagt deze informatie bij ons op.

7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op uw aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg. Dit doen wij nadat wij het verplicht eigen risico volledig in mindering hebben gebracht. Het gaat om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt.

Voorbeeld:

U kiest naast het verplicht eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Hierdoor is uw totale bedrag eigen risico € 885,- (€ 385,- + € 500,-).

Ontvangt uw zorgverlener van ons € 950,- voor zorg die u heeft ontvangen? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) vervolgens van ons een declaratieoverzicht. Hierin informeren wij u over de zorg die ten laste van uw verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico komt. In dit voorbeeld dus in totaal € 885,-. Wij innen dit bedrag via de betaalwijze zoals met u is afgesproken.

7.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen vrijwillig gekozen eigen risico

Wij houden geen vrijwillig gekozen eigen risico in op:

- De kosten van zorg of overige diensten die in 2016 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2017 ontvangen.
- De kosten van zorg die huisartsen bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld.
- De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:
 - Het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
 - Vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling.

Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft.

- De kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar.
- De kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering.
- De kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg.
- De kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen plegen te bieden (volgens artikel 30 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

7.4 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het vrijwillig gekozen eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de aanspraak op zorg en/of de vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Of als u recht heeft op een lagere vergoeding vanwege niet-gecontracteerde zorg. Deze bedragen staan los van het vrijwillig gekozen eigen risico en tellen dus niet mee voor het volmaken van het gekozen bedrag aan vrijwillig eigen risico.

7.5 Vrijwillig gekozen eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

Wordt u in de loop van het kalenderjaar 18 jaar? Dan gaat uw vrijwillig gekozen eigen risico in op de 1^e dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Vanaf die dag berekenen wij uw vrijwillig eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

7.6 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw vrijwillig eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

7.7 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw vrijwillig eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

7.8 Vrijwillig gekozen eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie (DBC)

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het vrijwillig gekozen eigen risico dat wij in mindering moeten brengen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden.

7.9 Vrijwillig gekozen eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag bij u worden teruggevorderd. Wij kunnen dit ook verrekenen met door uzelf ingediende nota's, ook met die van uw persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Wij innen het door u te betalen bedrag via de betaalwijze zoals met u is afgesproken.

Als u (verzekeringnemer) het vrijwillig gekozen eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij extra kosten als administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

7.10 Vrijwillig gekozen eigen risico wijzigen

Wilt u uw vrijwillig gekozen eigen risico aanpassen? Dan kan dat per 1 januari van het volgende kalenderjaar. Geef de wijziging van het vrijwillig eigen risico dan uiterlijk 31 december aan ons door. Deze wijzigingstermijn vindt u ook in artikel 12.5 van deze algemene voorwaarden.

Artikel 8 Wat betaalt u?

8.1 Wij stellen uw premie vast

8.1.1 Wij stellen vast hoe hoog de premie van uw basisverzekering is. De te betalen premie is de premiegrondslag min een eventuele korting vanwege een vrijwillig gekozen eigen risico en/of een eventuele collectiviteitskorting. Beide kortingen berekenen wij op basis van de premiegrondslag.

8.1.2 Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar of ouder. Wordt een verzekerde 18 jaar? Dan betaalt u (verzekeringnemer) premie met ingang van de maand die volgt op de kalendermaand waarin verzekerde 18 jaar wordt.

8.1.3 Op het moment dat u (verzekeringnemer) niet meer deelneemt aan een collectiviteit, heeft u geen recht meer op de korting van deze collectiviteit.

8.2 U (verzekeringnemer) betaalt de premie

U (verzekeringnemer) moet de premie vooruitbetalen. U mag de premie die u (verzekeringnemer) moet betalen, niet verrekenen met uw aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg.

Beëindigt u (verzekeringnemer) of beëindigen wij uw basisverzekering tussentijds? Dan betalen wij teveel betaalde premie aan u terug. Wij gaan hierbij uit van een maand met 30 dagen. Hebben wij uw verzekering beëindigd vanwege fraude of misleiding (zie ook artikel 20 van deze algemene voorwaarden)? Dan kunnen wij een bedrag voor administratiekosten aftrekken van de premie die wij moeten terugbetalen.

8.3 Hoe u (verzekeringnemer) de premie en andere kosten betaalt

Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso betaalt:

- Premie.
- Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico.
- Wettelijke eigen bijdragen.
- Eigen betalingen.
- Eventuele overige vorderingen.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via een automatische incasso? Dan kan het zijn dat u (verzekeringnemer) daarvoor extra kosten moet betalen.

8.4 Vooraankondiging afschrijving

De automatische incasso van de premie kondigen wij 1 keer per jaar aan op het polisblad dat u van ons ontvangt. U (verzekeringnemer) ontvangt van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen 14 dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren.

Artikel 9 Wat gebeurt er als u de premie niet op tijd betaalt?

9.1 Er zijn regels voor hoe u de premie betaalt

Als u premie moet betalen, moet u zich aan de hiervoor geldende regels houden. Dit geldt ook als iemand anders dan u (verzekeringnemer) de premie betaalt.

9.2 Wij verrekenen achterstallige premie met vergoeding van kosten van zorg

Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie aan ons betalen? En declareert u kosten van zorg bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de vergoeding met de achterstallige premie. Dat geldt ook voor de vergoeding van uw declaraties persoonsgebonden budget verpleging en verzorging.

Als u (verzekeringnemer) niet op tijd betaalt, kunnen wij extra kosten als administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen.

9.3 Als u (verzekeringnemer) zich niet aan de betalingstermijn houdt

Heeft u (verzekeringnemer) ervoor gekozen om premie te betalen per kwartaal of (half)jaar? En betaalt u de premie niet binnen de betalingsstermijn die wij hebben gesteld? Dan behouden wij ons het recht voor om u (verzekeringnemer) uw premie weer per maand te laten betalen. Het gevolg hiervan is dat u geen recht meer heeft op de betalingskorting.

9.4 U kunt de verzekering pas opzeggen als achterstallige premie is betaald

Hebben wij u aangemaand om 1 of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie te betalen? Dan kunt u (verzekeringnemer) de basisverzekering niet opzeggen totdat u de verschuldigde premie en eventuele extra kosten als administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente heeft betaald. Een uitzondering hierop is als wij de dekking van uw basisverzekering schorsen.

9.5 Uitzondering op artikel 9.4

Artikel 9.4 van deze algemene voorwaarden geldt niet, als wij binnen 2 weken aan u (verzekeringnemer) laten weten dat wij de opzegging bevestigen.

Artikel 10 Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?

10.1 Betalingsregeling als u uw premie 2 maanden niet heeft betaald

Stellen wij vast dat u 2 maanden geen maandpremie heeft betaald? Dan bieden wij u (verzekeringnemer) binnen 10 werkdagen schriftelijk een betalingsregeling aan. Die betalingsregeling houdt in:

- Dat u (verzekeringnemer) ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies bij u (verzekeringnemer) of derden te incasseren.
- Dat u (verzekeringnemer) met ons afspraken maakt om uw betalingsachterstand en schulden uit de zorgverzekering aan ons in termijnen terug te betalen.
- Dat wij de basisverzekering niet om reden van het bestaan van schulden als bedoeld onder het 2^e punt beëindigen en de dekking van de basisverzekering niet om deze reden schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u (verzekeringnemer) de machtiging genoemd onder het 1^e punt intrekt, of als u (verzekeringnemer) de gemaakte afspraken over de betalingen genoemd onder het 2^e punt niet nakomt.

In de brief staat dat u (verzekeringnemer) 4 weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. Ook leest u (verzekeringnemer) hierin wat er gebeurt, als u (verzekeringnemer) de maandpremie 6 maanden niet betaalt. Bovendien vindt u (verzekeringnemer) bij het aanbod informatie over schuldhulpverlening, hoe u (verzekeringnemer) die hulp kunt krijgen en welke schuldhulpverlening mogelijk is.

10.2 Betalingsregeling als u (verzekeringnemer) een ander verzekert

Heeft u (verzekeringnemer) iemand anders verzekerd? En heeft u (verzekeringnemer) de maandpremie voor de basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in, dat wij u (verzekeringnemer) aanbieden om deze verzekering

te beëindigen op de dag dat de betalingsregeling ingaat. Dit aanbod geldt alleen als:

- De verzekerde voor zichzelf een andere basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden.
- En de verzekerde ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies te incasseren, als deze verzekerde bij ons verzekerd wordt via de basisverzekering.

10.3 Verzeke(n) ontvangen kopieën van informatie over de betalingsregeling

Als artikel 10.2 van deze algemene voorwaarden van toepassing is, sturen wij de verzekerde(n) kopieën van de stukken zoals genoemd in artikel 10.1, 10.2 en 10.4 die wij aan u (verzekeringnemer) sturen. Dit doen wij gelijktijdig.

10.4 Wat gebeurt er als u (verzekeringnemer) uw premie 4 maanden niet heeft betaald?

Heeft u (verzekeringnemer) 4 maanden geen premie betaald (exclusief extra kosten als administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente)? Dan ontvangen u (verzekeringnemer) en uw medeverzekerden een bericht dat wij van plan zijn u (verzekeringnemer) aan te melden bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Zodra u (verzekeringnemer) 6 maanden of langer geen maandpremie heeft betaald, melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het CAK. Dan gaat het CAK een bestuursrechtelijke premie bij u (verzekeringnemer) innen.

Ook kunt u (verzekeringnemer) ons vragen of wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) willen aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt, leest u (verzekeringnemer) in artikel 10.1 van deze algemene voorwaarden. Als wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) aangaan, melden wij u (verzekeringnemer) niet aan bij het CAK zolang u (verzekeringnemer) de nieuwe maandpremies op tijd betaalt.

10.5 Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met de betalingsachterstand

Bent u (verzekeringnemer) het niet eens met de betalingsachterstand en/of de voorgenomen aanmelding bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK) zoals genoemd in artikel 10.4? Laat dit dan aan ons weten door middel van een bezwaarschrift. Wij melden u (verzekeringnemer) dan nog niet aan bij het CAK. Eerst onderzoeken wij dan of wij uw schuld goed berekend hebben. Vinden wij dat wij uw schuld goed berekend hebben? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) hierover bericht. Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met ons oordeel, dan kunt u (verzekeringnemer) dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijk rechter. U (verzekeringnemer) moet dat doen binnen 4 weken nadat u (verzekeringnemer) het bericht met ons oordeel heeft ontvangen. Wij melden u (verzekeringnemer) ook nu nog niet aan bij het CAK. Zie ook artikel 18 van deze algemene voorwaarden over klachtafhandeling.

10.6 Wat gebeurt er als u (verzekeringnemer) uw premie 6 maanden niet heeft betaald?

Stellen wij vast dat u (verzekeringnemer) 6 maanden geen premie (exclusief extra kosten als administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente) heeft betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Vanaf dat moment betaalt u geen nominale premie meer aan ons. Het CAK legt dan bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie op.

Het Zorginstituut Nederland krijgt hiervoor van ons uw persoonsgegevens en die van de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) bij ons heeft verzekerd. Wij geven alleen die persoonsgegevens door aan het CAK die het nodig heeft om bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen.

U (verzekeringnemer) en de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) heeft verzekerd, ontvangen hierover bericht van ons.

10.7 Is alle premie betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) af bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK)

Wij melden u (verzekeringnemer) af bij het CAK als u (verzekeringnemer), na tussenkomst van het CAK, de volgende bedragen heeft betaald:

- De verschuldigde premie.
- De vordering op grond van zorgkostennota's.
- De wettelijke rente.
- Eventuele incassokosten.
- Eventuele proceskosten.

Als wij u (verzekeringnemer) hebben afgemeld bij het CAK, stopt de bestuursrechtelijke premie-inning. In plaats daarvan betaalt u (verzekeringnemer) ons de nominale premie weer.

10.8 Wat wij aan u (verzekeringnemer) en het Centraal Administratie Kantoor (CAK) melden

Wij stellen u (verzekeringnemer en verzekerde) en het CAK direct op de hoogte van de datum waarop:

- De schulden die uit de basisverzekering voortvloeien, (zullen) zijn afgelost of teniet (zullen) gaan.
- De schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op u (verzekeringnemer) van toepassing wordt.
- Een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, 2^e lid, onderdeel d van de Zorgverzekeringswet. Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u (verzekeringnemer) en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan de schuldregeling moet, naast u (verzekeringnemer), tenminste uw zorgverzekeraar deelnemen.

10.9 Vraagt u na wanbetaling een verzekering bij ons aan? En schrijven wij u in?

Dan moet u (verzekeringnemer) 2 maanden premie vooruit betalen.

Let op! In deze polisvoorwaarden gaan wij ervan uit dat wetsvoorstel 34 203 (Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten in verband met de overgang van een aantal taken van het Zorginstituut Nederland naar het Centraal Administratie Kantoor) per 1 januari 2016 in werking treedt. Wij hebben daarom het Zorginstituut Nederland vervangen door het CAK. Mocht de wetswijziging niet doorgaan of later worden ingevoerd moet u daar waar CAK staat Zorginstituut Nederland lezen.

Artikel 11 Wat als uw premie en/of voorwaarden veranderen?

11.1 Wij kunnen de premiegrondslag en voorwaarden van uw basisverzekering aanpassen

Bijvoorbeeld omdat de samenstelling van het basispakket verandert. Op basis van de nieuwe premiegrondslag en de veranderde voorwaarden doen wij u (verzekeringnemer) een nieuw aanbod.

11.2 Als uw premiegrondslag verandert

Een verandering in de premiegrondslag gaat niet eerder in dan 6 weken na de dag waarop wij u (verzekeringnemer) hierover hebben geïnformeerd. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat (meestal per 1 januari). U (verzekeringnemer) heeft hiervoor in ieder geval 1 maand de tijd nadat wij u (verzekeringnemer) over de verandering hebben geïnformeerd.

11.3 Als de voorwaarden, aanspraken en/of vergoedingen veranderen Is een verandering in de voorwaarden, aanspraken en/of vergoedingen in het nadeel van u, de verzekerde? Dan mag u (verzekeringnemer) de basisverzekering opzeggen. Dit geldt niet als deze verandering ontstaat

vanwege een wettelijke bepaling. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat. U (verzekeringnemer) heeft hiervoor 1 maand de tijd nadat wij u (verzekeringnemer) over de verandering hebben geïnformeerd.

Artikel 12 Wanneer gaat uw basisverzekering in?

12.1 De ingangsdatum van de basisverzekering staat op het polisblad

De ingangsdatum is de dag waarop wij van u (verzekeringnemer) uw verzoek om de basisverzekering af te sluiten, hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend verlengen wij de basisverzekering ieder jaar stilzwijgend. Dat doen wij steeds voor de duur van 1 kalenderjaar.

12.2 Al verzekerd? Dan kan de verzekering later ingaan

Is degene voor wie wij de basisverzekering afsluiten al op grond van een basisverzekering verzekerd op de dag waarop wij uw aanvraag ontvangen? En geeft u (verzekeringnemer) aan dat u de basisverzekering later in wilt laten gaan dan de dag die is genoemd in artikel 12.1 van deze algemene voorwaarden? Dan gaat de basisverzekering in op de latere dag die u (verzekeringnemer) aangeeft.

12.3 Afsluiten binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht ontstaat

Gaat de basisverzekering in binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan? Dan houden wij als ingangsdatum de dag aan waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.

12.4 Ingang verzekering kan tot 1 maand met terugwerkende kracht per 1 januari

Gaat de basisverzekering in binnen 1 maand nadat een andere basisverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd? Dan werkt deze verzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere basisverzekering is geëindigd. Hierbij kunnen wij afwijken van wat is bepaald in artikel 925, 1^e lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. De terugwerkende kracht van de basisverzekering geldt ook als u uw vorige verzekering heeft opgezegd omdat de voorwaarden verslechteren. Dit is bepaald in artikel 940, 4^e lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

12.5 Uw basisverzekering wijzigen

Heeft u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze wijzigen per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar. U ontvangt hiervan een schriftelijke bevestiging. Geef de wijziging dan uiterlijk 31 december aan ons door.

12.6 Afspraken over collectiviteitskorting

De collectiviteitskorting op de basisverzekering geldt ook voor uw gezin. Zijn er binnen de collectieve overeenkomst beperkende afspraken gemaakt over de leeftijd waarop uw kinderen gebruik kunnen maken van uw collectiviteitskorting? Dan informeren wij uw kinderen daar schriftelijk over.

Artikel 13 Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?

13.1 Uw basisverzekering herroepen

U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. Dit betekent dat u (verzekeringnemer) de basisverzekering kunt beëindigen binnen 14 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Stuur ons hiervoor een brief of een e-mail waarin u de verzekering opzegt. U (verzekeringnemer) hoeft hierbij geen redenen te geven. Wij gaan er dan van uit dat uw basisverzekering niet is ingegaan.

Herroep u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) de eventueel al betaalde premie terug. Als wij al zorgkosten aan u hebben vergoed, moet u (verzekeringnemer) deze kosten aan ons terugbetalen.

13.2 Uw basisverzekering beëindigen

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw basisverzekering beëindigen:

- U (verzekeringnemer) kunt een brief of e-mail sturen waarin u (verzekeringnemer) uw basisverzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De basisverzekering eindigt dan op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Heeft u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- U (verzekeringnemer) kunt gebruikmaken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een basisverzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering op.
- Heeft u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf verzekerd en heeft deze verzekerde een andere basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) een brief of e-mail sturen om deze verzekering voor de verzekerde op te zeggen. Is deze opzegging bij ons binnen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering? Dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de 1^e dag van de 2^e kalendermaand die volgt op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.
- Het kan zijn dat u (verzekeringnemer) overstapt van de ene naar de andere collectieve basisverzekering, omdat u (verzekeringnemer) een dienstverband heeft beëindigd en/of een nieuw dienstverband bent aangegaan. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering dan opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de 1^e dag van de volgende maand.
- Het kan ook zijn dat uw deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie stopt. De reden van opzegging kan dan of wel zijn dat u (verzekeringnemer) gaat deelnemen aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, ofwel dat u (verzekeringnemer) aan een collectieve basisverzekering gaat deelnemen omdat u (verzekeringnemer) een nieuw dienstverband heeft. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat uw deelname aan het collectief is gestopt. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de 1^e dag van de volgende maand.

Beëindigen wij uw verzekering op uw verzoek? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daarover van ons bericht waarin u leest op welke datum de verzekering eindigt.

Artikel 14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering

Dat doen we:

- Met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering.
- Op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz).
- Als u militair in werkelijke dienst wordt.
- Bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel 20 van deze algemene voorwaarden.
- Bij overlijden.
- Als wij geen basisverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hierover bericht.
- Als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daarover van ons bericht. In dit bericht leest u waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Heeft het Centraal Administratie Kantoor (CAK) u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekeringswet? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekeringswet. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d, lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

In deze polisvoorwaarden gaan wij ervan uit dat wetsvoorstel 34 203 (Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten in verband met de overgang van een aantal taken van het Zorginstituut Nederland naar het Centraal Administratie Kantoor) per 1 januari 2016 in werking treedt. Wij hebben daarom het Zorginstituut Nederland vervangen door het CAK. Mocht de wetswijziging niet doorgaan of later worden ingevoerd moet u daar waar CAK staat Zorginstituut Nederland lezen.

14.3.2 Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d, lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Dit wijkt af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het 4^e lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

Artikel 15 Is er sprake van een medische noodsituatie buiten het woonland?

Belt u dan met onze alarmcentrale Eurocross Assistance via (0)71 364 1 282. Dit nummer staat ook op uw zorgpas. Is er sprake van een opname in een zorginstelling in het buitenland? Meld u dit dan zo spoedig mogelijk, in ieder geval binnen 48 uur, telefonisch aan Eurocross Assistance. Onder woonland wordt verstaan het land waar u zich vestigt voor een periode van 3 maanden of langer. Eurocross Assistance is 24 uur per dag telefonisch bereikbaar voor het melden van opnames en voor adviezen of hulp in noodsituaties. Ook verstrekken zij betalingsgaranties bij opnames en onderhouden contacten met u (de verzekerde), familie en/of behandelend artsen. Is een geneesmiddel ter plaatse niet verkrijgbaar? Dan kan Eurocross het geneesmiddel voor u versturen. Eurocross organiseert en verzorgt indien noodzakelijk ook de repatriëring van de patiënt naar het woonland. Ook organiseert ze het vervoer van het stoffelijk overschot van verzekerde naar het woonland.

Let op! Wij vergoeden de repatriëringskosten alleen als deze in opdracht van of in overleg met en onder goedkeuring van Eurocross Assistance plaatsvinden.

Is er sprake van medische kosten die uitgaan boven het dekkingsmaximum van deze polis? Dan vergoeden wij deze niet. Heeft Eurocross deze medische kosten betaald? Dan worden deze geacht voor rekening van de verzekerde te zijn betaald. U wordt dan geacht ons een machtiging tot automatische incasso te hebben verleend ter terugbetaling van de onverzekerde kosten.

