

# Overeenkomsten 2014

BASISVERZEKERING & AANVULLENDE VERZEKERING



# Overeenkomst Basisverzekering PNOzorg 2014

I.	Algemeen gedeelte	5
II.	Prestatiewijze en dekking	23
III.	Zorgdiensten PNOzorg	47

# Overeenkomst aanvullende verzekering PNOzorg 2014

I.	Algemeen gedeelte	51
II.	Prestatiewijze en dekking	61

Risicodraagster voor de Basisverzekering PNOzorg is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregister Utrecht: 30135168, AFM-nr. 12000633) en voor de aanvullende verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregister Utrecht: 30209308, AFM-nr. 12001024), beide gevestigd te Houten. Postbus 459, 3990 GG Houten. Telefoon: 030 639 62 62 Fax: 030 635 20 72. Internet: [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).







# Inhoudsopgave

## Overeenkomst Basisverzekering

### I. Algemeen gedeelte

#### Begripsomschrijvingen

Artikel 1	8
-----------	---

#### Grondslag van de Basisverzekering

Artikel 2	15
-----------	----

#### Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3	15
-----------	----

#### Overige bepalingen

Artikel 4	Fraude	16
Artikel 5	Onrechtmatige inschrijving	17
Artikel 6	Betalingsverplichtingen	17
Artikel 7	Melding relevante gebeurtenissen	17
Artikel 8	Herziening van premie of voorwaarden	18
Artikel 9	Begin en einde van de Basisverzekering	18
Artikel 10	Geschillen	19
Artikel 11	Registratie van persoonsgegevens	20
Artikel 12	Uitsluitingen	21
Artikel 13	Lidmaatschap Vereniging ONVZ	22
Artikel 14	Materieel controleren	22
Artikel 15	Elektronische communicatie	22

# Overeenkomst Basisverzekering

## I. Algemeen gedeelte

### Begripsomschrijvingen

#### Artikel 1

##### **Aanpassingsstoornis**

Een algemene aanduiding voor psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op emotionele en psychische stress die ontstaat bij belangrijke veranderingen in het leven (bijvoorbeeld overlijden, ontslag, echtscheiding of maatschappelijke ontwikkelingen).

##### **Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)**

De volksverzekering die de hoge medische kosten dekt die niet onder de zorgverzekering vallen.

##### **Apotheekhoudend huisarts**

Een huisarts die volgens de Geneesmiddelenwet vergunning heeft om geneesmiddelen ter hand te stellen.

##### **Apotheker**

Een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers.

##### **Arts**

Een arts geregistreerd volgens de Wet BIG.

##### **Arts verstandelijk gehandicapten**

Een arts ingeschreven als arts verstandelijk gehandicapten in het register van erkende artsen verstandelijk gehandicapten van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC).

##### **Basisverzekering**

Overeenkomst Basisverzekering PNOzorg 2014.

##### **Bedrijfsarts**

Een arts ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingestelde Register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De bedrijfsarts treedt op namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

##### **Bekkentherapeut**

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Bekkenfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

##### **Body Mass Index (BMI)**

Een verhoudingscijfer voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. De BMI wordt berekend door het gewicht (in kilo's) te delen door de lengte (in meters) en de uitkomst nog een keer te delen door de lengte (in meters).

##### **Bureau Jeugdzorg**

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



**Centrum voor bijzondere tandheelkunde**

Een universitair - of door de zorgverzekeraar erkend - centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

**Centrum voor erfelijkheidsadvies**

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

**Complexe multimorbiditeit**

De aanwezigheid van verschillende ziekten, die in combinatie leiden tot stoornissen, beperkingen, handicaps en verlies van welbevinden. De oorzaken van de problemen zijn moeilijk te ontrafelen en de effecten van de behandeling van de afzonderlijke ziekten zijn nogal eens anders dan verwacht.

**Dagbehandeling**

Opname korter dan 24 uur.

**DBC**

Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC omschrijft door een code het geheel van onderzoek en behandeling van zorgverleners voor een zorgvraag.