Artikel 16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

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

Artikel 17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel?

Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiek-rechtelijke ziekte kostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming mag u geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

Artikel 18 Heeft u een klacht?

18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen?

Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling klachten en geschillen. Doet u dit dan wel binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per fax. Klachten moeten geschreven zijn in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal schrijft, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Na ontvangst van uw klacht krijgt u binnen 3 werkdagen een ontvangstbevestiging. Wij nemen uw klacht op in ons klachtenregistratiesysteem. Binnen 15 werkdagen na ontvangst van uw klacht geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Dan is herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen om uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling klachten en geschillen indienen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per fax. Na ontvangst krijgt u binnen 3 werkdagen een ontvangstbevestiging. En binnen 15 werkdagen na ontvangst van uw herbeoordelingsverzoek geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons bericht.

18.4 Voldoet onze herbeoordeling niet aan uw verwachtingen?

Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ): SKGZ, postbus 291, 3700 AG Zeist. Informatie over SKGZ vindt u op: www.skgz.nl. SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen.

Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De uitspraak van de NZa over zo'n klacht geldt als bindend advies.

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing

Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ en/of de burgerlijk rechter? Op onze website vindt u de brochure 'Klachtenbehandeling'. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

Artikel 19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens

Deze gebruiken wij binnen OZF:

- Om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren.
- Om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea BV behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden.
- Om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen.
- Voor statistische analyse.
- Voor wetenschappelijk onderzoek.
- Voor relatiebeheer.
- Om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens. Bovengenoemde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.

19.2 Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten

Wilt u geen informatie over onze producten en/of diensten? Of wilt u uw toestemming intrekken voor het gebruik van uw e-mailadres? Dan kunt u dit schriftelijk aan ons melden: Zorgverzekeraar OZF, Afdeling WBP, Postbus 94, 7550 AB Hengelo.

19.3 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als OZF uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.

19.4 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis, Centraal Administratie Kantoor en/of Zorginstituut Nederland) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer (BSN)

Wij zijn wettelijk verplicht uw BSN in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN als wij communiceren met deze partijen.

Artikel 20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

20.1 Wat is fraude?

Fraude is als iemand een recht en/of vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar of een verzekeringsovereenkomst met ons krijgt:

- Onder valse voorwendzelen.
- Op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek 1 of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de aanspraak en/of vergoeding:

- Een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven.
- Vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd.
- Een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering.
- Feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

20.2 Bij fraude geen recht of vergoeding

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- Aangifte doen bij de politie.
- Uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten.
- U registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS).
- Uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

Begripsomschrijvingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Apotheek

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

Arts

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

Arts voor de jeugdgezondheidszorg

De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg (Wjz).

Basisverzekering

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

Bedrijfsarts

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

Bekkenfysiotherapeut

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

Bureau Jeugdzorg

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

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Contract met preferentiebeleid

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC-)zorgproduct

Sinds 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch-specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Dit traject heet DOT (DBC's Op weg naar Transparantie). Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, binnen de medisch-specialistische zorg die het resultaat is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 120 dagen.

Diëtist

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

Behalve Nederland worden hieronder de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- De terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en diëetpreparaten en/of
- Advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.

Fraude

Fraude is als iemand onder valse voorwendselen en/of op oneigenlijke grond en/of wijze een aanspraak en/of vergoeding verkrijgt van een verzekeraar of een verzekeringsovereenkomst krijgt.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

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

Generalistische Basis GGZ

Zorg voor mensen met een niet-complexe psychische stoornis. De betrokkenheid van een gezondheidszorgpsycholoog, psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of een verpleegkundig specialist (uitsluitend voor het product Basis GGZ chronisch (BC) binnen een voor de Basis GGZ gecontracteerde instelling of praktijk) is nodig.

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

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

Gezin

1 volwassene, dan wel 2 gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen kinderen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor recht bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (Wtos) of op buitengewone lastenaf trek ingevolge de belastingwetgeving.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

GGZ-instelling

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan in de Regeling zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het reglement dat wij hebben vastgesteld over toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoor-schriften.

IDEA-contract

IDEA staat voor Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken. Dit is de overeenkomst tussen ons en een apotheek waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Jeugdarts

Een arts die is ingeschreven als arts met het profiel Jeugdgezondheidszorg in de registers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) is ingesteld.

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT).

Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Kraamcentrum

Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Kraamzorg

De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

MDO-constructie GGZ

Een samenwerkingsverband binnen een GGZ instelling waarbij een GZ-psycholoog of verslavingsarts functioneert in een gestructureerd multidisciplinair overleg waarbij ten minste ook een psychiater of klinisch psycholoog betrokken is en waarbinnen op casusniveau de differentiaal diagnostische mogelijkheden en de behandel-mogelijkheden worden besproken.

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

Een arts die is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut en van het Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553).

Multidisciplinaire samenwerking

Geïntegreerde (keten)zorg die meerdere zorgverleners met verschillende discipline achtergrond in samenhang leveren en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.

Oefentherapeut

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

Optometrist

Een optometrist die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist. Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Orthodontist

Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Podotherapeut

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

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten basisverzekering en aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen zijn vastgelegd.

Preferente geneesmiddelen

De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

Psychiater

Een arts die als psychiater is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Revalidatie

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

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Spoedeisende zorg

Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen.

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Taxe-prijs

De taxe-prijs van een geneesmiddel is de inkoopprijs die een leverancier laat opnemen in de G-standaard (landelijk gehanteerde prijslijst). Deze prijs is per inkoophoeveelheid en exclusief BTW.

Tertiaire verwijzing

Een patiënt wordt voor zijn oorspronkelijke zorgvraag door zijn behandelend medisch specialist doorverwezen naar een andere zorginstelling.

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met u (verzekeringnemer) bedoelen wij degene die de basisverzekering en/of aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen met ons is aangegaan.

Uitsluitingen

Uitsluitingen in de verzekeringsovereenkomst bepalen dat een verzekerde geen aanspraak heeft op of recht heeft op vergoeding van kosten.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders dan de lidstaten van de EU-landen of EER-staten. Hieronder worden verstaan Bosnië en Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

Verloskundige

Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Verwijzing/verklaring

Een verwijzing/verklaring is maximaal 1 jaar geldig.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons

OZF Zorgverzekeringen N.V.

Wijkverpleegkundige

Een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3a wet BIG, hbo-bachelor) of verpleegkundig specialist (artikel 14 wet BIG, hbo-master).

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorggroep

Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg levert.

Zorgverlener

De zorgverlener of de instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat OZF Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht, KvK-nummer 06088185.

Zorgverzekering

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

Zorgvraag

De klacht waarmee de verzekerde zich in 1^e instantie wendt tot de specialist (= hoofdbehandelaar). De hoofdbehandelaar opent voor deze zorgvraag een zorgtraject. Alle declaraties die kunnen worden herleid tot de oorspronkelijke zorgvraag en/of het zorgtraject worden gezien als 1 zorgvraag.

Inhoudsopgave Aanspraken en vergoedingen

OZF Zorgpolis

Artikel	Bladzijde	Artikel	Bladzijde
Botten, spieren en gewrichten		Psychologische zorg	
1 Ergotherapie	20	16 Generalistische Basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar of ouder	28
2 Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus	20	17 Niet-klinische gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar of ouder (tweedelijns GGZ)	29
Buitenland		18 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar of ouder	29
3 Wanneer heeft u aanspraak en/of recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?	21	Spreken en lezen	
3.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat?	21	19 Logopedie	30
3.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is	21	Vervoer	
3.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta	21	20 Vervoer per ambulance of zittend ziekenvervoer	31
3.4 Nota's uit het buitenland	21	20.1 Vervoer per ambulance	31
Fysiotherapie en oefentherapie		20.2 Zittend ziekenvervoer	31
4 Fysiotherapie en oefentherapie	21	Ziekenhuis, behandeling en verblijf	
4.1 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar of ouder	21	21 Astma Centrum in Davos (Zwitserland)	32
4.2 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar	22	22 Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing	32
4.3 Bekkenfysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar of ouder	22	23 Mechanische beademing	32
Hulpmiddelen		24 Medisch specialistische zorg en verblijf	32
5 Hulpmiddelen	23	25 Plastische chirurgie	33
Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten		26 Revalidatie	34
6 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten	23	26.1 Medisch-specialistische revalidatie	34
Mond en tanden (mondzorg)		26.2 Geriatrische revalidatie	34
7 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen	24	27 Second opinion	34
8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar	25	28 Thuisdialyse	35
9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder - kaakchirurgie	25	29 Transplantaties van organen en weefsels	35
10 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)	26	30 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)	35
11 Implantaten	26	Zwanger (worden)/baby/kind	
11.1 Implantaten	26	31 Bevallings- en verloskundige zorg	36
11.2 Uitneembare volledige prothese (klikgebit) op implantaten	26	31.1 Met medische noodzaak	36
12 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap	26	31.2 Zonder medische noodzaak	36
13 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	27	32 In Vitro Fertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, invriezen van sperma en eicelvitrificatie	36
Ogen en oren		32.1 IVF	36
14 Audiologisch centrum	27	32.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen	37
14.1 Gehoorproblemen	27	32.3 Sperma invriezen	37
14.2 Spraak- en taalstoornissen bij kinderen	27	32.4 Eicelvitrificatie	37
15 Zintuiglijke gehandicaptenzorg	28	33 Kraamzorg	38
		34 Oncologieonderzoek bij kinderen	38
		35 Prenatale screening	38
		Overig	
		36 Diëtetiek	38
		37 Huisartsenzorg	39
		38 Ketenzorg bij Diabetes Mellitus type 2, COPD, astma en/of VRM	39
		39 Stoppen-met-rokenprogramma	39
		40 Trombosedienst	39

Aanspraken en vergoedingen

OZF Zorgpolis

Hieronder vindt u de zorg die in de basisverzekering is opgenomen. Ook leest u er welke voorwaarden er gelden. Kunt u niet vinden wat u zoekt? Kijk dan eerst in de inhoudsopgave Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis op bladzijde 19.

Botten, spieren en gewrichten

Artikel 1 Ergotherapie

U heeft per kalenderjaar recht op vergoeding van de kosten van 10 uur advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut. Het is de bedoeling dat u door deze ergotherapie uw zelfredzaamheid bevordert of herstelt. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat ergotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van ergotherapie.
- Laat u zich behandelen op school? Dan vergoeden wij uw kosten alleen, als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Soms is bij gecontracteerde ergotherapeuten geen verklaring nodig

In sommige gevallen heeft u geen verklaring nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde ergotherapeuten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Deze ergotherapeuten kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTE (Directe Toegang Ergotherapie). Via de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde zorgverleners die DTE aanbieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een ergotherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke ergotherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de toeslagen voor:

- Afspraken buiten reguliere werktijden.
- Niet-nagekomen afspraken.
- Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Artikel 2 Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus

Heeft u Diabetes Mellitus (suikerziekte)? Dan heeft u recht op voetzorg.

De inhoud van de voetzorg die u krijgt, is afhankelijk van uw zorgprofiel. Uw zorgprofiel wordt bepaald door de huisarts, door de internist of door een specialist ouderengeneeskunde. Voor de beoordeling hiervan gaat de arts uit van de Simm's classificatie en de eventuele overige medische risico's.

Na de vaststelling van het zorgprofiel, wordt er voor u een persoonlijk behandelplan opgesteld. Dit doet een podotherapeut die daarvoor bekwaam en bevoegd is. Het aantal controles en de inzet van diag-

nostiek is mede afhankelijk van het zorgprofiel. Op welke zorgonderdelen u recht heeft, is geregeld in de zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera 2014.

Zorgprofiel 1:

- Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek door een podotherapeut.

Zorgprofiel 2:

- Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door een podotherapeut.
- Controle afspraken, educatie en stimuleren van zelfmanagement.
- Preventieve voetzorg ter voorkoming van ulcussen. Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een voor deze zorg gekwalificeerde pedicure.

Zorgprofiel 3:

- Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door een podotherapeut.
- Toepassen van podotherapeutische therapie of therapieën en podotherapeutische controle consult door een podotherapeut.
- Preventieve voetverzorging en instrumentele behandeling bij druk en wrijvingsproblemen om het risico op een ulcus te minimaliseren. Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een voor deze zorg gekwalificeerde pedicure.

Zorgprofiel 4:

- Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door een podotherapeut.
- Preventieve voetverzorging en instrumentele behandeling bij druk en wrijvingsproblemen huid en nagels met als doel dat de huid intact blijft, zodat het risico op een ulcus laag blijft. Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een voor deze zorg gekwalificeerde pedicure.
- Toepassen van podotherapeutische therapie of therapieën en een podotherapeutisch controle consult door een podotherapeut.

De voetzorg die wij volgens deze polis vergoeden, is geregeld via ketenzorg of via zorgverleners buiten de zorgketen. Voor de voetzorg via ketenzorg verwijzen we u naar artikel 38 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij stellen de volgende voorwaarden aan de podotherapeut:
 - De podotherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici.
 - De podotherapeut kan voor preventieve voetverzorging pedicures inschakelen die als medisch pedicure geregistreerd staan in het Kwaliteit Register voor Pedicures (KRP) van ProCert of hierin staan met de kwalificatie Diabetische Voet (DV) of (pedicure) chiropodisten /pedicures in de zorg die geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- De podotherapeut is de hoofdbehandelaar. De podotherapeut declareert de kosten rechtstreeks bij ons. Ook als de pedicure de behandeling doet.
- U heeft een verklaring nodig van de huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde. In deze verklaring wordt vastgelegd in welk zorgprofiel u bent ingedeeld. Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op voetzorg.
- Op de nota moet de podotherapeut het Zorgprofiel en de prestatieomschrijving vermelden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden volgens dit artikel niet:

- Als u Diabetes Mellitus heeft en recht op vergoeding van de bijbehorende ketenzorg waarin voetzorg is opgenomen. Dan heeft u volgens dit artikel geen recht op vergoeding van voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure. Deze voetbehandelingen vallen dan onder de aanspraak binnen de ketenzorg (zie artikel 38 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).
- Hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen. U kunt dit reglement vinden op onze website of bij ons opvragen.
- Voetverzorging (pedicurebehandeling) als u geen zorgprofiel of zorgprofiel 1 heeft. Heeft u zorgprofiel 1? Dan heeft u mogelijk recht op vergoeding vanuit aanvullende verzekering AV Royaal. Voor de voorwaarden en onze vergoeding: zie artikel 6.2 op bladzijde 47 van deze polisvoorwaarden.
- Voetscreening door de huisarts. Deze voetscreening valt onder huisartsenzorg (zie artikel 37 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

Buitenland

Artikel 3 Wanneer heeft u aanspraak en/of recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

3.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat?

Dan kunt u kiezen uit recht op:

- Zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag.
- Zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben.
- Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis tot maximaal:
 - De lagere vergoeding als deze bij een aanspraak in de OZF Zorgpolis wordt genoemd.
 - Het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg).
 - Het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

3.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis tot maximaal:

- De lagere vergoeding als deze bij een aanspraak in de OZF Zorgpolis wordt genoemd.
- Het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg).
- Het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

3.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

3.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Fysiotherapie en oefentherapie

Artikel 4 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van fysiotherapie en oefentherapie. Hieronder leest u om welke zorg het gaat en welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

4.1 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij (per aandoening) de kosten van de 21^e behandeling en de daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut. Het moet dan wel gaan om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering". U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen ook een maximale behandelperiode opgenomen. **Let op!** De 1^e 20 behandelingen vergoeden wij dus niet vanuit de basisverzekering. Heeft u AV Royaal? Dan vergoeden wij u hieruit die 20 behandelingen. Heeft u AV Compact? Dan vergoeden wij u van die 20 behandelingen er maximaal 12 vanuit AV Compact (behandeling 13 tot en met 20 betaalt u dus zelf). Zie artikel 14.1 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten en, wanneer het gaat om manuele lymfedrainage, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie.

- Laat u zich behandelen op school? Dan vergoeden wij uw kosten alleen als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. Wilt u weten met welke fysiotherapeuten, oefentherapeuten en huidtherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- De 1^e 20 behandelingen per aandoening. Loopt uw behandeling voor deze aandoening over het kalenderjaar heen? Dan betaalt u niet opnieuw de 1^e 20 behandelingen zelf.
- Een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enige doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren.
- Zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Toeslagen voor:
 - Afspraken buiten reguliere werktijden.
 - Niet-nagekomen afspraken.
 - Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt.

4.2 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? En heeft u een aandoening die voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering"? Dan vergoeden wij alle behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen ook een maximale behandelperiode opgenomen. U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

Heeft u een aandoening die niet voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst? Dan vergoeden wij de kosten van 9 behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut. Dit zijn 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Heeft u na deze 9 behandelingen meer behandelingen nodig omdat u nog steeds last heeft van de aandoening? Dan vergoeden wij maximaal 9 extra behandelingen. Dit geldt alleen als de extra behandelingen medisch noodzakelijk zijn. In totaal vergoeden wij voor verzekerden tot 18 jaar dan dus maximaal 18 behandelingen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten en, wanneer het gaat om manuele lymfedrainage, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie vanuit de basisverzekering.
- Laat u zich behandelen op school? Dan vergoeden wij uw kosten alleen als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Soms is bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten geen verklaring nodig

In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen u behandelen zonder verwijzing. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie). Via de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de behandeling? Dan is DTF of DTO niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer moet op de verklaring aangeven dat de behandeling aan huis moet plaatsvinden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. Wilt u weten met welke fysiotherapeuten, oefentherapeuten en huidtherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren.
- Zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Toeslagen voor:
 - Afspraken buiten reguliere werktijden.
 - Niet-nagekomen afspraken.
 - Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt.

4.3 Bekkenfysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van urine-incontinentie? En wilt u dit behandelen met bekkenfysiotherapie? Dan vergoeden wij 1-malig per indicatie de kosten van de 1^e 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor vergoeding

Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een bekkenfysiotherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. Wilt u weten met welke bekkenfysiotherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Toeslagen voor:
 - Afspraken buiten reguliere werktijden.
 - Niet-nagekomen afspraken.
 - Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Verband- en hulpmiddelen die de bekkenfysiotherapeut heeft verstrekt.

Hulpmiddelen

Artikel 5 Hulpmiddelen

Wij vergoeden u:

- Levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. **Let op!** Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding.
- Het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen.
- Een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor vergoeding

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis. U kunt dit reglement vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen.

In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van artikel 2.1 van de Algemene voorwaarden OZF Zorgpolis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Schaft u hulpmiddelen aan bij een leverancier die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan vergoeden wij de kosten niet op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 24 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Artikel 6 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- De in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die aan u geleverd worden.
- Advies en begeleiding zoals apothekers geven voor medicatie beoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis. U kunt dit reglement vinden op onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden de kosten van levering, advies en begeleiding van:

- Alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De levering, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten.
- De bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De levering, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract.
- Andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - Geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid.
 - Geneesmiddelen die volgens artikel 40, 3^e lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, 1^e lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet.
 - Geneesmiddelen die volgens artikel 40, 3^e lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een 3^e land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.
- Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Natuurlijk kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

Voorwaarden voor vergoeding geneesmiddelen en dieetpreparaten

- De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- Een apotheek levert de geneesmiddelen. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver (zie onder het 1^e punt) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
- U heeft alleen recht op vergoeding van dieetpreparaten als:
 - U een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg.
 - U niet uitkomt met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten.
 - Is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens een lopend kalenderjaar. U vindt de meest actuele bijlage met de voorwaarden op: <http://wetten.overheid.nl>. Typ in het zoekvenster 'Regeling zorgverzekering'. Klik op 'Vind'. Klik erna op Regeling zorgverzekering en dan in de lijst links onderaan op Bijlage 2.
 - Ze zijn voorgeschreven door een jeugdarts, medisch specialist of diëtist. De huisarts kan dieetpreparaten alleen voorschrijven bij allergieën die met een provocatie-eliminatie-test vastgesteld zijn.

In artikel 4.4 van het Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor vergoeding van specifieke geneesmiddelen. Wij vergoeden de kosten van deze geneesmiddelen alleen als u voldoet aan deze aanvullende bepalingen.

Voorwaarden voor vergoeding van (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. Wij vergoeden deze (deel)prestaties alleen als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde apotheek

Krijgt u farmaceutische zorg van een apotheek die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde apotheken vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op! Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar: bij plaatsing door een gynaecoloog vergoeden wij zowel de plaatsing als de spiraal zelf vanuit de basisverzekering. Er kan dan wel sprake zijn van inhouding van eigen risico.

Bij plaatsing door een huisarts vergoeden wij zowel de plaatsing als de spiraal zelf vanuit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. De plaatsing van de spiraal door de huisarts is vrijgesteld van eigen risico.

Wat wij niet vergoeden

De volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie vergoeden wij niet:

- Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar of ouder, tenzij er een medische indicatie voor is: endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies).
- Geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis.
- Farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat wij deze niet mogen vergoeden.
- Geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, 3^e lid, onder b van de Geneesmiddelenwet.
- Geneesmiddelen die staan in artikel 40, 3^e lid, onder f van de Geneesmiddelenwet.
- Geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.
- Zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen.
- Alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg.
- Homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.
- Niet-geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd middel niet mogelijk is. U kunt dan een machtiging aanvragen voor vergoeding van een niet-geregistreerd allergeen. Wij vergoeden alleen op basis van een door ons afgegeven machtiging en op individuele basis.

Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de artikelen 7 tot en met 13 gaan wij hierop in.

Artikel 7 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel? En kunt u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan vergoeden wij de kosten van deze behandeling.

Let op! In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u desgewenst Tand Royaal afsluiten: zie artikel 49 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u dan ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's mee. Uw zorgverlener stelt het behandelplan en de begroting op en maakt de röntgenfoto's. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Wat wij niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij reparatie of vervanging hiervan niet.

Artikel 8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Als u jonger bent dan 18 jaar, dan vergoeden wij de volgende tandheelkundige behandelingen:

- Periodiek preventief tandheelkundig onderzoek: 1 keer per jaar (jaarlijkse controle). Of meerdere keren per jaar als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen.
- Incidenteel tandheelkundig consult.
- Het verwijderen van tandsteen.
- Maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen. Bent u meer dan 2 keer per jaar op die tandheelkundige hulp aangewezen? Dan moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven.
- Sealing (afdichten groeven van kiezen).
- Parodontale hulp (behandeling van tandvles).
- Anesthesie (verdoving).
- Endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling).
- Restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen).
- Gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen).
- Uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit).
- Fronttandvervanging: tandvervangende hulp met niet-plastische materialen (vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten) en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten. U heeft hierop alleen recht als hierbij 1 of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden vervangen worden omdat deze tanden niet zijn aangelegd of als het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval.
- Chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg.
- Röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus voert de behandeling uit. Deze moet bevoegd zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
- Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, tandarts-specialist of een huisarts.
- Wij geven u vooraf toestemming voor fronttandvervanging met een implantaat en voor de prothetische vervolgbehandeling (kroon of brug).
- Het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling vergoeden wij alleen als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 7 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis) waarvoor u dan al toestemming van ons heeft gekregen.
- Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel 7, 12 of 13 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis? Dan geven wij u hier vooraf toestemming voor. Meer hierover leest u in de betreffende artikelen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

- Het beslijpen en/of fluorideren van een melkelement.
- Orthodontie. Dit valt, met uitzondering van de orthodontie in bijzondere gevallen zoals omschreven in artikel 7 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis, niet onder de basisverzekering. Dit kan onder voorwaarden wel vanuit Tand Royaal vergoed worden: zie artikel 49 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.

Artikel 9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder - kaakchirurgie

Wij vergoeden chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek, eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis.

Wordt u behandeld door een kaakchirurg? Dan heeft u ook recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is. Zie hiervoor artikel 24 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een kaakchirurg voert de behandeling uit.
- U bent doorverwezen door een huisarts, tandarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of een andere medisch specialist.
- Gaat u naar een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum voor de behandeling? Dan moeten wij u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
 - Osteotomie (kaakoperatie) voor de behandeling van Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS).
 - Kinplastiek als zelfstandige verrichting.
 - Pre-implantologische chirurgie.
 - Plastische chirurgie.
- Extracties mogen alleen onder narcose als daar zwaarwegende medische gronden voor zijn.
- U heeft alleen recht op ophoging bodem bijholte, kaakverbreding en/of verhoging, als u recht heeft op de bijbehorende implantaten vanuit de basisverzekering.
- Het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling vergoeden wij alleen als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 7 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis) waarvoor u dan al toestemming van ons heeft gekregen.
- Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Parodontale chirurgie.
- Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat (zie artikel 11.1 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).
- Een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken).

Artikel 10 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij het laten maken, plaatsen, repareren en rebasen van de volgende prothesen:

- Een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak.
- Een uitneembare volledige immediaatprothese.
- Een uitneembare volledige vervangingsprothese.
- Een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen.

Voor deze prothesen geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Wij vergoeden deze wettelijke eigen bijdrage vanuit Tand Royaal: zie artikel 50 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen. Laat u een volledige immediaatprothese, een bestaande uitneembare volledige prothese of een bestaande volledige overkappingsprothese repareren of rebasen? Dan hoeft u deze wettelijke eigen bijdrage niet te betalen.

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

Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts of tandprotheticus moet de behandeling uitvoeren. Een tandtechnicus kan een reparatie uitvoeren (zie laatste bullet).
- Moet de prothese binnen 5 jaar of een immediaatprothese binnen een halfjaar worden vervangen? Dan moeten wij u hiervoor vooraf toestemming geven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Laat u een gecombineerde boven- en onderprothese maken en plaatsen? En zijn de totale kosten hoger dan € 1.230,-? Dan moeten wij u hiervoor vooraf toestemming geven. Dit maximumbedrag is inclusief de maximale techniekkosten.
- Laat u een volledige bovenprothese of een volledige onderprothese maken en plaatsen? En zijn de totale kosten voor een volledige bovenprothese hoger dan € 575,- of voor een volledige onderprothese hoger dan € 600,-? Dan moeten wij u hiervoor vooraf toestemming geven. Dit maximumbedrag is inclusief de maximale techniekkosten.
- Wij vergoeden reparaties aan een volledige prothese door een tandtechnicus, als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in de prothese waarbij de delen van de prothese eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan de prothese.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen de volledige overkappingsprothese en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels) niet. Die vallen niet onder de basisverzekering.

Artikel 11 Implantaten

11.1 Implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? Dan vergoeden wij de tandheelkundige implantaten die nodig zijn voor een uitneembare volledige prothese (klikgebit) inclusief de drukknoppen of staaf (het klikgebit dat vastzit aan de implantaten). Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten die u laat plaatsen dienen ter bevestiging van de uitneembare prothese (klikgebit).

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

Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voert de behandeling uit.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist, tand-protheticus of huisarts u hebben doorverwezen. De tand-protheticus mag u alleen doorverwijzen naar de kaakchirurg. Dat mag alleen als u volledig tandeloos bent.
- Wij geven u vooraf toestemming voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's mee. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op! U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel 13 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

11.2 Uitneembare volledige prothese (klikgebit) op implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder een uitneembare prothese (klikgebit) op implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? Dan vergoeden wij deze prothese. Er moet wel sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Voor deze prothese geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per boven- of onderkaak.

U heeft ook recht op de reparatie en rebasing van een uitneembare volledige prothese op implantaten. Dan betaalt u deze wettelijke eigen bijdrage niet.

Wij hanteren maximum bedragen voor techniek- en materiaalkosten.

U kunt deze bedragen vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voert de behandeling uit.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Dat is niet nodig voor de reparatie en rebasing van een uitneembare volledige prothese op implantaten die ouder is dan 5 jaar. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's mee. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Artikel 12 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Heeft u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap? En kunt u zonder tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie houden of verwerven, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder de lichamelijke en/of verstandelijke handicap? Dan heeft u recht op vergoeding van tandheelkundige zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voert de behandeling uit.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.
- Wij geven u vooraf toestemming voor deze zorg. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's mee. Uw zorgverlener stelt het behandelplan en de begroting op en maakt de röntgenfoto's. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 13 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op een tandheelkundige behandeling:

- Als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening.
- Als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de (extra) zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de aandoening.
- Als u, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde, een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een angststandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voert de behandeling uit.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- Wij geven u vooraf toestemming. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u ook een behandelplan en kostenbegroting mee. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op! U heeft misschien ook recht op vergoeding van implantaten vanuit artikel 11 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Ogen en oren

Artikel 14 Audiologisch centrum

14.1 Gehoorproblemen

Heeft u gehoorproblemen? Dan heeft u recht op vergoeding van zorg in een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- Onderzoek doet naar uw gehoorfunctie.
- U adviseert over aan te schaffen gehoorapparatuur.
- U voorlichting geeft over het gebruik van de apparatuur.
- Psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is.

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd audiologisch centrum

Wilt u zorg van een audiologisch centrum welke wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke audiologische centra wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde audiologische centra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

14.2 Spraak- en taalstoornissen bij kinderen

Heeft uw kind een spraak- of taalstoornis? Een voor dat doel gecontracteerd audiologisch centrum kan hulp bieden bij het stellen van een diagnose.

Wilt u weten welke audiologische centra wij hiervoor hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Voorwaarde voor vergoeding

Uw kind is doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd audiologisch centrum

Wilt u zorg van een audiologisch centrum welke wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke audiologische centra wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde audiologische centra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 15 Zintuiglijke gehandicaptenzorg

Wij vergoeden zintuiglijke gehandicaptenzorg (ZG). Deze zorg omvat multidisciplinaire zorg gericht op het leren omgaan met, het opheffen van of het compenseren van de beperking. Deze zorg heeft als doel dat u zo zelfstandig mogelijk kunt functioneren.

U komt voor deze zorg in aanmerking als u:

- Een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend).
- Een visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend).
- Niet ouder bent dan 23 jaar en een communicatieve beperking heeft (u heeft ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal) als gevolg van een primaire taalontwikkelingsstoornis.

De multidisciplinaire zorg bestaat uit:

- Handelingsgerichte diagnostiek.
- Interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap.
- Interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid (het zichzelf kunnen redden) vergroten.

Bij auditieve en communicatieve beperkingen is de gezondheidszorgpsycholoog eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg en het zorgplan. Ook orthopedagogen of ontwikkelingspsychologen kunnen deze taak uitvoeren.

Bij visuele beperkingen is de oogarts of klinisch fysisch eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg, als het gaat om de coördinatie van de behandeling voor wat betreft de 'visusproblematiek'. De gezondheidszorgpsycholoog of vergelijkbare gedragskundige is eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg, als het gaat om de coördinatie van de behandeling voor wat betreft de psychische en/of gedragsproblematiek en leren omgaan met de beperking.

Ook andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

Voorwaarden voor vergoeding

Bij auditieve en communicatieve beperkingen moet u zijn doorwezen door een klinisch fysisch audioloog van een audiologisch centrum of een medisch specialist. Voor visuele beperkingen moet u zijn doorwezen door een oogarts of andere medisch specialist.

Is bij u in het verleden de ZG stoornis al vastgesteld door een klinisch fysisch audioloog, oogarts of medisch specialist? En ontstaat er een ZG gerelateerde zorgvraag, zonder dat er een wijziging van de ZG stoornis is opgetreden? Dan mag u ook worden doorverwezen door een huisarts of jeugdarts.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Onderdelen van zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren.
- Complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven (doof/slechthorend geworden vóór de leeftijd van 3 jaar).

Psychologische zorg

Artikel 16 Generalistische Basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Heeft u een niet-complexe psychische stoornis en bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij de kosten van Generalistische Basis GGZ (hierna te noemen: Basis GGZ).

Een van de volgende zorgverleners kan als hoofdbehandelaar optreden:

- Een gezondheidszorgpsycholoog.
- Een psychiater.
- Een klinisch psycholoog.
- Een psychotherapeut.
- Uitsluitend voor het product Basis GGZ chronisch (BC) binnen een voor de Basis GGZ gecontracteerde instelling of praktijk: een verpleegkundig specialist.

De hoofdbehandelaar mag gebruik maken van een medebehandelaar. Toegestane medebehandelaren zijn behandelaren met een beroep dat is opgenomen in de DBC-beroepentabel uit de nadere regel NR / CU-562 van de NZa (bijlage VI).

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent 18 jaar of ouder.
- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten. De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijzingsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).
- Uit de verwijfsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor de verwijzing is en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijfsbrief:
 - Persoonsgegevens van de verwezen cliënt.
 - Reden van verwijzing.
 - Waarnaar wordt verwezen (gespecialiseerde GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder).
 - Naam en functie verwijzer.
 - Handtekening verwijzer.
 - Datering (minimaal op de datum van de start van de behandeling, dat wil zeggen de datum van het 1^e contact).
 Een verwijzing is maximaal 1 jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor vervolgbehandeling wel een nieuwe verwijzing nodig.
- Alleen voor crisiszorg is geen verwijzing noodzakelijk. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.
- De hoofdbehandelaar moet een dossier bijhouden. In het dossier moet uw DSM-IV-classificatie worden vastgelegd. Uit het dossier moet duidelijk blijken hoe tot de gestelde diagnose is gekomen. De diagnose moet onderbouwd worden met symptomen, waarbij ook aandacht is voor duur en ernst. Indien u gebruik maakt van de Regeling privacy bezwaren GGZ moet uw hoofdbehandelaar wel een dossier bijhouden, maar de diagnosegegevens hoeft hij niet aan ons te overleggen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners of instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners en instellingen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen.
- Hulp bij werk- en relatieproblemen.
- Hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis.
- Basis GGZ-zorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip! Op onze website vindt u een overzicht met psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Artikel 17 Niet-klinische gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar of ouder (tweedelijs GGZ)

Heeft u een complexe psychische stoornis? Dan vergoeden wij de kosten van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg geleverd door een GGZ-instelling, psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Ontvangt u zorg in een GGZ-instelling? Dan moet uw behandeling plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar (een psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of een GZ-psycholoog of verslavingsarts in een MDO-constructie).

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent 18 jaar of ouder.
- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten. De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijfsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).
- Uit de verwijfsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor de verwijzing is en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijfsbrief:
 - Persoonsgegevens van de verwezen cliënt.
 - Reden van verwijzing.
 - Waarnaar wordt verwezen (gespecialiseerde GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder).
 - Naam en functie verwijzer.
 - Handtekening verwijzer.
 - Datering (minimaal op de datum van de start van de behandeling, dat wil zeggen de datum van het 1^e contact). Een verwijzing is maximaal 1 jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor vervolgbehandeling wel een nieuwe verwijzing nodig.
- Alleen voor crisiszorg is geen verwijzing noodzakelijk. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.

- De hoofdbehandelaar moet een dossier bijhouden. In het dossier moet uw DSM-IV-classificatie worden vastgelegd. Uit het dossier moet duidelijk blijken hoe tot de gestelde diagnose is gekomen. De diagnose moet onderbouwd worden met symptomen, waarbij ook aandacht is voor duur en ernst. Indien u gebruik maakt van de Regeling privacy bezwaren GGZ moet uw hoofdbehandelaar wel een dossier bijhouden, maar de diagnosegegevens hoeft hij niet aan ons te overleggen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners of instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde instellingen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen.
- Hulp bij werk- en relatieproblemen.
- Hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis.
- Niet-klinische gespecialiseerde geneeskundige gezondheidszorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip! Op onze website vindt u een overzicht met psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Artikel 18 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Wordt u opgenomen in een GGZ-instelling, zoals in een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis? Dan vergoeden wij:

- Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg volgens artikel 17 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.
- Uw verblijf met of zonder verpleging en verzorging.
- Paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens het verblijf bij de behandeling horen.

Uw behandeling moet plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar: een psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, of een GZ-psycholoog of verslavingsarts in een MDO-constructie.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen in een MDO-constructie als zorg plegen te bieden.

Hoeveel dagen verblijf met behandeling vergoeden wij?

Bij psychiatrisch verblijf met behandeling vergoeden wij een ononderbroken verblijf in een GGZ-instelling voor een periode van maximaal 1095 dagen. De volgende vormen van opname tellen ook mee bij het berekenen van de 1095 dagen:

- Verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.
- Niet-psychiatrisch ziekenhuisverblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van de 1095 dagen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent 18 jaar of ouder.
- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten. De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).
- Uit de verwijsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor de verwijzing is en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijsbrief:
 - Persoonsgegevens van de verwezen cliënt.
 - Reden van verwijzing.
 - Waarnaar wordt verwezen (gespecialiseerde GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder).
 - Naam en functie verwijzer.
 - Handtekening verwijzer.
 - Datering (minimaal op de datum van de start van de behandeling, dat wil zeggen de datum van het 1^e contact).
- Er moet sprake zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg.
- Alleen voor crisiszorg is geen verwijzing noodzakelijk. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.
- De hoofdbehandelaar moet een dossier bijhouden. In het dossier moet uw DSM-IV-classificatie worden vastgelegd. Uit het dossier moet duidelijk blijken hoe tot de gestelde diagnose is gekomen. De diagnose moet onderbouwd worden met symptomen, waarbij ook aandacht is voor duur en ernst. Indien u gebruik maakt van de Regeling privacy bezwaren GGZ moet uw hoofdbehandelaar wel een dossier bijhouden, maar de diagnosegegevens hoeft hij niet aan ons te overleggen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen in een GGZ-instelling die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke GGZ-instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde instellingen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen.
- Hulp bij werk- en relatieproblemen.
- Hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis.
- Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip! Op onze website vindt u een overzicht met psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Spreken en lezen

Artikel 19 Logopedie

Wij vergoeden uw behandelingen door een logopedist voor zover deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling kan worden verwacht dat deze de spraakfunctie of het spraakvermogen herstelt of verbetert.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Voorwaarden voor vergoeding

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, medisch specialist of tandarts). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van logopedie.
- Laat u zich behandelen op school? Dan vergoeden wij uw kosten alleen als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Soms is bij gecontracteerde logopedisten geen verklaring nodig

In sommige gevallen heeft u geen verklaring nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde logopedisten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze logopedisten kunnen u behandelen zonder verwijzing. Dit noemen wij DTL (Directe Toegang Logopedie).

Wilt u weten welke gecontracteerde zorgverleners DTL aanbieden? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de behandeling? Dan is DTL niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer geeft op de verklaring aan dat de behandeling aan huis moet plaatsvinden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een logopedist die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke logopedisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde logopedisten vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Behandelingen die wij niet onder logopedie verstaan. Dit is de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid.
- Toeslagen voor:
 - Afspraken buiten reguliere werktijden.
 - Niet-nagekomen afspraken.
 - Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Vervoer

Artikel 20 Vervoer per ambulance of zittend ziekenvervoer

20.1 Vervoer per ambulance

Wij vergoeden de volgende vormen van ambulancevervoer:

- Besteld ambulancevervoer aangevraagd via de meldkamer ambulancezorg.
- Ambulancevervoer aangevraagd via de Vervoerslijn (in geval wachtlijstvervoer).

Let op! Heeft u spoedeisend ambulancevervoer nodig? Dit wordt meestal aangemeld via 112. U heeft dan geen verwijzing nodig. En natuurlijk hoeven wij dan ook vooraf geen toestemming te geven. Spoedeisend ambulancevervoer valt ook onder de basisverzekering.

U heeft recht op ambulancevervoer:

- Van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, mits de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit de basisverzekering wordt vergoed.
- Naar een instelling waar u op kosten van de Wlz zult verblijven (geldt niet bij zorg voor slechts een dagdeel).
- Vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of een behandeling moet ondergaan.
- Vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt.
- Van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw huis de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.
- Naar een zorgverlener bij wie of naar een instelling waarin een verzekerde jonger dan 18 jaar GGZ zorg krijgt die geheel of gedeeltelijk onder de Jeugdwet valt.

Voorwaarden voor vergoeding

- Bij besteld ambulancevervoer moet u zijn doorwezen door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Voor spoedeisend vervoer heeft u geen verwijzing nodig.
- Voor ambulancevervoer in geval van wachtlijstvervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer (071) 365 4 154. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vergoeding.
- Wij vergoeden de kosten van ambulancevervoer alleen, als zittend ziekenvervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- Wij vergoeden de vervoerskosten alleen, als de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedraagt. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

20.2 Zittend ziekenvervoer

Heeft u zittend ziekenvervoer nodig? Wij vergoeden:

- Zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een vergoeding van € 0,30 per kilometer bij vervoer per eigen auto. Wij vergoeden zittend ziekenvervoer voor verzekerden die:
 - Nierdialyse ondergaan.
 - Oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaan.
 - Visueel gehandicapt zijn en zich zonder begeleiding niet kunnen verplaatsen.
 - Rolstoelafhankelijk zijn.
 - Jonger dan 18 jaar zijn en recht hebben op intensieve kindzorg zoals bedoeld in artikel 30 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.
- Vervoer van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Wij vergoeden u de kosten van ziekenvervoer:

- Van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, mits de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit de basisverzekering wordt vergoed.
- Naar een instelling waar u op kosten van de Wlz zult verblijven (geldt niet bij zorg voor slechts een dagdeel).
- Vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz onderzoek of een behandeling moet ondergaan.
- Vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt.
- Van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw huis de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.

Hardheidsclausule zittend ziekenvervoer

Voldoet u niet aan bovenstaande criteria? Dan kan er sprake zijn van vergoeding op basis van de hardheidsclausule.