**DBC-zorgproduct**

De nieuwe naam voor een DBC voor medisch-specialistische zorg. Een DBC-zorgproduct omschrijft door een code het gemiddelde van alle voorkomende onderzoeken en behandelingen voor een zorgvraag over een bepaalde periode.

**Dienstenstructuur**

Een organisatie, die gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg verleent en een rechtsgeldig tarief in rekening brengt.

**Diëtist**

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

**DSM IV-TR**

Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders: het internationale classificatiesysteem van de geestelijke gezondheidszorg. De DSM noemt de criteria die als richtlijn dienen bij het vaststellen van een psychische stoornis. IV-TR is de aanduiding voor de tekstrevisie van de vierde herziene versie van de DSM.

**Eerstelijnsgezondheidszorg**

De rechtstreeks toegankelijke gezondheidszorg, waarop iedereen zonder verwijzing een beroep kan doen. Deze dient als eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben. Voorbeelden van eerstelijnszorgverleners zijn huisarts, fysiotherapeut en tandarts.

**Ergotherapeut**

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

**Ernstige dyslexie**

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

**EU- en EER-land**

Naast Nederland maken tevens de volgende lidstaten deel uit van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Zwitserland is hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

**Fysiotherapeut**

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG of een heilgymnast masseur als bedoeld in artikel 108 Wet BIG.

**Geboortecentrum**

Een faciliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg waar bevallingen plaatsvinden onder leiding van een eerstelijnsverloskundige en waar de kraamtijd doorgebracht kan worden.

**Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)**

Een regionale organisatie, aangesloten bij GGD Nederland, die in opdracht van een gemeente werkt aan een gezonde(re) samenleving en zich inzet voor de bewaking, bescherming en bevordering van de volksgezondheid.

**Generalistische Basis GGZ (geestelijke gezondheidszorg)**

Het geheel van zorg voor de behandeling van een psychische stoornis volgens de DSM IV-TR met lage complexiteit in combinatie met een gemiddelde tot lage beperking in het functioneren. In geval van chronische problematiek is sprake van crisisgevoeligheid of instabiliteit, of ernstige problematiek in remissie. De zorg kan onder andere bestaan uit diagnostiek, (groeps)behandeling en eHealth.

**Geregistreerd geneesmiddel**

Geneesmiddel dat in één van de productgroepen geregistreerd is in het register van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen.

**Geriatricfysiotherapeut**

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Geriatricfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

**Gespecialiseerde GGZ (geestelijke gezondheidszorg)**

Diagnostiek en specialistische behandeling in een multidisciplinaire context van een psychische stoornis volgens de DSM IV-TR met een matige tot hoge complexiteit of een hoog risico.

**Gezondheidszorgpsycholoog**

Een gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

**Hoofdbehandelaar**

Zorgverlener, die, in reactie op de zorgvraag van een patiënt, de diagnose stelt en het behandelplan vaststelt. Daarvoor heeft hij minimaal één keer een face-to-face consult met de patiënt. De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor doelmatige uitvoering van het behandelplan, door adequate afstemming en communicatie met de medebehandelaars, en toetst of de behandeldoelen worden bereikt. De hoofdbehandelaar evalueert de voortgang met de patiënt en stelt zo nodig het behandelplan bij.

**Huidtherapeut**

Een huidtherapeut als volwaardig lid ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en gerechtigd deze titel te voeren.

**Huisarts**

Een arts ingeschreven als huisarts in het Register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit Register is ingesteld door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC).

**Jeugdgezondheidszorgarts**

Een arts ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid volgens de wet BIG en het profielregister jeugdgezondheidszorg van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit Register is ingesteld door de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC). De jeugdgezondheidszorgarts 0-4 jaar werd voorheen consultatiebureau-arts genoemd.

**Kaakchirurg**

Een tandarts-specialist als kaakchirurg ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

**Ketenzorg**

Een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd. Het is een geïnstitutionaliseerd, regionaal of lokaal samenwerkingsverband, gericht op het faciliteren van samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor specifieke patiëntencategorieën.