Ten 1^e moet u dan langdurig aangewezen zijn op zittend ziekenvervoer, omdat u behandeld wordt voor een langdurige ziekte of aandoening. Ten 2^e moet er dan sprake zijn van een onbillijkheid van overwegende aard als wij het vervoer niet verstrekken. Wij bepalen of u hiervoor in aanmerking komt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde taxivervoerder

Maakt u gebruik van een taxivervoerder waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten welke taxivervoerders wij gecontracteerd hebben? Neem dan telefonisch contact op met de Vervoerslijn via (071) 365 4 154.

Wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer

Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 98,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) en/of vervoer van een begeleider geven wij u vooraf toestemming via de Vervoerslijn, telefoonnummer (071) 365 4 154. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vergoeding van vervoer en op welke vorm van vervoer. Bent u 16 jaar of ouder? Dan bepaalt deze medewerker ook of begeleiding noodzakelijk is.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit de basisverzekering vergoeden of die vanuit de Wlz wordt vergoed.
- Is zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer, eigen auto of ambulance niet mogelijk? Dan geven wij u vooraf toestemming voor een ander vervoermiddel.
- In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval geven wij u vooraf toestemming.
- Wij vergoeden de vervoerskosten alleen, als de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedraagt. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde taxivervoerder

Laat u zich vervoeren door een taxivervoerder die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke taxivervoerders wij een contract hebben? Belt u dan met de Vervoerslijn: (071) 365 4 154.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde taxivervoerders vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Ziekenhuis, behandeling en verblijf

Artikel 21 Astma Centrum in Davos (Zwitserland)

Heeft u astma? Dan heeft u recht op vergoeding van behandeling in het Nederlands Astma Centrum in Davos.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een soortgelijke behandeling in Nederland heeft bij u geen succes gehad en wij vinden de behandeling in Davos doelmatig.
- U bent doorverwezen door een longarts of kinderarts.
- Wij geven u vooraf schriftelijk toestemming.

Artikel 22 Erfelijkheidsonderzoek en advisering

Wij vergoeden u erfelijkheidsonderzoek en -advies in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. Deze zorg omvat:

- Onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboononderzoek.
- Chromosoomonderzoek.
- Biochemische diagnostiek.
- Ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek.
- Erfelijkheidsadvies en psychosociale begeleiding die met deze zorg te maken heeft.

Als het noodzakelijk is voor advies aan u, onderzoekt het centrum ook andere personen dan uzelf. Het centrum kan dan ook die personen adviseren.

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door de behandelend arts of verloskundige.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 23 Mechanische beademing

U heeft recht op vergoeding van noodzakelijke mechanische beademing en medisch-specialistische zorg die hiermee samenhangt. De zorg kan plaatsvinden in een beademingscentrum of thuis.

Mechanische beademing thuis

Onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum mag de beademing thuis plaatsvinden. In dat geval:

- Stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar.
- Levert het beademingscentrum de medisch-specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met mechanische beademing.

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een longarts.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 24 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- Een ziekenhuis.
- Een zelfstandig behandelcentrum.
- De praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

De zorg bestaat uit:

- Medisch-specialistische zorg.
- Uw behandeling en eventueel verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

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

Let op! De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bevoegd om 4 maal per jaar behandelingen op basis van “voorwaardelijke toelating” toe te wijzen. Daarom kunnen wij u in deze polisvoorwaarden geen actueel overzicht van deze behandelingen geven. Voor het meest actuele overzicht verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/Hoofdstuk2/1/11/Artikel22/>.

Hoeveel dagen verblijf vergoeden wij?

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan vergoeden wij een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1095 dagen.

De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1095 dagen:

- Verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.
- Verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van de 1095 dagen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of een andere medisch specialist.
- Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.

- De verwijzer (zie onder het eerste punt) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

Let op! In de volgende artikelen van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt. Het gaat om de volgende artikelen:

Artikel 9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder - kaakchirurgie

Artikel 14 Audiologisch centrum

Artikel 18 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg) voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Artikel 21 Astma Centrum in Davos

Artikel 22 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Artikel 23 Mechanische beademing

Artikel 25 Plastische chirurgie

Artikel 26 Revalidatie

Artikel 28 Thuisdialyse

Artikel 29 Transplantaties van organen en weefsels

Artikel 31 Bevalling en verloskundige zorg

Artikel 32 IVF, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, invriezen van sperma en eicelvitricatie

Artikel 34 Oncologieonderzoek bij kinderen

Artikel 40 Trombosedienst

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Het is mogelijk dat wij een zorgverlener niet gecontracteerd hebben. Ook is het mogelijk dat wij een zorgverlener niet voor bepaalde aandoeningen hebben gecontracteerd. Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet (voor uw aandoening) hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben en voor welke aandoeningen? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet (voor bepaalde aandoeningen) gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

U heeft geen recht op:

- Medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld.
- Behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek).
- Behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose.
- Behandelingen met sterilisatie als doel.
- Behandelingen die als doel hebben een sterilisatie ongedaan te maken.
- Behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie).

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. U vindt het recht op vergoeding van GGZ in artikel 17 en 18 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Artikel 25 Plastische chirurgie

Wij vergoeden chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- Afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
- Verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.
- De volgende aangeboren misvormingen:
 - Lip-, kaak- en gehemeltepletten.
 - Misvormingen van het benig aangezicht.
 - Goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel.
 - Geboortevlekken.
 - Misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- Verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- De buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - Verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraads verbranding.
 - Onbehandelbare smetten in huidplooiën.
 - Een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt).
- Primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard). **Let op!** Een zorgverlener met wie wij een contract hebben voert deze ingreep uit.

Als verblijf medisch noodzakelijk is, dan vergoeden wij dat op basis van artikel 24 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- Wij geven u vooraf schriftelijk toestemming.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op! U heeft geen recht op vergoeding van plastisch chirurgische behandelingen in een privékliniek.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden de volgende chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard niet vanuit de basisverzekering:

- Het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie.
- Het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.
- Liposuctie van de buik.
- Behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- Plastisch chirurgische ingrepen in een privékliniek.

Artikel 26 Revalidatie

Wij vergoeden u medisch-specialistische revalidatie (26.1) en geriatrische revalidatie (26.2).

26.1 Medisch-specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan vergoeden wij medisch-specialistische revalidatie uitsluitend als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

- Stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen.
- Een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

Wij vergoeden u de kosten als u niet-klinisch revalideert (deeltijd- of dagbehandeling). In een aantal gevallen vergoeden wij ook klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf snel betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.

Hoeveel dagen klinisch verblijf vergoeden wij?

Wordt u opgenomen? Dan vergoeden wij een periode van maximaal 1095 dagen die u ononderbroken in een kliniek verblijft. Dit geldt ook voor overige verblijven in (psychiatrische) ziekenhuizen. Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van de 1095 dagen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist.
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

26.2 Geriatrische revalidatie

U heeft recht op geriatrische revalidatiezorg. Deze zorg omvat integrale, multidisciplinaire revalidatiezorg. Het gaat om zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plagen te bieden, indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van de zelfredzaamheid en er (in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid) voor deze aandoening sprake is van voorafgaande medisch specialistische zorg. Geriatrische revalidatie is gericht op het verbeteren van de functionele beperkingen. Het doel van de revalidatie is dat u terugkeert naar de thuissituatie.

Hoeveel maanden geriatrische revalidatie vergoeden wij?

Wij vergoeden geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 6 maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatiezorg.
- De zorg moet binnen 1 week aansluiten op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden.
- Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg.
- De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering in een ziekenhuis of zorginstelling.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 27 Second opinion

Wilt u een second opinion? Dan heeft u daar recht op. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een 2^e, onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de 1^e arts.

Voorwaarden voor vergoeding

- De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisverzekering.
- U bent doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
- De second opinion heeft betrekking op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is en die uw 1^e behandelaar met u heeft besproken.
- Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw 1^e behandelaar aan de 2^e behandelaar.
- U moet met de second opinion terug naar de 1^e behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisverzekering verzekerde behandeling.

Artikel 28 Thuisdialyse

Ondergaat u een dialysebehandeling bij u thuis? Dan vergoeden wij de daarmee samenhangende kosten. Het betreft:

- De nodige aanpassingen in en aan de woning en voor later herstel in de oorspronkelijke staat. Wij vergoeden alleen de aanpassingskosten die wij redelijk vinden. Ook vergoeden wij deze aanpassingskosten alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien.
- Overige redelijke kosten die rechtstreeks met uw thuisdialyse samenhangen (zoals kosten voor elektriciteit en water). Ook hierbij vergoeden wij alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij geven u vooraf schriftelijk toestemming. Hiervoor moet u een begroting van de kosten hebben ingediend.

Let op! De reguliere kosten voor thuisdialyse, zoals apparatuur, deskundige begeleiding, onderzoek en behandeling worden vergoed op basis van medisch specialistische zorg. Leest u hiervoor artikel 24, van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Artikel 29 Transplantaties van organen en weefsels

Bij een orgaantransplantatie heeft u recht op vergoeding van de volgende behandelingen:

- Transplantatie van weefsels en organen in een ziekenhuis. De transplantatie vindt plaats in:
 - Een lidstaat van de Europese Unie.
 - Een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte.
 - Een andere staat. De donor moet dan wel woonachtig zijn in die staat en uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de 1^e, 2^e of 3^e graad zijn.
- Transplantatie van weefsels en organen in een zelfstandig behandelcentrum dat daarvoor bevoegd is op grond van wet- en regelgeving.

Bij een voorgenomen orgaantransplantatie vergoeden wij de kosten van specialistische geneeskundige zorg die verband houdt met het:

- Kiezen van de donor.
- Operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor.
- Onderzoeken, conserveren, verwijderen en vervoeren van het postmortale transplantatiemateriaal.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- Zorg waar de donor volgens deze polis recht op heeft. De donor heeft hier ten hoogste 13 weken recht op, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis. Bij een levertransplantatie is deze periode een half jaar, ook na de datum van ontslag uit het ziekenhuis. Dit moet het ziekenhuis zijn waarin de donor verbleef om het transplantatiemateriaal te selecteren of verwijderen. Daarnaast heeft u alleen recht op vergoeding van de verleende zorg als deze verband houdt met dat verblijf.
- Vervoer van de donor in de laagste klasse van het openbaar vervoer of, bij medische noodzaak, per auto. Het vervoer heeft te maken met selectie, verblijf en ontslag uit het ziekenhuis of met de zorg als bedoeld bij het eerste punt.
- Vervoer van en naar Nederland van een donor die woonachtig is in het buitenland. De donor heeft alleen recht als u een nier-, beenmerg- of levertransplantatie ondergaat in Nederland. De donor heeft ook recht op de overige transplantatiekosten die ermee te maken hebben dat de donor woonachtig is in het buitenland.

Let op! Voor het 2^e en 3^e punt geldt dat als de donor zelf een basisverzekering heeft afgesloten, het recht op vergoeding van de kosten van vervoer dan ten laste van de basisverzekering van de donor komt. Heeft de donor geen basisverzekering? Dan komen deze kosten ten laste van de basisverzekering van de ontvanger. Verblijfskosten in Nederland en eventuele misgelopen inkomsten horen hier niet bij.

Voorwaarde voor vergoeding

Vindt de transplantatie plaats in een niet door ons gecontracteerde instelling? Dan vraagt u ons vooraf schriftelijk om toestemming. Wilt u weten met welke instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Het is mogelijk dat wij een zorgverlener niet gecontracteerd hebben. Maar ook dat wij een zorgverlener voor bepaalde aandoeningen niet gecontracteerd hebben. Laat u zich behandelen in een zorgverlener dat wij (voor uw aandoening) niet gecontracteerd hebben? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben en voor welke aandoeningen? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen (voor bepaalde aandoeningen) bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 30 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikelen 17, 18 en 24 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). Maar u heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

Verzorging voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan omvat deze zorg alleen verpleging en verzorging als er sprake is van complexe somatische problematiek of van een lichamelijke handicap, waarbij er:

- Sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met 1 of meer specifieke verpleegkundige handelingen. U behoort dan tot de doelgroep voor intensieve kindzorg.

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis. U kunt dit reglement vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde voor vergoeding

Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

- U heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Die vergoeding vindt u in artikel 33 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.
- U heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit de basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Zwanger (worden)/baby/kind**Artikel 31 Bevalling en verloskundige zorg**

Bij de vergoeding van verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen met medische noodzaak (31.1) en zonder medische noodzaak (31.2).

31.1 Met medische noodzaak

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden:

- Het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).
- Verloskundige zorg door een verloskundige of, als deze niet beschikbaar is, door een huisarts. Ontvangt u verloskundige zorg van een verloskundige in een ziekenhuis? Dan moet deze zorg onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist vallen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verloskundigen als zorg plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

31.2 Zonder medische noodzaak

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden:

- Verloskundige zorg door een verloskundige of, als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.
- Het gebruik van de verloskamer als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 33,- per verblijfsdag (€ 16,50 voor de moeder en € 16,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 238,- per dag (€ 119,- voor de moeder en € 119,- voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 33,- ook het bedrag dat boven de € 238,- per dag uitkomt.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verloskundigen als zorg plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 32 In Vitro Fertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, invriezen van sperma en eicelvitricatie

U heeft recht op vergoeding van IVF (32.1), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (32.2), invriezen van sperma (32.3) en eicelvitricatie (32.4).

32.1 IVF

Bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u per te realiseren doorgaande zwangerschap recht op vergoeding van de 1^e, 2^e en 3^e IVF-poging, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Wat wordt verstaan onder een IVF-poging tot zwangerschap?

Een IVF-poging tot zwangerschap bestaat uit maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende 4 fasen:

1. Rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw.
2. Het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie).
3. Eicelbevruchting en opkweken van embryo's in het laboratorium.
4. Terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te laten ontstaan. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan mag bij de 1^e en 2^e poging maar 1 embryo worden teruggeplaatst.

Pas als de follikelpunctie geslaagd is (fase 2), tellen wij de poging mee. Daarna tellen alle pogingen mee die worden afgebroken, voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt opnieuw als een 1^e poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's (of het terugplaatsen van een embryo die is ontstaan na het ontdooien van een ingevroren onbevruchte eicel) valt onder de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan, zolang er geen doorgaande zwangerschap is ontstaan. Als er wel een doorgaande zwangerschap is ontstaan, dan mogen na deze zwangerschap ook de overige ingevroren embryo's (of het terugplaatsen van een embryo die is ontstaan na het ontdooien van een ingevroren onbevruchte eicel) worden teruggeplaatst. Als dit niet tot resultaat leidt, dan kan er weer met een IVF-behandeling gestart worden. Deze geldt dan als een 1^e poging.

Wat wordt verstaan onder doorgaande zwangerschap?

Er wordt onderscheid gemaakt tussen 2 verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- Fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de 1^e dag van de laatste menstruatie.
- Zwangerschap na een IVF-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat de niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat de ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling vindt plaats in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische verklaring nodig van uw behandelend arts.
- Voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland geven wij u vooraf schriftelijk toestemming.

Maximum vergoeding voor geneesmiddelen

Wij vergoeden u geneesmiddelen die nodig zijn voor een IVF-poging. Dit doen wij tot een bepaald maximum dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin de maximale vergoeding van geneesmiddelen staat.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden u de 4^e en volgende IVF-pogingen niet. Dat geldt ook voor de geneesmiddelen die nodig zijn voor de 4^e en volgende IVF-pogingen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

32.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u ook recht op vergoeding van andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor het recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen gelden de volgende voorwaarden:

- Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische verklaring nodig van uw behandelend arts.
- Wij geven u vooraf schriftelijk toestemming voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.

Maximum vergoeding voor geneesmiddelen

Wij vergoeden u geneesmiddelen die nodig zijn voor een vruchtbaarheidsbehandeling. Dit doen wij tot een bepaald maximum dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin de maximale vergoeding van geneesmiddelen staat.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden geen Kunstmatige Inseminatie met Donorsperma (KID) waarbij ander sperma dan van de wettelijke partner wordt gebruikt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

32.3 Sperma invriezen

Ondergaat u een medisch-specialistische behandeling met als mogelijk gevolg onbedoelde onvruchtbaarheid? Dan heeft u recht op vergoeding van het verzamelen, invriezen en bewaren van sperma.

Voorwaarden voor vergoeding

Het invriezen van sperma moet onderdeel zijn van een medisch-specialistisch oncologisch zorgtraject of een niet-oncologische vergelijkbare behandeling. Het moet dan gaan om:

- Een grote operatie aan of om uw geslachtsdelen.
- Een chemotherapeutische en/of radiotherapeutische behandeling waarbij uw geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

32.4 Eicelvitricatie

Wilt u menselijke eicellen of embryo's laten invriezen? Dan heeft u daar recht op bij de volgende medische indicaties:

- U ondergaat chemotherapie met risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis.
- U ondergaat een radiotherapeutische behandeling waarbij uw ovaria (eierstokken) in het stralingsveld liggen en hierdoor permanente schade kunnen oplopen.
- U ondergaat een operatie, waarbij op medische indicatie (grote delen van) uw beide ovaria (eierstokken) moeten worden verwijderd.

Ook recht op invriezen bij andere medische indicaties

Bij de volgende medische indicaties loopt u een verhoogd risico dat u vroegtijdig onvruchtbaar wordt. Wij spreken hiervan als er sprake is van premature ovariële insufficiëntie (poi) voordat u 40 jaar wordt. Ook dan heeft u recht op het invriezen. Het gaat om medische indicaties die samenhangen met de volgende kenmerken van de vrouwelijke fertiliteit (vruchtbaarheid):

- Het fragiele-X-syndroom.
- Het Turner syndroom (XO).
- Galactosemie.

U heeft bij deze medische indicaties recht op vergoeding van de volgende onderdelen van de behandeling:

- Follikelstimulatie.
- Eicelpunctie.
- Invriezen van de eicellen.

Ook recht op invriezen bij IVF-gebonden indicatie

Tijdens een IVF-poging heeft u in sommige gevallen vanuit doelmatigheidsoverwegingen ook recht op het invriezen. De poging moet dan wel onder de basisverzekering vallen. Het gaat om de volgende situaties:

- Er is onverwacht geen sperma van voldoende kwaliteit aanwezig.
- Er worden eicellen ingevroren in plaats van embryo's.

Bij IVF-gebonden indicatie heeft u alleen recht op het invriezen van eicellen.

Mogelijkheden na het invriezen van eicellen

Laat u na het invriezen uw eicellen weer ontdooien met als doel zwanger te worden? Dan bent u aangewezen op de fasen 3 en 4 van een IVF-poging (zie artikel 32.1 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

Let op! U moet bij terugplaatsing jonger zijn dan 43 jaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het invriezen vindt plaats in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Laat u zich behandelen in een ziekenhuis in het buitenland? Dan geven wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming.
- Op basis van de genoemde indicaties heeft u alleen recht op invriezen als u jonger dan 43 jaar bent.

Maximum vergoeding voor geneesmiddelen

Wij vergoeden u geneesmiddelen die nodig zijn voor het invriezen van eicellen. Dit doen wij tot een bepaald maximum dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin de maximale vergoeding van geneesmiddelen staat.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 33 Kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden kraamzorg. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat kraamverzorgenden plegen te bieden.

Kraamzorg kan plaatsvinden:

- **Thuis of in een geboorte- of kraamcentrum**

Voor kraamzorg thuis geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,20 per uur. Voor ligdagen in een geboorte- of kraamcentrum wordt maximaal 8 uur kraamzorg per ligdag in rekening gebracht. Hiervoor geldt ook een wettelijke bijdrage van € 4,20 per uur.

- **In het ziekenhuis**

Verblijft u zonder medische indicatie in het ziekenhuis? Dan geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 33,- per verblijfsdag (€ 16,50 voor de moeder en € 16,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 238,- per dag (€ 119,- voor de moeder en € 119,- voor het kind)?

Dan betaalt u naast die € 33,- ook het bedrag dat boven de € 238,- per dag uitkomt. U heeft recht op maximaal 10 dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Verlaten moeder en kind samen het ziekenhuis voordat deze 10 dagen verstreken zijn?

Dan bestaat er voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Voor dag 9 en 10 geldt dat deze alleen toegewezen kunnen worden op basis van een herindicatie door de verloskundige.

Hoeveel uren kraamzorg vergoeden wij?

Op hoeveel uur kraamzorg u recht heeft, hangt af van uw persoonlijke situatie na de bevalling. Het geboorte- of kraamcentrum stelt dit in goed overleg met u vast. Hierbij volgt het centrum het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Op onze website vindt u dit protocol en een toelichting erop. U kunt het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg ook bij ons opvragen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 34 Oncologieonderzoek bij kinderen

U heeft recht op vergoeding van zorg door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION). De SKION coördineert en registreert ingezonden lichaamsmateriaal en stelt de diagnose.

Artikel 35 Prenatale screening

U heeft als vrouwelijke verzekerde recht op vergoeding van:

- Counseling, waarbij u wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt.
- Het structureel echoscopisch onderzoek (SEO), ook wel de 20 weken echo genoemd.
- De combinatietest (nekplooiemeting in combinatie met een bloedonderzoek) naar aangeboren afwijkingen in het 1^e trimester van de zwangerschap. U heeft alleen recht op deze zorg als een huisarts, verloskundige of medisch specialist u op basis van een medische indicatie heeft doorverwezen.
- De Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT). U heeft alleen recht op deze zorg als u een medische indicatie of een positieve combinatie-test heeft. Is de uitslag van de combinatietest 1:200 of groter? Dan spreken we van een positieve test. **Let op!** Op de kosten van de NIPT kan eigen risico ingehouden worden.
- Invasieve diagnostiek. U heeft alleen recht op deze diagnostiek, als u een medische indicatie, een positieve combinatietest of een positieve niet-invasieve prenatale test heeft. Is de uitslag van de combinatietest of de niet-invasieve prenatale test 1:200 of groter? Dan spreken we van een positieve test.

Voorwaarde voor vergoeding

De zorgverlener die de prenatale screening uitvoert moet een WBO-vergunning hebben of een samenwerkingsverband hebben met een regionaal centrum met een WBO-vergunning.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u een prenatale screening uitvoeren door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Overig

Artikel 36 Diëtetiek

Wij vergoeden u 3 uur diëtetiek door een diëtist per kalenderjaar. Diëtetiek bestaat uit voorlichting en advies op het gebied van voeding en eetgewoonten. De diëtetiek heeft een medisch doel. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat diëtisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van diëtetiek vanuit de basisverzekering.
- Laat u zich adviseren op school? Dan vergoeden wij diëtetiek alleen als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Soms is bij gecontracteerde diëtisten geen verklaring nodig

In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde diëtisten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze diëtisten kunnen u adviseren zonder verwijzing. Dit noemen wij Directe Toegang Diëtist (DTD). Via de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde diëtisten die DTD aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de advisering? Dan is DTD niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer geeft op de verklaring aan dat de advisering aan huis moet plaatsvinden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich adviseren door een diëtist die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke diëtisten wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden u geen:

- Afspraken buiten reguliere werktijden.
- Niet-nagekomen afspraken.
- Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Artikel 37 Huisartsenzorg

U heeft recht op vergoeding van geneeskundige zorg verleend door een huisarts, bedrijfsarts of een vergelijkbare arts of zorgverlener die onder verantwoordelijkheid van de huisarts werkzaam is. Als een huisarts het aanvraagt, heeft u ook recht op röntgen- en laboratoriumonderzoek.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat huisartsen als zorg plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 38 Ketenzorg bij Diabetes Mellitus type 2, COPD, astma en/of VRM

U heeft recht op ketenzorg voor Diabetes Mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar of ouder), COPD, astma en/of vasculair risicomanagement (VRM) als wij hierover met een zorggroep afspraken hebben gemaakt.

Bij ketenzorg staat de patiënt met chronische aandoening centraal, zorgverleners van verschillende disciplines hebben een rol in het zorgprogramma.

Momenteel hebben wij ketenzorg ingekocht voor COPD, Diabetes Mellitus type 2, astma en VRM. De inhoud van deze programma's is afgestemd op de zorgstandaard Diabetes Mellitus, de zorgstandaard COPD, de zorgstandaard Astma of de zorgstandaard VRM.

Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorggroep

Maakt u gebruik van ketenzorg voor Diabetes Mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar of ouder), COPD, astma of VRM via een zorggroep die wij niet hebben gecontracteerd? Of heeft u Diabetes Mellitus type 2 en bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u recht op alleen de zorg zoals medisch specialisten, diëtisten en huisartsen die

plegen te bieden. Dat is de zorg zoals die is omschreven in artikel 24, 36 en 37 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis. Daarnaast heeft u bij Diabetes Mellitus type 2 recht op voetzorg zoals omschreven in artikel 2 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Wilt u weten met welke zorggroepen wij een contract hebben?

U vindt de door ons gecontracteerde zorggroepen op onze website www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Artikel 39 Stoppen-met-rokenprogramma

Wilt u stoppen met roken? Dan vergoeden wij u maximaal 1 keer per kalenderjaar een stoppen-met-rokenprogramma met als doel te stoppen met roken. Dit stoppen-met-rokenprogramma moet bestaan uit geneeskundige en eventuele farmacotherapeutische interventies die gedragsverandering ondersteunen met als doel stoppen met roken. Het gaat hierbij om ondersteuning zoals huisartsen, medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een medisch specialist.
- Farmacotherapie met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline, bupropion en varenicline wordt uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 40 Trombosedienst

Bij trombose heeft u recht op vergoeding van zorg door een trombosedienst. De zorg houdt in dat de dienst:

- Regelmatig bloedmonsters afneemt.
- De noodzakelijke laboratoriumonderzoeken verricht om de stollingstijd van uw bloed te bepalen. De trombosedienst kan deze onderzoeken ook laten verrichten. De trombosedienst blijft verantwoordelijk.
- Apparatuur en toebehoren aan u ter beschikking stelt om zelf de stollingstijd van uw bloed te meten.
- U opleidt om deze apparatuur te gebruiken en u begeleidt bij uw metingen.
- U adviseert over het gebruik van geneesmiddelen om uw bloedstolling te beïnvloeden.

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een medisch specialist.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Inhoudsopgave Algemene voorwaarden Aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen

Artikel	Bladzijde
1 Hoe sluit u de aanvullende (tandheelkundige) verzekering af?	41
2 Wat verzekert de aanvullende (tandheelkundige) verzekering?	41
3 Is er een verplicht en/of vrijwillig eigen risico?	42
4 Wat betaalt u?	42
5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?	42
6 Wanneer gaat uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering in? En hoe wijzigt u deze?	42
7 Hoe beëindigt u uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering?	42
8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering?	43
9 Hoe gaan wij om met materiële controle?	43

Algemene voorwaarden

Aanvullende (tandheeskundige) verzekeringen

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering zijn ook van toepassing op de aanvullende (tandheeskundige) verzekeringen. Uitzondering hierop is: Artikel 1.1 - Waarop is uw verzekering gebaseerd, de 1^e 3 punten.

Dit artikel uit de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis, een naturapolis, is dus niet van toepassing op de aanvullende (tandheeskundige) verzekeringen. Daarnaast zijn er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende (tandheeskundige) verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

Artikel 1 Hoe sluit u de aanvullende (tandheeskundige) verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende (tandheeskundige) verzekering aanvragen. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt het aanvraagformulier ook op onze website invullen. Wij gaan een aanvullende (tandheeskundige) verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1, op bladzijde 42 van deze algemene voorwaarden.

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende (tandheeskundige) verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag, als:

- U (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten.
- U zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis.
- Uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft.
- U op het moment dat u zich aanmeldt al zorg heeft of deze te verwachten is die valt onder de aanspraken vanuit de aanvullende (tandheeskundige) verzekeringen.
- U geen zorgverzekering heeft afgesloten en het Zorginstituut Nederland u een bestuurlijke boete heeft opgelegd. Tijdens de 12 maanden dat u ambtshalve verzekerd bent, kunt u geen aanvullende (tandheeskundige) verzekeringen bij ons afsluiten.

1.3 Verzekerden jonger dan 18 jaar

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? En zijn ze jonger dan 18 jaar? Dan kunt u een aanvullende (tandheeskundige) verzekering(en) voor uw kinderen afsluiten. Een aanvullende (tandheeskundige) verzekering is, net als de basisverzekering, gratis voor kinderen jonger dan 18 jaar. Voorwaarde is wel dat uw kinderen geen uitgebreidere aanvullende (tandheeskundige) verzekering afsluiten dan die van u of die van uw meeverzekerde partner. Wilt u voor uw kinderen toch een uitgebreidere aanvullende (tandheeskundige) verzekering afsluiten? Dan betaalt u hiervoor de premie die geldt in de leeftijdsklasse voor 18 tot en met 29 jaar. Die premie geldt ook indien geen ouder of voogd bij ons verzekerd is.

Artikel 2 Wat verzekert de aanvullende (tandheeskundige) verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van kosten vanuit de aanvullende (tandheeskundige) verzekering, mits u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende (tandheeskundige) verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat en dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is het moment dat uw behandeling is begonnen bepalend.

Het kan zijn dat wij vanuit de aanvullende (tandheeskundige) verzekeringen de kosten alleen vergoeden als u naar een gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we bij een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling een lager bedrag vergoeden. Dit leest u dan ook in het artikel.

2.2 Vergoeding van zorg bij verblijf in het buitenland

Ontvangt u in het buitenland medische zorg? Dan gelden voor de vergoeding van deze zorg bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen 11 en 12 onder Vergoedingen aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel 15 van de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis van toepassing op zorg in het buitenland.

Let op! Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is. Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 12 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons geen recht op vergoedingen vanuit de aanvullende (tandheeskundige) verzekering die via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende (tandheeskundige) verzekering vallen. Vanuit de aanvullende (tandheeskundige) verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- Vanuit de basisverzekering verstrekte lagere vergoedingen omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg.
- Kosten die met het (verplicht en/of vrijwillig) eigen risico van de basisverzekering zijn verrekend. Dat geldt niet voor het verplicht eigen risico als u gekozen heeft voor gespreide betaling ervan.
- Wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende (tandheeskundige) verzekering.

Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende (tandheeskundige) verzekeringen als de medische kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum. Ook niet als de medische kosten gedekt zouden zijn indien deze aanvullende (tandheeskundige) verzekeringen niet zou hebben bestaan.

2.4 Kosten die voortvloeien uit terrorisme

Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekeringen maximaal de uitkering zoals omschreven in het clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Dit clausuleblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorismeverzekerd.nl. Het clausuleblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

2.5 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

Heeft u meerdere verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden wij de nota's die u bij ons indient, achtereenvolgens vanuit:

- De basisverzekering.
- De OZF Wereld Zorgpolis.
- De aanvullende verzekeringen AV Compact / AV Royaal.
- De aanvullende tandheelkundige verzekeringen Tand Compact / Tand Royaal.

Artikel 3 Is er een verplicht en/of vrijwillig eigen risico?

Uw verplicht eigen risico en uw eventueel vrijwillig gekozen eigen risico zijn alleen van toepassing op de basisverzekering. Voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen geldt het eigen risico dus niet.

Artikel 4 Wat betaalt u?

4.1 Hoogte van uw premie

OZF stelt de premie vast. De te betalen premie staat op uw polisblad. Voor de premie van de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen hanteren wij leeftijdscategorieën. Overschrijdt u in 2016 een leeftijdsgrens? Dan betaalt u met ingang van 1 januari 2017 de premie van de nieuwe leeftijdscategorie.

Verzekerden tot 18 jaar betalen geen premie voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Hiervoor gelden echter wel voorwaarden. Deze leest u in artikel 1.3, op bladzijde 41 van deze algemene voorwaarden. Wordt de verzekerde 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de 1^e van de maand die volgt op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.

4.2 Als u de premie niet op tijd betaalt

Betaalt u (verzekeringnemer) uw premie niet op tijd? In aanvulling op artikelen 9 en 10 van de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis, beëindigen wij dan uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en). Wij doen dat als u (verzekeringnemer) uw premie niet betaalt binnen de gestelde betalingstermijn in onze 2^e schriftelijke aanmaning. Uw recht op vergoeding vervalt dan automatisch met ingang van de 1^e dag van de maand nadat de genoemde betalings-termijn is verstreken. De betalingsplicht blijft bestaan.

Is uw premieachterstand voldaan? Dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar opnieuw een aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en) afsluiten. Hier kan wel een medische beoordeling aan voorafgaan.

4.3 Verrekening

U mag een te betalen premie of een andere schuld aan ons niet verrekenen met een van ons te ontvangen vergoeding. Dat mag alleen als wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming geven. Wij kunnen uw vorderingen en schulden die ontstaan uit de OZF Zorgpolis en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en), onderling verrekenen. Deze verrekening geldt ook voor eventuele incasso- en deurwaarderskosten.

Artikel 5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

5.1 Wij kunnen uw premie en/of voorwaarden wijzigen

Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen en bloc of groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging voeren wij door op een datum die wij vaststellen. Deze wijzigingen gelden voor uw verzekering(en), ook als u al verzekerd was.

5.2 Als u niet akkoord gaat met de wijzigingen

Gaat u niet akkoord met de hogere premie of de beperking van de voorwaarden? Stuur ons dan een brief of e-mail. Doet u dat wel binnen 30 dagen nadat wij de wijziging(en) bekend hebben gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de premie en/of voorwaarden wijzigen.

5.3 Soms is opzeggen na wijzigingen in de premie en/of voorwaarden niet mogelijk

U kunt niet tussentijds opzeggen als de premieverhoging en/of de beperkingen van de voorwaarden en/of vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen. Dan geldt voor beëindigen de procedure zoals omschreven in artikel 7 van deze algemene voorwaarden.

Artikel 6 Wanneer gaat uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering in? En hoe wijzigt u deze?

6.1 Uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering gaat in op 1 januari

U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende basisverzekering uitbreiden met een aanvullende (tandheelkundige) verzekering. Dit kan tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. U sluit deze aanvullende (tandheelkundige) verzekering dan met terugwerkende kracht af, per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan.

6.2 Uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering wijzigen

Wilt u (verzekeringnemer) een al bij ons lopende aanvullende (tandheelkundige) verzekering wijzigen? Dan kan dat tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. Wij wijzigen uw verzekering dan met terugwerkende kracht, per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan.

Heeft u (verzekeringnemer) een lopende aanvullende (tandheelkundige) verzekering gewijzigd? Dan tellen de door u ontvangen vergoedingen mee voor uw nieuwe aanvullende (tandheelkundige) verzekering. Dit geldt voor zowel de (vergoedings)termijnen van de zorgaanspraken als voor het bepalen van de (maximale) vergoeding.

Artikel 7 Hoe beëindigt u uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering?

U (verzekeringnemer) kunt uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering beëindigen:

- Door een brief of e-mail te sturen waarin u uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De aanvullende (tandheelkundige) verzekering eindigt dan op 1 januari van het volgende jaar. Heeft u opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- Door gebruik te maken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een aanvullende (tandheelkundige)

verzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende (tandheelkundige) verzekering op. Wilt u (verzekeringnemer) geen gebruik maken van de opzegservice? Dan moet u (verzekeringnemer) dat aangeven op het aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

- Met ingang van de dag waarop u de onze basisverzekering beëindigt. Als u dat wilt kunt u de aanvullende (tandheelkundige) verzekering bij beëindiging van onze basisverzekering wel bij ons voortzetten.

Artikel 8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering?

Wij beëindigen zowel uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering als die van de verzekerden die op uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering zijn meeverzekerd:

- Op een door ons te bepalen tijdstip:
 - Als u (verzekeringnemer) de verschuldigde bedragen niet betaalt binnen de betalingstermijn die wij hiervoor in onze 2^e schriftelijke aanmaning stellen.
 - Als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de aanvullende (tandheelkundige) verzekering uit de markt halen.

- Met onmiddellijke ingang:

- Als u niet op tijd voldoet aan een verzoek om inlichtingen (eventueel schriftelijk), terwijl die inlichtingen nodig zijn om uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering goed uit te voeren.
- Als achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld. Of als blijkt dat u omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang zijn.
- Als u fraude pleegt en dit is aangetoond. Wat wij onder fraude verstaan, staat in artikel 20 van de algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis.

Artikel 9 Hoe gaan wij om met materiële controle?

Wij onderzoeken de rechtmatigheid en doelmatigheid van ingediende nota's. Bij rechtmatigheid controleren wij of de zorgverlener de prestatie ook daadwerkelijk heeft geleverd. Bij doelmatigheid controleren wij of de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie is gezien uw gezondheidstoestand. In dit onderzoek houden wij ons aan dat wat hierover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Begripsomschrijvingen

Hieronder vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in de voorwaarden voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en)

De aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en) die u als aanvulling op uw basisverzekering heeft afgesloten:

- AV Compact of AV Royaal.
- Tand Compact of Tand Royaal.

Hospice

Een instelling voor tijdelijke opvang van ongeneeslijk zieke patiënten en hun naasten in de laatste fase van hun leven.

Ongeval

Een plotselinge en onvoorziene gebeurtenis buiten de wil van verzekerde. Die gebeurtenis veroorzaakt medisch aantoonbaar lichamelijk letsel van buitenaf.

Wij/ons

Zorgverzekeraar OZF.

Zorgverzekeraar

Voor de uitvoering van de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen is dat OZF Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht, KvK-nummer 06088185.

Inhoudsopgave Vergoedingen aanvullende verzekeringen

AV Compact en AV Royaal

Artikel	Bladzijde	Artikel	Bladzijde
Alternatief			
1	46	19.2	52
2	46	19.3	53
Botten, spieren en gewrichten			
3	46	19.4	53
4	46	19.4.1	53
5	47	19.4.2	53
6	47	19.5	53
6.1	47	19.6	53
6.2	47	19.7	53
6.3	47	19.8	53
7	48	19.9	54
8	48	Medicijnen (geneesmiddelen)	
9	48	20	54
10	48	20.1	54
Buitenland			
11	49	20.2	54
12	49	20.3	54
12.1	49	Ogen en oren	
12.2	49	21	55
12.3	50	22	55
Fysiotherapie en oefentherapie			
13	50	23	55
14	50	Preventief	
14.1	50	24	55
14.2	51	25	56
15	51	26	56
Huid			
16	52	27	56
17	52	Spreken en lezen	
18	52	28	56
Hulpmiddelen			
19	52	Vervoer	
19.1	52	29	57
		29.1	57
		29.2	57
		29.3	57
		29.4	57

Artikel	Bladzijde	Artikel	Bladzijde
Ziekenhuis, behandeling en verpleging			
30	Circumcisie	58	
31	Mammaprint	58	
32	Plastische en cosmetische chirurgie	58	
32.1	Correctie van de bovenoogleden (met medische indicatie)	58	
32.2	Correctie van de oorstand (zonder medische indicatie)	59	
33	Sterilisatie	59	
Zwanger (worden)/baby/kind			
34	Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie	59	
35	Kraampakket	59	
36	Kraamzorg	59	
36.1	Eigen bijdrage kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum	60	
36.2	Eigen bijdrage partusassistentie	60	
36.3	Verlengde kraamzorg	60	
36.4	Uitgestelde kraamzorg	60	
37	Lactatiekundige zorg	60	
38	Poliklinische bevalling zonder medische indicatie	60	
39	TENS bij bevalling	60	
40	Zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger"	61	
41	Zwangerschapscursus	61	
Overig			
42	Diëtetiek door een diëtist	61	
43	Herstellingsoord of zorghotel	61	
44	Hospice	61	
45	Lidmaatschap patiëntenvereniging	62	
46	Therapeutische vakantiecampen	62	
46.1	Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen	62	
46.2	Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten	62	

Inhoudsopgave Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen Tand Compact en Tand Royaal

Artikel	Bladzijde	
47	Reguliere tandheelkundige zorg en mondhygiëne	63
48	Tandheelkundige zorg - kronen, bruggen, inlays en implantaten	63
49	Tandheelkundige zorg - orthodontie (beugel) voor verzekerden tot 22 jaar	63
50	Tandheelkundige zorg - wettelijke eigen bijdrage uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)	64

Inhoudsopgave Aanvullende voorwaarden OZF Wereld Zorgpolis

Artikel	Bladzijde	
51	Algemeen	64
52	Kring der verzekerden	64

Service Service bij een zorgverzekering van OZF

Vergoedingen aanvullende verzekeringen

AV Compact en AV Royaal

U kunt bij ons verschillende aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen afsluiten: AV Compact, AV Royaal, Tand Compact en Tand Royaal. Op uw polisblad staat welke verzekering(en) u bij ons heeft afgesloten. Hieronder vindt u de zorg die wij vanuit aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal vergoeden. Vanaf bladzijde 63 vindt u de zorg die wij vanuit aanvullende tandheelkundige verzekeringen Tand Compact en Tand Royaal vergoeden. Bij iedere vorm van zorg geven wij aan welk deel van de zorg verzekerd is en hoe hoog de vergoeding is. De vermelde vergoeding van zorg geldt per persoon, tenzij wij dit anders aangeven bij die medische zorg. Ook leest u welke voorwaarden er gelden voor vergoeding en wat wij niet vergoeden. Kunt u niet vinden wat u zoekt? Kijkt u dan eerst in de inhoudsopgave Vergoedingen aanvullende verzekeringen op bladzijde 44 en 45.

Alternatief

Artikel 1 Alternatieve geneesmiddelen

Wij vergoeden u homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een arts.
- De homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen staan geregistreerd in de G-standaard van de Z-index als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel (de Z-index is een database waarin alle geneesmiddelen zijn opgenomen die via een apotheek verkrijgbaar zijn).
- De homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen zijn geleverd door een apotheek.