**Kinderfysiotherapeut**

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Kinderfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

**Kinder- en jeugdpsycholoog**

Een Kinder- en jeugdpsycholoog als volwaardig lid ingeschreven in het betreffende register van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP).

**Klinisch psycholoog**

Een gezondheidszorgpsycholoog met de specialisatie klinisch psycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

**Kraamzorg**

De zorg verleend door een kraamverzorgende die moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. De kraamverzorgende is verbonden aan het ziekenhuis, geboortecentrum, kraamhotel of een kraambureau of werkt als zelfstandige.

**Kwetsbaarheid**

Een gelijktijdige afname op meer gebieden van het vermogen om weerstand te bieden aan fysieke belasting en bedreigingen door omgevingsinvloeden, waarbij sprake is van verlies aan vitaliteit, zowel lichamelijk als geestelijk.

**Leefstijladviseur**

Een medewerker binnen de huisartsenpraktijk die mensen begeleidt en coacht met als doel de positief bepalende factoren van gezond gedrag te beïnvloeden. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut, diëtist en lokale aanbieders van sport- en beweegactiviteiten.

**Lichamelijke functiestoornis**

Lichamelijke functiestoornis van ernstige aard, waarvan het aannemelijk is dat die veroorzaakt wordt door de te corrigeren lichamelijke afwijking en correctie daarvan die klachten zal doen wegnemen. Lichamelijke klachten die niet rechtstreeks verband houden met afwijkingen in het uiterlijk maar die verband houden met psychisch lijden als gevolg van die afwijkingen vormen geen indicatie.

**Logopedist**

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

**Manueel therapeut**

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Manueeltherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

**Medisch adviseur**

Een (tand-)arts, apotheker, verpleegkundige of paramedicus die de zorgverzekeraar in (para)medische zaken adviseert.

**Medisch-specialist**

Een arts ingeschreven als medisch-specialist in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).

**Medisch-specialistische revalidatie**

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verleent de zorg. Het team is verbonden aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

**Mondhygiënist**

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

**Oedeemtherapeut**

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het aantekeningenregister Oedeemfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

**Oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar**

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

**Opname**

Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, als medisch gezien verpleging, onderzoek en behandeling alleen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden, terwijl behandeling door een medisch-specialist of kaakchirurg noodzakelijk is.

**Orthodontist**

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

**Orthopedagoog-generalist**

Een orthopedagoog-generalist geregistreerd in het betreffende register van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

**Physician assistant**

Een verpleegkundige of paramedicus geregistreerd volgens de Wet BIG met specialisatie physician assistant. De physician assistant werkt onder supervisie van een medisch-specialist en voert bepaalde routinematige taken van artsen zelfstandig uit, zoals het verrichten van endoscopieën, catheterisaties, het geven van injecties en het voorschrijven van receptgeneesmiddelen.

**Prestatie Basis GGZ**

Een prestatie Basis GGZ omvat het geheel van zorg voor een categorie patiënten in de Generalistische Basis GGZ die past bij hun patiëntenprofiel. De prestatie Basis GGZ bestaat uit verschillende behandelcomponenten die passen bij de individuele zorgvraag van de patiënt. Er kan sprake zijn van zorgverlening door verschillende behandelaars. Deze componenten worden niet afzonderlijk bekostigd.

**Psychiater**

Een arts als psychiater ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Het register is ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).

**Psychotherapeut**

Een psychotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG.

**Specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts)**

Een arts ingeschreven als specialist ouderengeneeskunde in het register van erkende specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC).

**Tandarts**

Een tandarts geregistreerd volgens de Wet BIG.

**Tandprotheticus**

Een tandprotheticus opgeleid volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus en gerechtigd deze titel te voeren.

**Thuiszorgorganisatie**

Een organisatorisch verband dat volgens wet- en regelgeving zorg aan patiënten thuis verleent met als doel hen zo te begeleiden dat opname in een ziekenhuis, verzorgingshuis, verpleeghuis enz. niet nodig is. Een thuiszorgorganisatie levert naast algemene thuiszorg (wijkverpleging, huishoudelijke en persoonlijke verzorging, gezinszorg, uitlenen van verpleegartikelen), veelal kraamzorg, dieetadvisering en eventuele nevenactiviteiten zoals algemeen maatschappelijk werk.