AV Compact
Maximaal € 100,- per kalenderjaar
AV Royaal
100%

Artikel 2 Alternatieve geneeswijzen

Wij vergoeden u consulten of behandelingen van alternatief genezers of therapeuten.

Voorwaarden voor vergoeding

- Uw alternatief genezer of therapeut is aangesloten bij een beroepsvereniging die voldoet aan onze criteria. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.
- Het consult vindt plaats in het kader van een medische behandeling.
- Het consult vindt plaats op individuele basis, het is dus alleen voor u.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Als de alternatief genezer of therapeut ook uw huisarts is.
- Laboratoriumonderzoeken op verwijzing van de alternatief genezer of therapeut.
- Afslankkuren.
- Behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie.
- Werk- of schoolgerelateerde coaching.

AV Compact
Maximaal € 40,- per dag tot maximaal € 200,- per kalenderjaar
AV Royaal
Maximaal € 50,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

Botten, spieren en gewrichten

Artikel 3 Bewegen in extra verwarmd water bij reuma

Heeft u reuma? Dan vergoeden wij u oefentherapie in een zwembad met extra verwarmd water.

Voorwaarden voor vergoeding

- U geeft ons 1-malig een verklaring van een huisarts of medisch specialist. Uit deze verklaring moet blijken dat u oefentherapie in extra verwarmd water nodig heeft vanwege uw reuma.
- De oefentherapie vindt plaats in groepsverband en onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut/oefentherapeut en/of een reumapatiëntenvereniging.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Maximaal € 200,- per kalenderjaar

Artikel 4 Chiropractie

Wij vergoeden u behandelingen chiropractie.

Voorwaarde voor vergoeding

Uw chiropractor is aangesloten bij een door ons erkende vereniging: NCA, DCF, CCA of SCN.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Maximaal € 40,- per dag voor maximaal 24 behandelingen per kalenderjaar

Artikel 5 Osteopathie

Wij vergoeden u behandelingen osteopathie.

Voorwaarde voor vergoeding

Uw osteopaat is aangesloten bij een door ons erkende vereniging: NOF of NRO.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Maximaal € 50,- per dag voor maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar

Artikel 6 Pedicurezorg bij reumatische voet, diabetische voet of medische voet

6.1 Pedicurezorg bij reumatische voet

Heeft u een reumatische voet? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een medisch pedicure, pedicure-chiropracist of pedicure in de zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- U geeft ons 1-malig een verklaring van een huisarts of medisch specialist. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is in verband met:
 - Artritis bij darmziekten.
 - Artritis psoriatica (gewrichtsontsteking bij mensen met de huidziekte psoriasis).
 - Ziekte van Bechterew.
 - Chondrocalcinosis.
 - Jeugdreuuma.
 - Chronische jicht aan de voet(en).
 - Botziekte Paget.
 - Polyneuropathie chronische reactieve artritis.
 - Reumatoïde artritis.
 - Sclerodermie.
 - Ziekte van Still (jeugdreuuma).
 - Ernstige artrose aan de voet, met standsafwijkingen en/of vergroeiingen.
- De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'reumatische voet' (RV) of als medisch pedicure (MP).
- Gaat het om een (pedicure-)chiropracist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- Op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.
- Uit de nota blijkt dat het gaat om een onderzoek, behandeling of een speciale techniek en om welk type reumatische voet het gaat.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Het verwijderen van eelt om cosmetische redenen.
- Het knippen van nagels zonder medische redenen.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 150,- per kalenderjaar voor pedicurezorg bij reumatische voet en/of diabetische voet en/of medische voet samen

6.2 Pedicurezorg bij diabetische voet

Heeft u een diabetische voet en bent u ingedeeld in Zorgprofiel 1? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een medisch pedicure, pedicure-chiropracist of pedicure in de zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- U geeft jaarlijks een verklaring van een huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde aan de pedicure. Uit deze verklaring moet blijken dat u valt onder Zorgprofiel 1. Dit profiel staat beschreven in artikel 2 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.
- De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'diabetische voet' (DV) of als medisch pedicure (MP).
- Gaat het om een (pedicure-)chiropracist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- Op de nota moet het Zorgprofiel staan.
- Op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Het jaarlijks voetonderzoek. Dit valt, vanaf Zorgprofiel 1, onder de basisverzekering (zie de artikelen 2 en 38 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).
- Behandelingen vanaf Zorgprofiel 2. Deze vallen onder de basisverzekering (zie de artikelen 2 en 38 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).
- Het verwijderen van eelt om cosmetische redenen.
- Het knippen van nagels zonder medische redenen.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 150,- per kalenderjaar voor pedicurezorg bij reumatische voet en/of diabetische voet en/of medische voet samen

6.3 Pedicurezorg bij medische voet

Heeft u 1 van onderstaande aandoeningen? En ontstaan er medische klachten als u niet behandeld wordt? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een medisch pedicure, pedicure-chiropracist of pedicure in de zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- U geeft ons 1-malig een verklaring van een huisarts of medisch specialist. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is in verband met:
 - Perifere neuropathie.
 - HMSN.
 - Parese voet (bijvoorbeeld door CVA).
 - Dwarslaesie.
 - Sudeckse dystrofie/posttraumatische dystrofie.
 - Arteriosclerose obliterans.
 - Chronische tromboflebitis.
 - Tromboangitis obliterans (ziekte van Buerger).
 - Arteriële insufficiëntie.
 - Ernstige standsafwijkingen (met als gevolg veel eelt en likdoornvorming).
 - Hamertenen.
 - Keratoderma palmoplantaris.

- Tylotisch eczeem.
- Recidiverende erysipelas.
- Psoriasis nagels.
- Chemotherapie met problemen aan de nagels en voeten.
- Problemen aan de nagels en voeten door MS, ALS, spasme, morbus Kahler, Parkinson en epidermolysis bullosa.
- De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'reumatische voet' (RV) of als medisch pedicure (MP).
- Gaat het om een (pedicure-)chiroprodist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- Op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.
- Uit de nota moet blijken dat het gaat om een onderzoek, behandeling of een speciale techniek en om welk type medische voet het gaat.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Het verwijderen van eelt om cosmetische redenen.
- Het knippen van nagels zonder medische reden.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 150,- per kalenderjaar voor pedicurezorg bij reumatische voet en/of diabetische voet en/of medische voet samen

Artikel 7 Podotherapie/podologie/ podoposturale therapie

Wij vergoeden u podotherapeutische behandeling door een (sport) podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandelend podotherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- De behandelend sportpodotherapeut moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt een door de SCAS gecertificeerde sportpodotherapeut via: www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.
- De behandelend podoloog moet als Register-Podoloog B geregistreerd staan bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- De behandelend podoposturaal therapeut moet zijn aangesloten bij de beroepsvereniging Omni Podo Genootschap.
- Uit de nota blijkt dat het gaat om een onderzoek, een behandeling of een speciale techniek.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Schoenen en schoenaanpassingen.
- Voetonderzoek en behandeling van diabetische voeten.
- Pedicurebehandelingen uitgevoerd door een podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 100,- per kalenderjaar

Artikel 8 Sportarts

Wij vergoeden u blessure- of herhalingsconsulten door een sportarts in een sportmedische instelling.

Voorwaarden voor vergoeding

- De sportmedische instelling is gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde Sportmedische Instellingen via: www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.
- De sportmedische instelling is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

AV Compact

Maximaal € 130,- per kalenderjaar

AV Royaal

Maximaal € 130,- per kalenderjaar

Artikel 9 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden u een sportmedisch onderzoek of sportkeuring door een sportarts in een sportmedische instelling.

Voorwaarden voor vergoeding

- De sportmedische instelling is gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde sportmedische instellingen via: www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.
- De sportmedische instelling is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

AV Compact

Maximaal € 100,- per 2 kalenderjaren

AV Royaal

Maximaal € 100,- per 2 kalenderjaren

Artikel 10 Steunzolen

Wij vergoeden u (sport)steunzolen en/of orthesen. Of de reparatie ervan.

Voorwaarden voor vergoeding

De (sport)steunzolen moeten zijn gemaakt en geleverd of gerepareerd worden door:

- Een steunzolenleverancier die aangesloten is bij de NVOS Orthobanda. Of voldoen aan de kwaliteitseisen van NVOS Orthobanda.
- Een sportpodotherapeut die gecertificeerd is door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS) of het VSO-netwerk. Of voldoen aan de kwaliteitseisen van SCAS of het VSO-netwerk. U vindt een door de SCAS gecertificeerde sportpodotherapeut via: www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional. Een lid van het VSO-netwerk vindt u via: www.vsonetwerk.nl.

- Een podotherapeut die geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Een podoloog die als Register-Podoloog B geregistreerd staat bij de Stichting LOOP, of voldoet aan de kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- Uit de nota blijkt wat er gemaakt, geleverd en/of gerepareerd is.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 125,- per kalenderjaar

Buitenland

Artikel 11 Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)

Wij vergoeden u:

- Medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar een zorginstelling in Nederland.
- Vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het ziekenvervoer is het gevolg van spoedeisende zorg in het buitenland.
- Alarmcentrale Eurocross Assistance heeft vooraf toestemming gegeven voor het vervoer.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

Artikel 12 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden u zorg in het buitenland. Dat doen wij bij spoedeisende zorg in het buitenland (12.1), vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (12.2) en bij overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (12.3). Hieronder leest u hoeveel wij vergoeden en welke voorwaarden er gelden.

12.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

Wij vergoeden u medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden:

- Behandelingen door een huisarts of medisch specialist.
- Ziekenhuisopname en operatie.

- Behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven.
- Medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis.
- Tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Let op! Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij tandheelkundige zorg in het buitenland alleen als u aanvullende tandheelkundige verzekering Tand Compact of Tand Royaal heeft. Die kosten vallen dan onder 1 van deze aanvullende tandheelkundige verzekeringen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden u de kosten alleen als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
- U meldt een ziekenhuisopname direct via alarmcentrale Eurocross Assistance.
- Het doel van uw reis naar het buitenland was niet het ondergaan van de medische behandeling.
- Uw aaneengesloten verblijf in het buitenland is maximaal 365 dagen.

AV Compact

Aanvulling tot kostprijs bij maximaal 365 dagen verblijf in het buitenland

AV Royaal

Aanvulling tot kostprijs bij maximaal 365 dagen verblijf in het buitenland

12.2 Vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland

Is er sprake van ziekenhuisverblijf in een zorginstelling in België of Duitsland via onze afdeling Zorgbemiddeling? Dan vergoeden wij vervoer vanuit Nederland en weer terug naar Nederland. Dat geldt voor door ons gecontracteerd taxivervoer, vervoer per eigen auto en openbaar vervoer.

Voorwaarden voor vergoeding

- U geeft ons een specificatie van de gemaakte vervoerskosten.
- Er moet sprake zijn van wachttijdverkorting via onze afdeling Zorgbemiddeling.
- U heeft vooraf toestemming gekregen via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van vervoer en op welke vorm van vervoer. U belt de Vervoerslijn via (071) 365 4 154.
- In geval van taxivervoer moet u gebruik maken van een door ons gecontracteerde taxivervoerder. Niet-gecontracteerd taxivervoer vergoeden wij niet.

AV Compact

Gecontracteerd taxivervoer 100%
Openbaar vervoer 100% (laagste klasse)
Eigen vervoer € 0,30 per kilometer

De totale vergoeding is maximaal € 1.000,- per kalenderjaar

AV Royaal

Gecontracteerd taxivervoer 100%
Openbaar vervoer 100% (laagste klasse)
Eigen vervoer € 0,30 per kilometer

De totale vergoeding is maximaal € 1.000,- per kalenderjaar

12.3 Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland

Wordt u op grond van artikel 12.2 vanuit Nederland via onze afdeling Zorgbemiddeling voor zorg opgenomen in een zorginstelling in België of Duitsland? Dan vergoeden wij voor uw gezinsleden:

- De overnachtingskosten in een in de buurt van het ziekenhuis gelegen gasthuis.
- Een kilometervergoeding bij vervoer per eigen auto, openbaar vervoer of taxivervoer van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarden voor vergoeding

- U geeft ons een specificatie van de gemaakte overnachtings- en vervoerskosten.
- Uw gezinsleden hebben bij ons een aanvullende verzekering AV Compact of AV Royaal.

AV Compact

Overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen
Eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer: € 0,30 per kilometer tot maximaal 700 kilometer per opname

AV Royaal

Overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen
Eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer: € 0,30 per kilometer tot maximaal 700 kilometer per opname

Fysiotherapie en oefentherapie

Artikel 13 Beweegprogramma's

Wij vergoeden u beweegprogramma's. Een beweegprogramma is bedoeld voor mensen die door hun ziekte of klacht meer zouden moeten bewegen, maar dit niet kunnen. In een beweegprogramma leert u van een fysiotherapeut en/of oefentherapeut zelfstandig te bewegen, zodat u dit ook na het beweegprogramma kunt voortzetten.

In de volgende gevallen vergoeden wij de kosten:

- U heeft obesitas (BMI > 30).
- U valideert van voormalig hartfalen.
- U heeft reuma (wij gebruiken de definitie van reuma zoals het Reumafonds die heeft bepaald).
- U heeft diabetes type 2.
- U heeft COPD met een lichte tot matige ziektelast met een longfunctiewaarde van FEV1/VC < 0,7, een benauwdheidscore > 2 op de MRC-schaal en een gezondheidsscore van > 1 tot 1,7 op de CCQ-schaal.
- U heeft een oncologische aandoening of herstelt hiervan.

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

U volgt het beweegprogramma bij een hiervoor door ons gecontracteerde fysiotherapeut en/of oefentherapeut. U vindt een gecontracteerde fysiotherapeut en/of oefentherapeut met als specialisatie 'beweegprogramma' via de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker.nl. Of neemt u hiervoor contact met ons op.

AV Compact

Maximaal € 175,- per aandoening voor de totale duur van de aanvullende verzekering

AV Royaal

Maximaal € 350,- per aandoening voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Artikel 14 Fysiotherapie en oefentherapie

14.1 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Wij vergoeden uw behandeling door een fysiotherapeut en/of een oefentherapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij ook als een huidtherapeut u behandelt.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op vergoeding van de kosten voor fysiotherapie of oefentherapie (zie artikel 4.1 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis)? Dan worden de 1^e 20 behandelingen per aandoening niet vergoed vanuit de basisverzekering. Van die 20 behandelingen:

- Vergoeden wij er 12 vanuit AV Compact. U betaalt dus 8 behandelingen zelf (behandeling 13 tot en met 20).
- Vergoeden wij ze alle 20 vanuit AV Royaal (namelijk maximaal 27 behandelingen).

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde therapeut

Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. Wilt u weten met welke fysiotherapeuten, oefentherapeuten en huidtherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Soms is bij een gecontracteerde fysiotherapeut en/of oefentherapeut geen verwijzing nodig

In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/ Oefentherapie). Via de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker vindt u de door ons gecontracteerde therapeuten die DTF of DTO aanbieden. U kunt hiervoor ook contact met ons opnemen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Een individuele behandeling of groepsbehandeling die alleen tot doel heeft om door middel van training de conditie te bevorderen.
- Zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Toeslagen voor:
 - Afspraken buiten reguliere werktijden.
 - Niet-nagekomen afspraken.
 - Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

- Verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefen-therapeut heeft verstrekt.
- Een individuele behandeling als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt zoals omschreven in artikel 13 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.

AV Compact
Maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar
AV Royaal
Maximaal 27 behandelingen per kalenderjaar

14.2 Fysiotherapie, oefen-therapie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden uw behandeling door een fysiotherapeut en/of een oefen-therapeut. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij ook als een huidtherapeut u behandelt.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefen-therapie? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 4.2 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde therapeut

Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefen-therapeut of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. Wilt u weten met welke fysiotherapeuten, oefen-therapeuten en huidtherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Soms is bij een gecontracteerde fysiotherapeut en/of oefen-therapeut geen verwijzing nodig

In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde fysiotherapeuten en oefen-therapeuten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze fysiotherapeuten en oefen-therapeuten kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/ Oefen-therapie). Via de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker vindt u de door ons gecontracteerde therapeuten die DTF of DTO aanbieden. U kunt hiervoor ook contact met ons opnemen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Een individuele behandeling of groepsbehandeling die alleen tot doel heeft om door middel van training de conditie te bevorderen.
- Zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Toeslagen voor:
 - Afspraken buiten reguliere werktijden.
 - Niet-nagekomen afspraken.
 - Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

- Verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefen-therapeut heeft verstrekt.
- Een individuele behandeling als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt zoals omschreven in artikel 13 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.

AV Compact
Gecontracteerd: onbeperkt aantal behandelingen per kalenderjaar Niet-gecontracteerd: maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar
AV Royaal
Gecontracteerd: onbeperkt aantal behandelingen per kalenderjaar Niet-gecontracteerd: maximaal 27 behandelingen per kalenderjaar

Artikel 15 Fysiotherapeutische nazorg

Wij vergoeden u fysiotherapeutische nazorg in verband met:

- Oncologische nazorg: behandeling voor behoud of verbetering van fitheid tijdens of na de medische behandeling van kanker én op herstel gerichte behandeling van klachten van (dreigend) lymfoedeem, littekenweefsel of andere problemen als gevolg van medische behandeling van kanker.
- CVA nazorg: fysiotherapeutische zorg na een beroerte (cerebro vasculair accident, CVA) door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie.
- Hart- en vaatziekten door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie?

Dan worden de eerste 20 behandelingen per aandoening niet vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel 4.1 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis). Van die 20 behandelingen:

- Vergoeden wij er 12 vanuit AV Compact. U betaalt dus 8 behandelingen zelf (behandeling 13 tot en met 20).
- Vergoeden wij ze alle 20 vanuit AV Royaal (namelijk maximaal 27 behandelingen).

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

U volgt het fysiotherapeutisch nazorgtraject bij een PlusPraktijk fysiotherapie die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke PlusPraktijken fysiotherapie wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

Huid

Artikel 16 Acnébehandeling

Wij vergoeden u acnébehandelingen (in het gezicht) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de daarbij gebruikte middelen en/of materialen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist staat met de specialisatie 'Acné' geregistreerd bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).
- De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de kwaliteitseisen van NVH.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Camouflagetherapie bij dezelfde indicatie (zie artikel 17 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen).
- Lasertherapie voor couperose, pigment- of ouderdomsvlekken, wijnvlekken en vasculaire aderen.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 350,- per kalenderjaar

Artikel 17 Camouflagetherapie

Wij vergoeden u camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de daarbij gebruikte middelen en/of materialen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- Het moet gaan om de behandeling van littekens, wijnvlekken of pigmentvlekken in hals en/of gezicht.
- De schoonheidsspecialist staat met de specialisatie 'Camouflage' geregistreerd bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).
- De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de kwaliteitseisen van NVH.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Acnébehandeling bij dezelfde indicatie (zie artikel 16 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen).
- Lasertherapie voor couperose, pigment- of ouderdomsvlekken, wijnvlekken en vasculaire aderen.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 350,- per kalenderjaar

Artikel 18 Epilatiebehandeling

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden elektrische epilatie en Intense Pulsed Light (IPL) behandelingen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut. Of laserepilatiebehandelingen door een huidtherapeut of een erkende laserkliniek.

Voorwaarden voor vergoeding

- Er is sprake van ernstig ontsierende gezichtsbehandling.
- U bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist staat met de specialisatie 'Elektrisch epilieren' of 'Ontharingstechnieken' geregistreerd bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).
- De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de kwaliteitseisen van NVH.
- De lasertherapie vindt plaats in een gekwalificeerde instelling waaraan een dermatoloog verbonden is.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 545,- voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Hulpmiddelen

Artikel 19 Hulpmiddelen

Wij vergoeden u hulpmiddelen en/of de (wettelijke) eigen bijdrage op deze hulpmiddelen. Hieronder leest u om welke hulpmiddelen het gaat en welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

19.1 Eigen bijdrage pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage op een pruik.

Voorwaarde voor vergoeding

U heeft recht op vergoeding van een pruik vanuit de basisverzekering (zie artikel 5 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 200,- per kalenderjaar

19.2 Handspalk

Wij vergoeden de kosten van een handspalk wanneer deze nodig is voor fysiotherapeutische nazorg bij specialistische handproblematiek.

Voorwaarde voor vergoeding

Een handtherapeut die het certificaat handtherapeut (CHT-NL) bezit levert de handspalk. U vindt de CHT-NL gecertificeerde handtherapeuten via de website www.handtherapie.com/zoek-uw-handtherapeut.