**U**

De verzekerde(n) voor wie de verzekering is gesloten.

**Verblijf**

Opname met een duur van 24 uur of langer.

**Verdragslanden**

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Daarbij wordt niet bedoeld een EU-, EER-land of Zwitserland.

**Verloskundige**

Een verloskundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

**Verminking**

Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt en niet te camoufleren is door bijvoorbeeld kleding. Voorbeelden zijn brandwonden, misvormingen door verlamming van de aangezichtsenuw of amputatie van armen of benen.

**Verpleegkundige**

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

**Verpleegkundig specialist**

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG met de specialisatie verpleegkundig specialist acute, chronische, preventieve of intensieve zorg bij somatische aandoeningen of geestelijke gezondheidszorg.

**Verslavingsarts**

Arts, geregistreerd in het profielregister verslavingsartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), die werkzaam is in een instelling voor verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg binnen een multidisciplinair team en die de verantwoording heeft voor onderzoek naar en de beoordeling van psychische en somatische gevolgen door en in het gebruik van verslavende middelen en de behandeling daarvan.

**Verzekerde**

Een op het polisblad als verzekerde vermelde persoon.

**Verzekeringnemer**

De persoon die de verzekering met de zorgverzekeraar is aangegaan.

**Verzekeringsplichtige**

De persoon die volgens artikel 2 Zorgverzekeringswet verplicht is een zorgverzekering te (laten) sluiten.

**Voorschrift**

Schriftelijke verwijzing met een gemotiveerde toelichting van een zorgverlener voor het verstrekken van zorg, een geneesmiddel, een hulp- of verbandmiddel, dat u gelet op uw gezondheidstoestand nodig heeft.

**Wet BIG**

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

**Wet BOPZ**

Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen. Deze wet regelt de opnameprocedure en de rechtspositie van mensen die onvrijwillig in een psychiatrische instelling worden opgenomen.

**Zelfzorggeneesmiddel**

Een geneesmiddel dat volgens de Geneesmiddelenwet zonder recept verkrijgbaar is.

**Ziekenhuis (waaronder begrepen Zelfstandig behandelcentrum)**

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ), toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

**Zorgverzekeraar**

ONVZ Ziekttekostenverzekeraar N.V., gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

## Grondslag van de Basisverzekering

### Artikel 2

- lid 1** De Basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering (met toelichtingen) en het ingevulde aanvraagformulier. De voorwaarden van de Basisverzekering zijn vastgelegd in de zorgpolis. Met voorbijgaan aan wat anders in de voorwaarden mocht zijn bepaald, wordt deze verzekering geacht te voldoen aan de door of op grond van de Zorgverzekeringswet gestelde eisen. De verzekeringnemer ontvangt een bewijs van de Basisverzekering (zorgpolis) en u een verzekeringspas.
- lid 2** De Basisverzekering kan worden gesloten met of voor verzekeringsplichtigen die wonen in Nederland of in het buitenland.
- lid 3** De aanspraak op vergoeding van kosten op de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, wordt dit bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Er bestaat alleen recht op vergoeding als u redelijkerwijs bent aangewezen op de betreffende zorg. Dit wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
- lid 4** U heeft - met inachtneming van deze polisvoorwaarden - recht op vergoeding van zorgkosten gemaakt tijdens de looptijd van de Basisverzekering. Hierbij gaat het om de behandel- of leveringsdatum, dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC, DBC-zorgproduct of prestatie Basis GGZ, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum daarvan binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt. Als de zorg of dienst in twee opeenvolgende kalenderjaren is genoten en in één ongespecificeerd bedrag in rekening wordt gebracht, zoals bij een DBC, DBC-zorgproduct of prestatie Basis GGZ, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de zorg of dienst binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt.
- lid 5** U kunt kosten van zorg declareren bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten die gedekt zijn op de Basisverzekering, behalve de eigen bijdragen en eigen risico's. Bij een overeenkomst tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar declareert de zorgverlener rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. Daarmee heeft de zorgverzekeraar ook aan haar betalingsverplichtingen tegenover u voldaan. Als de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener betaalt, schiet de zorgverzekeraar eigen risico, eigen bijdragen en eventueel niet verzekerde kosten voor.
- De zorgverzekeraar kan bedragen die zijn voorgesloten, verrekenen met volgende uitkeringen op uw Basisverzekering. Als verrekening niet mogelijk is, stuurt de zorgverzekeraar u een nota.
- lid 6** Als de zorgverzekeraar meer vergoedt dan gedekt is op de Basisverzekering, wordt u geacht aan de zorgverzekeraar een volmacht te hebben verleend tot incasso in naam van de zorgverzekeraar van het aan de zorgverlener teveel betaalde.