AV Compact

Maximaal € 40,- per kalenderjaar voor een vinger- of kleine duimspalk
 Maximaal € 60,- per kalenderjaar voor een pols-, hand- of grote duimspalk
 Maximaal € 90,- per kalenderjaar voor een dynamische of statische spalk

AV Royaal

Maximaal € 40,- per kalenderjaar voor een vinger- of kleine duimspalk
 Maximaal € 60,- per kalenderjaar voor een pols-, hand- of grote duimspalk
 Maximaal € 90,- per kalenderjaar voor een dynamische of statische spalk

19.3 Hoofdbedekking bij oncologische behandelingen

Kiest u bij oncologische behandelingen voor een andere vorm van hoofdbedekking dan een pruik? Dan vergoeden wij u een Toupim (pruik aan een haarband), sjaal, mutsje, petje of bandana.

Voorwaarde voor vergoeding

U schaft de hoofdbedekking aan bij een door ons erkende specialzaak.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 150,- per kalenderjaar

19.4 Persoonlijke alarmeringsapparatuur op medische indicatie**19.4.1 Persoonlijke alarmeringsapparatuur via een door ons gecontracteerde leverancier**

Wij vergoeden u de abonnementskosten van het gebruik van persoonlijke alarmeringsapparatuur via een door ons gecontracteerde leverancier.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Voorwaarde voor vergoeding

U heeft recht op vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de basisverzekering (zie artikel 5 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

19.4.2 Persoonlijke alarmeringsapparatuur via een niet-gecontracteerde leverancier

Gebruikt u persoonlijke alarmeringsapparatuur via een leverancier die wij niet gecontracteerd hebben? Dan vergoeden wij u (een deel van) de abonnementskosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- U heeft recht op vergoeding van de kosten van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de basisverzekering (zie artikel 5 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).
- U heeft vooraf toestemming van ons gekregen.

AV Compact

Maximaal € 35,- per kalenderjaar

AV Royaal

Maximaal € 35,- per kalenderjaar

19.5 Plakstrips mammaprothese

Draagt u na borstamputatie een uitwendige mammaprothese? Dan vergoeden wij u plakstrips om deze prothese mee te bevestigen.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

19.6 Plaswekker

Wij vergoeden u de aanschaf of huur van een plaswekker. Ook vergoeden wij het bijbehorende broekje.

AV Compact

Maximaal € 100,- voor de totale duur van de aanvullende verzekering

AV Royaal

Maximaal € 100,- voor de totale duur van de aanvullende verzekering

19.7 Steunpessarium

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium die u gebruikt om een blaas- of baarmoederverzakking te voorkomen of te verlichten.

Voorwaarde voor vergoeding

Uw huisarts moet het steunpessarium leveren.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

100%

19.8 Trans-therapie

Wij vergoeden de huur van de apparatuur voor Trans-therapie ter behandeling van incontinentie.

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een arts, bekkenbodempysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Een hiervoor door ons gecontracteerde leverancier levert de apparatuur.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? U vindt ze via de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

19.9 Zelfhulpprogramma IncoCure

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met incontinentieproblemen de kosten van het online behandelingstraject van IncoCure.

Dit zelfhulpprogramma bestaat uit een digitale vragenlijst, waarna u online een diagnose krijgt. U krijgt behandeladvies op maat. Voor het invullen van de vragenlijst gaat u rechtstreeks naar de website van IncoCure: www.incocure.com.

AV Compact
Maximaal € 15,- per kalenderjaar
AV Royaal
Maximaal € 15,- per kalenderjaar

Medicijnen (geneesmiddelen)**Artikel 20 Farmaceutische zorg**

Wij vergoeden u de wettelijke eigen bijdrage op farmaceutische zorg (20.1). Ook vergoeden wij melatonine (20.2) en anticonceptiva (20.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er gelden voor vergoeding.

20.1 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

Sommige medicijnen betaalt u deels zelf en vergoeden wij deels vanuit de basisverzekering (zie artikel 6 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis). Het deel dat u zelf moet betalen, is de wettelijke eigen bijdrage. Wij vergoeden deze wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om farmaceutische zorg die wij vanuit de basisverzekering vergoeden. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden de eigen bijdrage niet als gevolg van overschrijding van de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Maximaal € 250,- per kalenderjaar

20.2 Melatonine

Wij vergoeden generieke melatonine tabletten.

Voorwaarden voor vergoeding

- De melatonine tabletten zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog die verbonden is aan een door ons gecontracteerde instelling. Wilt u weten met welke instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.
- Wordt ook Concerta, Ritalin of Methylfenidaat gebruikt? Dan mag de huisarts de melatonine tabletten ook voorschrijven.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Wij vergoeden de levering van melatonine tabletten alleen via:

- Online apotheek eFarma.
- Een andere door ons gecontracteerde apotheek. Er geldt dan een maximale vergoeding per kalenderjaar. Het meerdere betaalt u dus zelf. Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Let op! Kreeg u al een vergoeding voor melatonine tabletten geleverd via eFarma? Dan vergoeden wij in dat kalenderjaar geen melatonine tabletten meer die een door ons gecontracteerde apotheek levert. En dat is andersom ook het geval.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Levering door online apotheek eFarma: 100% Levering door gecontracteerde apotheek: maximaal € 100,- per kalenderjaar

20.3 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar of ouder

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden van 21 jaar of ouder hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's).

Voorwaarden voor vergoeding

- Het anticonceptiemiddel is voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist.
- Voor de anticonceptiepil is alleen bij de 1^e aflevering een recept van een huisarts of medisch specialist noodzakelijk.
- Het anticonceptiemiddel is opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Een door ons gecontracteerde apotheek levert het anticonceptiemiddel. Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

Bij plaatsing van een spiraaltje door een gynaecoloog vergoeden wij zowel de plaatsing als de spiraal zelf vanuit de basisverzekering. Er kan dan wel sprake zijn van inhouding van eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts vergoeden wij zowel de plaatsing als de spiraal zelf vanuit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. De plaatsing van de spiraal door de huisarts is vrijgesteld van eigen risico.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- De wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS). Leest u hiervoor artikel 20.1 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.
- Anticonceptiva als wij deze vergoeden vanuit de basisverzekering op grond van medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies).

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

Ogen en oren**Artikel 21 Brillen en/of contactlenzen**

Wij vergoeden voor brillen en/of contactlenzen een maximumbedrag per periode van 2 kalenderjaren. De periode start op 1 januari in het jaar van de 1^e aanschaf.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een opticien of optiekbedrijf levert u de brillen en/of contactlenzen.
- De glazen en/of contactlenzen zijn op sterkte.

AV Compact
Maximaal € 100,- per 2 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
AV Royaal
Maximaal € 200,- per 2 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

Artikel 22 Ooglaseren of lensimplantatie

Wij vergoeden een ooglaserbehandeling of de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij lensimplantatie.

Voorwaarden voor vergoeding

- U heeft 6 maanden voorafgaande aan de ooglaserbehandeling of lensimplantatie van ons geen vergoeding gekregen voor een bril of contactlenzen.
- Het recht op vergoeding van brillen en/of contactlenzen (zie artikel 21 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen) vervalt voor de duur van 10 jaar vanaf de datum dat de ooglaserbehandeling of lensimplantatie plaatsvindt.
- De oogarts die de behandeling uitvoert staat als refractiechirurg geregistreerd bij het Nederlands Oogheilkundig Genootschap (NOG) Is de specialist niet geregistreerd bij het NOG? Dan moet hij/zij voldoen aan de richtlijnen van dit genootschap en zich houden aan de criteria gesteld in de consensus refractiechirurgie.
- Laat u de ooglaserbehandeling of lensimplantatie in het buitenland uitvoeren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Er geldt een wachttijd van 12 maanden voor nieuwe verzekerden. Dit betekent dat u pas 12 maanden na inschrijving bij ons, recht heeft op deze vergoeding.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Maximaal € 500,- per oog voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Artikel 23 Hoortoestel (wettelijke eigen bijdrage) voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Schaft u een hoortoestel aan dat vanuit de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komt? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage van 25% op een hoortoestel.

Voorwaarden voor vergoeding

- U heeft recht op vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 5 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).
- U bent 18 jaar of ouder.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Schaft u een hoortoestel aan bij een leverancier die wij niet hebben gecontracteerd? Dan geldt een maximale vergoeding van € 100,- per hoortoestel.

Wilt u weten met welke hoortoestelleveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Gecontracteerd: 100% Niet-gecontracteerd: maximaal € 100,- per hoortoestel

Preventief**Artikel 24 Consulten, vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland**

Gaat u op reis naar het buitenland? Dan vergoeden wij u consulten, noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland. Onder noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen verstaan wij de vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) noodzakelijk zijn. Op de website www.lcr.nl/landen ziet u per land welke vaccinaties geadviseerd worden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Gaat u voor consulten, vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan geldt er een maximale vergoeding per kalenderjaar. Het meerdere betaalt u dus zelf.

Let op! Kreeg u al een vergoeding voor consulten, vaccinaties en geneesmiddelen via een gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij in dat kalenderjaar geen consulten, vaccinaties en geneesmiddelen meer via een niet-gecontracteerde zorgverlener. En dat is andersom ook het geval.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

AV Compact

Gecontracteerd: 100%
Niet-gecontracteerd: maximaal € 75,- per kalenderjaar

AV Royaal

Gecontracteerd: 100%
Niet-gecontracteerd: maximaal € 100,- per kalenderjaar

Artikel 25 Griepvaccinaties

Wij vergoeden u griepvaccinaties.

Voorwaarde voor vergoeding

De griepvaccinatie valt niet onder het landelijke vaccinatieprogramma.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

100%

Artikel 26 Preventieve cursussen

Wij vergoeden de volgende (preventieve) cursussen:

- Bij hartproblemen: een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hartproblemen. De cursus wordt georganiseerd door een thuiszorginstelling.
- Bij lymfoedeem: een bewustwordings- en/of zelfmanagementcursus met als doel patiënten te leren zelf actief bij te dragen aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. Een docent die de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem heeft gevolgd bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) geeft de cursus. Een lijst met bevoegde docenten vindt u op onze website of u kunt deze bij ons opvragen.
- Bij reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew: een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hun ziekte. Het Reumafonds of een thuiszorginstelling organiseert de cursus.
- Bij diabetes type 2: een patiënten-, basis- of vervolgeducatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling.
- Als u wilt afvallen:
 - Een cursus georganiseerd door een thuiszorginstelling.
 - 1 van de schriftelijke en online programma's georganiseerd door Happy Weight.
 - Het 10-weekse voedings- en beweegprogramma 'Afvallen & Afblijven' georganiseerd door een aanbieder waarmee wij afspraken hebben gemaakt. Wilt u weten met welke aanbieders wij afspraken hebben gemaakt? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u contact met ons op.
- Als u wilt stoppen met roken een cursus georganiseerd door:
 - Allen Carr.
 - I Quit Smoking.
 - Een thuiszorginstelling.
 - Hiervoor door ons gecontracteerde lasertherapeuten bij Prostop Lasertherapie, Lasercentrum Smoke Free en Lasercentra Noord-Oost Nederland.

- Een basis reanimatie-/AED-cursus georganiseerd via de Nederlandse Hartstichting.
- Een EHBO-cursus: die opleidt tot het diploma 'Eerste Hulp' van het Oranje Kruis of het certificaat 'Eerste Hulp' van het Rode Kruis. De cursus wordt georganiseerd door:
 - De plaatselijke EHBO-vereniging.
 - Het Rode Kruis.
 - Iedereen EHBO (internetcursus).
- Een cursus eerste hulp bij kindergevallen, georganiseerd door:
 - Een thuiszorginstelling.
 - Plaatselijke EHBO-vereniging.
 - Iedereen EHBO bij kinderen (internetcursus EHBO bij kinderen).
- Een online slaapcursus georganiseerd door Somnio. U krijgt online professioneel advies en praktische oplossingen om beter te slapen.

Voorwaarde voor vergoeding

U geeft ons een origineel bewijs van aanmelding en betaling.

AV Compact

Maximaal € 100,- per cursus per kalenderjaar

AV Royaal

Maximaal € 100,- per cursus per kalenderjaar

Artikel 27 Zelftest darmkankerscreening

Wij vergoeden een iFOBT-test in het kader van darmkankerscreening. U kunt deze test thuis uitvoeren. De test wordt ook gebruikt in het landelijk bevolkingsonderzoek.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent 50 jaar of ouder.
- U heeft geen recht op het landelijk bevolkingsonderzoek darmkanker.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 15,- per kalenderjaar

Spreken en lezen

Artikel 28 Stottertherapie

Wij vergoeden stottertherapie. U laat zich behandelen voor stottertherapie volgens:

- De methode van het Del Ferro Instituut in Amsterdam.
- De Hausdörfermethode van het Instituut 'Natuurlijk Spreken' in Winterswijk.
- De BOMA-methode in het instituut 'De Pauw' in Harlingen.
- Het McGuire stotterprogramma.

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of tandarts.

AV Compact

Maximaal € 225,- voor de totale duur van de aanvullende verzekering

AV Royaal

Maximaal € 500,- voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Vervoer**Artikel 29 Vervoer en overnachting in een gasthuis**

Wij vergoeden de kosten van zittend ziekenvervoer (29.1), van bezoekkosten (29.2), van overnachtingskosten in een gasthuis bij een poliklinische behandelcyclus (29.3) en van overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden bij ziekenhuisverblijf (29.4). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

29.1 Vervoer van zieken

Wij vergoeden zittend ziekenvervoer als u om medische redenen geen gebruik kunt maken van openbaar vervoer.

Wij vergoeden eigen vervoer per auto of (meerpersoons) taxivervoer naar en van:

- Een ziekenhuis of kraaminrichting voor verblijf (verblijfsduur van 24 uur of langer).
- Een orthopedisch instrumentmaker om uw prothese aan te passen.
- Een inrichting waarin u ten laste van de Wlz verblijft en/of wordt behandeld.

Voorwaarden voor vergoeding

- U heeft geen recht op vergoeding van vervoer vanuit de basisverzekering (zie artikel 20 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).
- U heeft vooraf toestemming gekregen via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vergoeding van vervoer en op welke vorm van vervoer u recht heeft. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is (071) 365 4 154.
- Het vervoer houdt verband met zorg die wordt vergoed vanuit de basisverzekering, de Wlz of de aanvullende verzekering.
- U laat zich behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg die nodig is geleverd kan worden. Hierover kunnen wij met u vooraf andere afspraken maken.
- De afstand tot de zorgverlener is niet meer dan 200 kilometer. Hierover kunnen wij met u vooraf andere afspraken maken.
- Verblijft u na zorgbemiddeling in een ziekenhuis in België of Duitsland? Dan kunnen wij de kosten van het vervoer vergoeden vanuit artikel 12.2 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde taxivervoerder

Maakt u gebruik van taxivervoer door een vervoerder die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke taxivervoerders wij een contract hebben? Bel dan met de Vervoerslijn via (071) 365 4 154.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Eigen vervoer € 0,30 per kilometer
Gecontracteerd (meerpersoons) taxivervoer 100%
Niet-gecontracteerd taxivervoer maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief

De totale vergoeding is maximaal € 1.000,- per kalenderjaar

Let op! Er geldt een eigen bijdrage van € 98,- per persoon per kalenderjaar. Deze hoeft u niet te betalen als u de wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer vanuit de basisverzekering al heeft volgemaakt. Zie hiervoor artikel 20.2 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

29.2 Bezoekkosten

Verblijft een tot het gezin behorende OZF-verzekerde in een in Nederland gelegen ziekenhuis of erkende revalidatie-instelling? Dan vergoeden wij het vervoer voor maximaal 3 bezoeken per kalenderweek, voor alle gezinsleden samen. De 1^e 80 kilometer per bezoekdatum betaalt u zelf.

Voorwaarden voor vergoeding

- Uw gezinsleden hebben bij ons een aanvullende verzekering AV Royaal.
- Is er vanuit Nederland sprake van opname in een zorginstelling in België of Duitsland via onze afdeling Zorgbemiddeling? Dan kunnen wij de vervoerskosten onder voorwaarden vergoeden vanuit artikel 12.3 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden vervoerskosten niet bij verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

€ 0,30 per kilometer, ongeacht de wijze van vervoer

29.3 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Ondergaat u een poliklinische behandelcyclus? Dan vergoeden wij u de overnachting in een in de buurt van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis in Nederland. Er is sprake van een poliklinische behandelcyclus als u op 2 of meer aaneengesloten dagen wordt behandeld, maar u niet in het ziekenhuis verblijft.

Wat wij niet vergoeden

De kosten van de overnachting voorafgaand aan de 1^e behandeldag.

AV Compact

Maximaal € 35,- per dag

AV Royaal

Maximaal € 35,- per dag

29.4 Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisverblijf

Verblijft u in een ziekenhuis in Nederland dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt? Dan vergoeden wij:

- De overnachting van uw gezinsleden in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis dat in de buurt van het ziekenhuis ligt.
- Ongeacht de wijze van vervoer € 0,30 per kilometer voor vervoer van uw gezinsleden per eigen auto, openbaar vervoer (2^e klasse) of taxi vanaf uw woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis. En de kosten van vervoer tussen gasthuis en ziekenhuis.

Wij vergoeden u deze kosten ook als de behandeling plaatsvindt op maximaal 55 kilometer vanaf de Nederlandse grens in België of Duitsland en er geen sprake is van zorgbemiddeling zoals bedoeld in artikel 12.2 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U overlegt een specificatie van de gemaakte kosten aan ons.
- Uw gezinsleden zijn ook bij ons aanvullende verzekerd.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden niet als u in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft.

AV Compact

Overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen
Eigen vervoer, openbaar vervoer (laagste klasse) of taxivervoer: € 0,30 per kilometer

AV Royaal

Overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen
Eigen vervoer, openbaar vervoer (laagste klasse) of taxivervoer: € 0,30 per kilometer

Ziekenhuis, behandeling en verpleging

Artikel 30 Circumcisie

Wij vergoeden een medisch geïndiceerde circumcisie (besnijdenis) van de man.

Voorwaarden voor vergoeding

U bent doorverwezen door een huisarts, specialist ouderen geneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of een medisch specialist.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

U gaat voor de behandeling rechtstreeks naar een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Let op! Het kan voorkomen dat een deel van de behandeling onder het eigen risico valt. Dit geldt bijvoorbeeld voor het 1^e consult of voor de nacontrole. Als na het 1^e consult de circumcisie niet binnen 90 dagen plaatsvindt, dan wordt het 1^e consult los gedeclareerd. Het valt dan onder de basisverzekering. Als de nacontrole van de circumcisie na meer dan 42 dagen na de operatie plaatsvindt, wordt de nacontrole ook los gedeclareerd. Ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra zijn namelijk wettelijk verplicht om binnen deze termijnen te declareren.

Wat wij niet vergoeden

Een circumcisie op religieuze gronden vergoeden wij niet.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

Artikel 31 Mammaprint

Wij vergoeden een Mammaprint. Met behulp van de Mammaprint kan de behandelend arts in sommige gevallen een betere diagnose stellen. Daarmee kan de behandelend arts bepalen of chemotherapie wel of niet noodzakelijk is.

Voorwaarde voor vergoeding

Het laboratorium Agendia voert het onderzoek uit.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

Artikel 32 Plastische en cosmetische chirurgie

In dit artikel leest u de voorwaarden voor vergoeding van plastisch chirurgische correctie van bovenoogleden (32.1) en voor correctie van de oorstand van cosmetische aard (32.2).

32.1 Correctie van de bovenoogleden (met medische indicatie)

Wij vergoeden u plastisch chirurgische correctie van bovenoogleden.

Voorwaarden voor vergoeding

- U heeft geen recht op vergoeding van de correctie van bovenoogleden vanuit de basisverzekering (zie artikel 25 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).
- Er is sprake van ernstige gezichtsveldbeperking.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Een door ons gecontracteerde zorgverlener corrigeert uw bovenoogleden.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Let op! Het kan voorkomen dat een deel van de behandeling onder het eigen risico valt. Dit geldt voor het 1^e consult of voor de nacontrole. Vindt na het 1^e consult de correctie van de bovenoogleden niet binnen 90 dagen plaats? Dan wordt het 1^e consult los gedeclareerd en valt het consult onder de basisverzekering. Vindt de nacontrole van de bovenooglidcorrectie na meer dan 42 dagen na de operatie plaats? Dan wordt de nacontrole ook los gedeclareerd. Ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra zijn namelijk wettelijk verplicht om binnen deze termijnen te declareren.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

32.2 Correctie van de oorstand (zonder medische indicatie)

Wij vergoeden een correctie van de oorstand van cosmetische aard voor verzekerden tot 18 jaar. De aanleiding voor deze ingreep is het gevolg van een persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een medisch specialist voert de ingreep uit.
- U bent jonger dan 18 jaar.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Een door ons gecontracteerde zorgverlener voert de correctie van de oorstand uit.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

Artikel 33 Sterilisatie

Wij vergoeden een sterilisatie.

Voorwaarden voor vergoeding

De behandeling vindt plaats in:

- De praktijk van een hiertoe bevoegde huisarts, als het gaat om een mannelijke verzekerde.
- Een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (poliklinisch of in dagbehandeling).

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Een hiertoe bevoegde huisarts of een medisch specialist die wij hebben gecontracteerd voert de behandeling uit.

Wilt u weten met welke medisch specialisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Let op! Het kan voorkomen dat een deel van de behandeling onder het eigen risico valt. Dit geldt bijvoorbeeld voor het 1^e consult of voor de nacontrole. Als na het 1^e consult de sterilisatie niet binnen 90 dagen plaatsvindt, dan wordt het 1^e consult los gedeclareerd. Het valt dan onder de basisverzekering. Als de nacontrole van de sterilisatie na meer dan 42 dagen na de operatie plaatsvindt, wordt de nacontrole ook los gedeclareerd. Ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra zijn namelijk wettelijk verplicht om binnen deze termijnen te declareren.

Wat wij niet vergoeden

Een hersteloperatie vergoeden wij niet.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
100%

Zwanger (worden)/baby/kind

Artikel 34 Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie

Zijn bij ons 1 of meerdere kinderen tijdens de looptijd van de zorgverzekering wettig geadopteerd en bij ons ingeschreven in de OZF Zorgpolis? Dan vergoeden wij de kosten van:

- Adoptiekraamzorg door een hiervoor door ons gecontracteerd kraamcentrum, of
- Medische screening (preventief onderzoek) bij een adoptiekind uit het buitenland.

Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Voorwaarden voor vergoeding

- Bij adoptiekraamzorg is het adoptiekind op het moment van adoptie jonger dan 12 maanden en maakt het niet al deel uit van het gezin.
- U kunt alleen voor medische screening kiezen, als uw adoptiekind uit het buitenland komt.
- Bij medische screening voert een kinderarts deze uit.
- De medische screening is een verplicht onderdeel van het adoptieproces.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden medische screening van het adoptiekind niet, als de adoptie al heeft plaatsgevonden.

AV Compact
Adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur, óf Medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind
AV Royaal
Adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur, óf Medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

Artikel 35 Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde voor vergoeding

Vraagt u het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aan via onze website.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

Artikel 36 Kraamzorg

In dit artikel leest u in welke gevallen wij aan vrouwelijke verzekerden de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum (36.1) en voor partusassistentie (36.2) vergoeden. Ook leest u onze vergoeding van verlengde kraamzorg (36.3) en van uitgestelde kraamzorg (36.4).

36.1 Eigen bijdrage kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum

Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd op kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum (zie artikel 33 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis)? Dan vergoeden wij deze wettelijke eigen bijdrage aan vrouwelijke verzekerden.

AV Compact
Maximaal 24 uur per zwangerschap
AV Royaal
100%

36.2 Eigen bijdrage partusassistentie

Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor partusassistentie (zie artikel 33 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis)? Dan vergoeden wij deze wettelijke eigen bijdrage aan vrouwelijke verzekerden. Partusassistentie is het aantal uren dat de kraamverzorgende aanwezig is tijdens de bevalling.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

36.3 Verlengde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden bij medische noodzaak voor maximaal 5 dagen verlengde kraamzorg. Deze verlengde kraamzorg gaat in op de 11^e dag na de dag waarop de bevalling plaatsvond.

Voorwaarde voor vergoeding

De medische noodzaak blijkt uit een medische verklaring.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Wij vergoeden verlengde kraamzorg alleen als een door ons gecontracteerd kraamcentrum de kraamzorg levert. Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Maximaal € 200,- per dag, maximaal 5 dagen

36.4 Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden bij medische noodzaak uitgestelde kraamzorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het kraamcentrum vindt de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk.
- U heeft tijdens de 1^e 10 dagen, gerekend vanaf de dag dat de bevalling plaatsvond, nog geen kraamzorg gehad.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Wij vergoeden uitgestelde kraamzorg alleen als een door ons gecontracteerd kraamcentrum de kraamzorg levert. Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Maximaal € 300,-

Artikel 37 Lactatiekundige zorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met borstvoedingsproblemen hulp en advies door een lactatiekundige.

Voorwaarden voor vergoeding

De lactatiekundige:

- Is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of voldoet aan de kwaliteitseisen van beroepsvereniging NVL.
- Is in dienst van een door ons gecontracteerd kraamcentrum. Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Maximaal € 115,- per kalenderjaar

Artikel 38 Poliklinische bevalling zonder medische indicatie

Bent u onder leiding van een verloskundige of huisarts zonder medische indicatie poliklinisch bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum? Dan betaalt u hiervoor een wettelijke eigen bijdrage vanuit de basisverzekering (zie artikel 31.2 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis). Wij vergoeden deze wettelijke eigen bijdrage aan vrouwelijke verzekerden.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

Artikel 39 TENS bij bevalling

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden een TENS voor pijnbestrijding tijdens de bevalling. Een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts begeleidt de bevalling.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Wij vergoeden alleen als een door ons gecontracteerde leverancier de apparatuur levert. Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

AV Compact

1x voor de totale duur van de aanvullende verzekering

AV Royaal

1x voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Artikel 40 Zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger"

Wij vergoeden de abonnementskosten van het zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger". Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap.

AV Compact

1 abonnement voor de totale duur van de aanvullende verzekering

AV Royaal

1 abonnement voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Artikel 41 Zwangerschapscursus

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden het volgen van cursussen:

- Die u tijdens de zwangerschap voorbereiden op de bevalling en/of die u begeleiden tijdens de bevalling.
- Die uw fysieke herstel (tot maximaal 6 maanden) na de bevalling bevorderen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U overlegt een bewijs van aanmelding en betaling aan ons.
- De cursus, yoga of zwangerschapsgymnastiek wordt gegeven door:
 - Een thuis- of kraamzorginstelling.
 - Een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de vereniging Samen Bevalen.
 - Een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.
 - Een zorgverlener gekwalificeerd in hypnobirthing.
 - Een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij Zwanger en Fit.
 - Een zorgverlener gekwalificeerd in Psychoprofylaxe (angst voor de bevalling).
 - Mom in Balance.
 - Een verloskundigenpraktijk of gezondheidscentrum.

AV Compact

Maximaal € 50,- per zwangerschap

AV Royaal

Maximaal € 75,- per zwangerschap

Overig**Artikel 42 Diëtetiek door een diëtist**

Wij vergoeden u diëtetiek door een diëtist. Diëtetiek is voorlichting en advisering op het gebied van voeding en eet-gewoonten met een medisch doel. Deze vergoeding is een aanvulling op de vergoeding diëtetiek vanuit de basisverzekering (zie artikel 36 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Laat u zich behandelen door een diëtist die wij niet hebben gecontracteerd? Dan is de vergoeding maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke diëtisten wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

2 uur

Artikel 43 Herstelsoord of zorghotel

Wij vergoeden uw verblijf in een herstellingsoord of zorghotel voor somatische (lichamelijke) gezondheidszorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij geven u vooraf schriftelijk toestemming.
- Verblijf vindt plaats voor herstel na een ingreep of ernstige ziekte.
- Wij vergoeden alleen verblijf in een herstellingsoord of zorghotel voor somatische gezondheidszorg dat voldoet aan onze criteria. Wilt u weten welke herstellingsoord en zorghotels voldoen aan onze criteria? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker of neemt u hiervoor contact met ons op.

Wat wij niet vergoeden

- Wij vergoeden uw behandeling in het kader van psychosomatische (geestelijke) gezondheidszorg niet.
- De eigen bijdrage Wlz of Wmo.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 80,- per dag tot maximaal 40 dagen per kalenderjaar

Artikel 44 Hospice

Wij vergoeden uw verblijfskosten in een hospice in Nederland. Het hospice moet participeren in het netwerk palliatieve zorg in de regio. Het hospice mag geen deel uitmaken van een gezondheidsinstelling, zoals een verpleeg-, bejaarden- of verzorgingstehuis.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden de eigen bijdrage die op grond van de Wlz in rekening wordt gebracht bij verblijf in een hospice niet.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 40,- per dag tot maximaal € 1.200,-

Artikel 45 Lidmaatschap patiëntenvereniging

Wij vergoeden uw lidmaatschap van een patiëntenvereniging.

Voorwaarden voor vergoeding

- De patiëntenvereniging is aangesloten bij 1 van onderstaande instanties:
 - De Nederlandse patiënten Consumenten Federatie (NPCF).
 - Het Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg (LPGGz).
 - Koepelorganisatie Ieder(in).
- U overlegt een origineel bewijs van betaling aan ons.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 25,- per kalenderjaar

Artikel 46 Therapeutische vakantiecampen

Wij vergoeden therapeutische vakantiecampen voor kinderen (46.1) en voor gehandicapten (46.2).

46.1 Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen

Voor kinderen tot 18 jaar vergoeden wij het verblijf in een therapeutisch vakantiecamp georganiseerd door:

- Stichting Lekker Vel.
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland.
- Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen.
- Stichting De Ster (Sterkamp en Maankamp).
- Nederlandse Hartstichting (Jump).
- Bas van de Goor Foundation (sportkampen voor diabetici).
- Stichting Heppie (voor kinderen met astma en/of constitutioneel eczeem).

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent jonger dan 18 jaar.
- U geeft ons een betalingsbewijs.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 150,- per kalenderjaar

46.2 Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten

Voor gehandicapten vergoeden wij het verblijf in een therapeutisch vakantiecamp.

Voorwaarde voor vergoeding

U geeft ons een betalingsbewijs.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 150,- per kalenderjaar

Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen

Tand Compact en Tand Royaal

Alleen van toepassing als deze dekking op uw polisblad staat en als er sprake is van een gesaneerd gebit. Hiervoor kunnen wij om een saneringsbewijs vragen. Eventuele kosten ervan vergoeden wij niet.

Artikel 47 Reguliere tandheelkundige zorg en mondhygiëne

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij u tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus.

Gaat u naar een tandarts? Dan vergoeden wij consulten (C-codes), mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes), extracties (H-codes) en een second opinion voor 100%.

Gaat u naar een mondhygiënist? Dan mag de mondhygiënist het consult (C-code), mondhygiënebehandelingen (M-codes), kleine vullingen (V-codes) en parodontologische behandelingen (T-codes) uitvoeren. Wij vergoeden de C-codes, M-codes en V-codes voor 100%. Heeft u Tand Compact? Dan vergoeden wij de T-codes voor 75%. Als u Tand Royaal heeft vergoeden wij de T-codes voor 80%.

Wij vergoeden de kosten van de overige tandheelkundige behandelingen voor 75% als u Tand Compact heeft. Heeft u Tand Royaal? Dan vergoeden wij de overige behandelingen voor 80%.

Let op! Vanuit Tand Compact geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar van € 250,-.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Keuringsrapporten.
- Tandheelkundige verklaringen.
- Een afspraak die u niet bent nagekomen.
- Het uitwendig bleken van tanden en kiezen.
- Een Mandibulair Repositie Apparaat (MRA), een prothese tegen snurken, en de diagnostiek en nazorg hiervoor.
- Een mondbeschermer.
- Kronen, bruggen, inlays en implantaten (zie hiervoor artikel 48 op deze bladzijde).
- Orthodontie (zie hiervoor artikel 49 op deze bladzijde).
- Cosmetische behandelingen.
- Abonnementen.
- Volledige narcose.
- Een gecompliceerde extractie (kies of tand trekken) door de kaakchirurg (zie hiervoor artikel 9 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).
- Beslijpen en/of fluorideren melkelement (M05).

Tand Compact

Consulten (C-codes), mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes), extracties (H-codes) en een second opinion: 100%
Overige tandheelkundige behandelingen: 75%

Totale vergoeding maximaal € 250,- per kalenderjaar

Tand Royaal

Consulten (C-codes), mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes), extracties (H-codes) en een second opinion: 100%
Overige tandheelkundige behandelingen: 80%

Geen maximum vergoeding per kalenderjaar

Artikel 48 Tandheelkundige zorg - kronen, bruggen, inlays en implantaten

Wij vergoeden u kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief de techniekkosten.

Voorwaarde voor vergoeding

Een tandarts of kaakchirurg voert de behandeling uit.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden gedeeltelijk voltooid werk (R90) niet.

Tand Compact

Geen vergoeding

Tand Royaal

80% tot maximaal € 750,- per kalenderjaar

Artikel 49 Tandheelkundige zorg - orthodontie (beugel) voor verzekerden tot 22 jaar

Wij vergoeden tot 22 jaar orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een orthodontist of tandarts voert de behandeling uit of geeft de second opinion.
- U bent jonger dan 22 jaar.

Wat wij niet vergoeden

- Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij reparatie of vervanging hiervan niet.
- Een mondbeschermer.

Tand Compact

Geen vergoeding

Tand Royaal

80% tot maximaal € 2.000,- voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Artikel 50 Tandheelkundige zorg - wettelijke eigen bijdrage uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)

Krijgt u een uitneembare volledige prothese (kunstgebit) die vanuit de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komt? Dan vergoeden wij u de wettelijke eigen bijdrage van 25% (zie artikel 10 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage per boven- en/of onderkaak voor een uitneembare volledige prothese (klikgebit) op implantaten niet (zie artikel 11.2 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

Tand Compact
Geen vergoeding
Tand Royaal
100%

Aanvullende voorwaarden

OZF Wereld Zorgpolis

(alleen van toepassing als deze dekking op uw polisblad staat)

Artikel 51 Algemeen

De voorwaarden van de OZF Zorgpolis zijn van toepassing op verzekerden met de OZF Wereld Zorgpolis, maar er is geen sprake van een wettelijke polis. Verwijzingen naar wetteksten, besluiten en regelingen kennen dus geen wettelijk kader.

Artikel 52 Kring der verzekerden

In de OZF Zorgpolis is sprake van een verzekeringsplicht. Die verzekeringsplicht geldt niet voor de OZF Wereld Zorgpolis. De kring der verzekerden bestaat uit iedereen die wij accepteren voor de OZF Wereld Zorgpolis. Wij hebben het recht om verzekerden op grond van (medische) selectie te weigeren.

Service

Service bij een zorgverzekering van OZF

Hieronder leest u op welke service u kunt rekenen als u bij ons een zorgverzekering heeft.

Algemene contactinformatie

Wilt u gebruik maken van onze service of heeft u vragen? Belt u dan met onze Klantenservice via (074) 789 0 789. Wij zijn op werkdagen bereikbaar tussen 8.00 en 17.00 uur. Uiteraard vindt u ook veel informatie op onze website www.ozf.nl.

Uw zorgnota snel en gemakkelijk declareren

Veel zorgverleners sturen ons rechtstreeks de nota van medische kosten. Meestal betalen wij direct aan uw zorgverlener. Heeft u zelf een nota ontvangen? Dan kunt u deze nota bij ons indienen. Wij bieden u 2 mogelijkheden voor het indienen van nota's:

- Digitaal: www.ozf.nl/declareren.
- Per post: Zorgverzekeraar OZF, Afdeling Declaratieservice, Postbus 94, 7550 AB Hengelo.

Wilt u een wijziging aan ons doorgeven?

Wij halen onze gegevens uit de Basisregistratie Personen (BRP). Dat betekent dat u bepaalde gegevens niet aan ons hoeft door te geven. Het doorgeven aan uw gemeente volstaat hiervoor. Dat geldt bijvoorbeeld voor een verhuizing of bij overlijden. Welke wijzigingen moet u nog wel aan ons doorgeven? Dat zijn bijvoorbeeld het aanpassen van uw verzekeringspakket of van uw vrijwillig eigen risico. Of als u een ander rekeningnummer heeft, gaat scheiden of uw baby wilt aanmelden als OZF-verzekerde. Geeft u een wijziging van uw telefoonnummer of e-mailadres ook aan ons door? Belt u hiervoor onze Klantenservice via (074) 789 0 789, vult u het contactformulier in op www.ozf.nl/contact of stuurt u een e-mail naar info@ozf.nl.

Vragen over vergoedingen of een door ons gecontracteerde zorgverlener vinden?

Wilt u weten wat wij vergoeden? Kijk dan op www.ozf.nl/vergoedingen. En een door ons gecontracteerde zorgverlener vindt u via de Zorgzoeker op www.ozf.nl/zorgzoeker. U vindt op onze website ook informatie over de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners. Uiteraard kunt u voor deze zaken ook bellen met onze Klantenservice via (074) 789 0 789.

Uw verplicht eigen risico gespreid betalen?

Dat kan bij ons al weer enkele jaren. Voor 2016 heeft de overheid het wettelijk verplicht eigen risico voor verzekerden van 18 jaar of ouder vastgesteld op € 385,-. Een vordering eigen risico komt vaak onverwacht en altijd ongelegen. Ook in 2016 bieden wij u weer de mogelijkheid om deze onaangename financiële verrassingen te voorkomen. U kunt het verplicht eigen risico 2016 gespreid betalen, in 12 maandelijkse termijnen van € 32,08. Tegelijk met uw premie. Dit is vooral interessant wanneer u verwacht het verplicht eigen risico in 2016 vol te maken. En als u het verplicht eigen risico 2016 niet volledig verbruikt? Dan betalen wij het teveel betaalde bedrag aan u terug. Zodra de meeste nota's van kalenderjaar 2016 zijn verwerkt, maken wij een afrekening. Wij doen dit uiterlijk 1 juli 2017. Kijk voor meer informatie op: www.ozf.nl/eigenrisico. U kunt zich hier ook direct online aan- of afmelden.

Let op! Aan- of afmelden kan tot en met 31 december 2015.

Wij hebben interessante kortingen voor u

Een volledig en actueel overzicht met kortingen die in 2016 gelden vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Kijk u ook eens op www.ozf.nl/mijnofz

In Mijn OZF ziet u onder andere uw zorgverbruik, uw stand eigen risico, de te betalen premie en polisblad(en). Bent u verzekeringnemer? Dan ziet u er ook de declaratieoverzichten. Omdat het om privacy-gevoelige informatie gaat, logt u in met DigiD.

Hulp invoeren van alarmcentrale Eurocross Assistance

Wordt u onverwachts ziek tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland en heeft u spoedeisende hulp nodig? Neem dan contact op met alarmcentrale Eurocross Assistance. Bij opname in een ziekenhuis is het zelfs verplicht om contact op te nemen met Eurocross Assistance. De hulpverleners van Eurocross Assistance staan 24 uur per dag voor u klaar: +31 (0)71 364 1 282.

Van Eurocross Assistance kunt u de volgende service verwachten

- De alarmcentrale is 24 uur per dag, 365 dagen per jaar bereikbaar voor advies en hulp.
- De medewerkers van Eurocross Assistance hebben kennis over de lokale gezondheidszorg en de kwaliteit van ziekenhuizen wereldwijd.
- Het medisch team van de alarmcentrale heeft tijdens uw opname regelmatig contact met de arts die u behandelt in het buitenland.
- Eurocross Assistance begeleidt u tot en met uw herstel in het buitenland.
- Heeft u de OZF Zorgpolis met aanvullende verzekering AV Compact of AV Royaal? Dan organiseert Eurocross Assistance uw medische repatriëring als dat noodzakelijk is.

De Vakantiedokter

Stel, u bent met uw gezin op vakantie en 1 van uw kinderen heeft al 2 dagen last van buikpijn. Gaat u dan naar de plaatselijke arts? Of besluit u toch nog maar even te wachten? Voor deze twijfelgevallen is er de Vakantiedokter. Vanaf uw vakantieadres belt u voor gratis advies bij niet-spoedeisende medische hulp met de Vakantiedokter via +31 (0)71 364 1 802. U krijgt dan een Nederlands sprekende, deskundige hulpverlener aan de lijn. De Vakantiedokter is van maandag tot en met vrijdag tussen 7.00 en 23.00 uur bereikbaar. En in weekenden en op feestdagen tussen 9.00 en 21.00 uur.

Let op! De vakantiedokter is er niet voor spoedeisende hulp. Belt u voor spoedeisende hulp met alarmcentrale Eurocross Assistance: +31 (0)71 364 1 282 (24 uur per dag bereikbaar).

OZF. Uw zorgverzekeraar.

Wij zijn een relatief kleine zorgverzekeraar waar 30 medewerkers zich met hart en ziel inzetten voor onze klanten. Persoonlijke aandacht en klantvriendelijkheid vinden wij erg belangrijk. Wij werken zonder winstoogmerk. Naast individueel verzekerden hebben wij ook met een groot aantal bedrijven collectieve ziektekostencontracten afgesloten. Wij zijn gevestigd in Hengelo en opereren landelijk.



Kijk op

www.ozf.nl
www.ozf.nl/contact
www.ozf.nl/zorgzoeker
www.ozf.nl/vergoedingen



Bel naar

Klantenservice (074) 789 0 789
Bereikbaar op werkdagen van 8.00 - 17.00 uur



Mail naar

info@ozf.nl



Schrijf naar

Zorgverzekeraar OZF
Afdeling Klantenservice
Postbus 94
7550 AB Hengelo



Zorgkosten declareren

- Digitaal:
www.ozf.nl/declareren
- Per post:
Zorgverzekeraar OZF
Afdeling Declaratieservice
Postbus 94
7550 AB Hengelo