## Verplichtingen van de verzekerde

### Artikel 3

- lid 1** U bent verplicht:
1. zich bij een zorgvraag in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren;
  2. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, als deze daarom vraagt, met inachtneming van de privacyregelgeving;

3. aan de zorgverzekeraar, haar medisch adviseur of degene belast met de controle, medewerking te (laten) verlenen tot het verkrijgen van de gewenste informatie, met inachtneming van de privacyregelgeving;
4. de zorgverzekeraar kosteloos behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde en bij regeling van de eigen (letsel)schade rechten van de zorgverzekeraar niet te benadelen.

lid 2 U moet de originele nota's indienen in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal binnen 36 maanden bij de zorgverzekeraar. Hierbij gaat het om de behandel- of leveringsdatum, dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Het is echter wenselijk de nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen in verband met eventueel te verrekenen eigen risico of eigen bijdragen.

De nota moet zo zijn opgesteld dat de zorgverzekeraar deze zonder verdere navraag kan afwikkelen. Als de nota in een andere dan een bovengenoemde taal is opgesteld kan de zorgverzekeraar vragen om vertaling - eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau - op uw kosten.

lid 3 Als de zorgverzekeraar een declaratie in behandeling neemt op basis van een niet originele nota - bijvoorbeeld een scan, foto of fax - dan moet u de originele nota een jaar lang bewaren. Deze termijn gaat lopen vanaf het moment van het indienen van de declaratie. De zorgverzekeraar kan het origineel bij u opvragen tot bedoelde termijn is verlopen.

lid 4 Het niet nakomen van (één van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de betreffende kosten.

## Overige bepalingen

### Artikel 4 Fraude

lid 1 Geen recht op vergoeding van kosten bestaat, wanneer u of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft ingediend, een onware opgave heeft gedaan over een ingediende declaratie of feiten heeft verzwegen die voor de zorgverzekeraar bij de beoordeling van de declaratie van belang kunnen zijn. In zo'n geval vervalt elk recht op vergoeding voor de gehele declaratie, ook voor die onderdelen waarover geen onware opgave is gedaan of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

lid 2 De zorgverzekeraar kan onderzoek doen bij een vermoeden van fraude. Kosten die zijn ontstaan door het geven van een verkeerde voorstelling van zaken of het indienen van vervalste of misleidende stukken, vordert de zorgverzekeraar terug. Dit geldt ook voor onderzoekskosten.

lid 3 De zorgverzekeraar heeft het recht om per de datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven of misleidende stukken zijn ingediend de Basisverzekering te beëindigen.

In voorkomende gevallen kan de zorgverzekeraar:

- a. aangifte doen bij de politie, justitie en/of FIOD-ECD;
- b. persoonsgegevens van u of de verzekeringnemer registreren
  - in haar interne signaleringssysteem, en
  - bij het Kenniscentrum Fraudebeheersing in de Zorg van Zorgverzekeraars Nederland, en
  - in de tussen financiële instellingen erkende signaleringssystemen.



## **Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving**

- lid 1 Als na het sluiten van de Basisverzekering blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de Basisverzekering vanaf de ingangsdatum of de dag waarop geen verzekeringsplicht meer bestond.
- lid 2 Als de Basisverzekering vervalt, verrekent de zorgverzekeraar de premie vanaf de vervaldag met de vanaf diezelfde dag verstrekte vergoedingen. Het saldo betaalt de zorgverzekeraar aan de verzekeringnemer, of brengt dit bij hem in rekening.

## **Artikel 6 Betalingsverplichtingen**

- lid 1 De verzekeringnemer is premie voor de Basisverzekering verschuldigd.
- lid 2 Voor uw Basisverzekering is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt.
- lid 3 De premie voor de Basisverzekering is gelijk aan de premiegrondslag (bruto premie) verminderd met een eventuele premiekorting.
- lid 4 De verzekeringnemer dient de premie op de overeengekomen wijze vooruit te betalen. Als de verzekeringnemer bij een betalingstermijn van een kwartaal, halfjaar of jaar de premie niet - tijdig - betaalt, kan de zorgverzekeraar de termijn wijzigen in een maand.
- Bij wijziging van de Basisverzekering in de loop van een maand past de zorgverzekeraar de premie naar verhouding aan.
- De verzekeringnemer mag de te betalen premie niet verrekenen met van de zorgverzekeraar te vorderen vergoedingen.
- lid 5 Als de verzekeringnemer niet - tijdig - de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's of eigen bijdragen betaalt, kan de zorgverzekeraar hem na de (premie)vervaldag schriftelijk aanmanen tot betaling. Bij betalingsachterstand van twee maandpremies, biedt de zorgverzekeraar een betalingsregeling aan. Daarbij wijst de zorgverzekeraar erop dat bij het niet accepteren van deze regeling of het niet betalen binnen de gestelde termijn, de Basisverzekering wordt beëindigd.
- Als de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle redelijke kosten daarvan - al dan niet via een rechtszaak - voor rekening van de verzekeringnemer.
- lid 6 Als u komt te overlijden, betaalt de zorgverzekeraar de premie terug vanaf de dag die volgt op de dag van overlijden.
- lid 7 De dekking en premieplicht van de Basisverzekering worden opgeschort tijdens detentie. Na de detentie is er weer dekking en moet weer premie worden betaald.

## **Artikel 7 Melding relevante gebeurtenissen**

- lid 1 Voor u of de verzekeringnemer geldt de verplichting de gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de Basisverzekering van betekenis kunnen zijn binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar te melden. Voorbeelden hiervan zijn verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, detentie of beëindiging daarvan, het vervallen van de verzekeringsplicht of het aantreden als militair in werkelijke dienst. Schriftelijke berichten aan u of de verzekeringnemer verzendt de zorgverzekeraar naar het adres volgens de Gemeentelijke Basisadministratie.

- lid 2 Als u als verzekerde vanaf de leeftijd van 18 jaar een vrijwillig eigen risico wenst, moet de zorgverzekeraar daarvan voor de 18e verjaardag een melding ontvangen. Anders berekent de zorgverzekeraar de premie op basis van alleen het verplichte eigen risico.

#### **Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden**

- lid 1 De zorgverzekeraar kan de voorwaarden en/of de premie van de Basisverzekering voor alle verzekeringnemers of groepsgewijs wijzigen. Deze wijziging gaat in op een door de zorgverzekeraar te bepalen datum. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer schriftelijk op de hoogte van een wijziging. Een wijziging in de grondslag van de premie van de Basisverzekering gaat niet eerder in dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.
- lid 2 Als de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de wijziging, kan hij de Basisverzekering beëindigen. Dit tenzij de wijziging rechtstreeks voortvloeit uit wijziging van een wettelijke bepaling. De zorgverzekeraar moet de melding van beëindiging schriftelijk ontvangen vóór de dag waarop de wijziging ingaat of uiterlijk één maand nadat de verzekeringnemer de mededeling van de wijziging heeft ontvangen. Als de zorgverzekeraar dan niets heeft vernomen, loopt de Basisverzekering door op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 3 Een collectiviteitkorting op de Basisverzekering vervalt als niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden in de collectieve verzekeringsovereenkomst. De Basisverzekering loopt dan door op individuele voorwaarden. Bedoelde overeenkomst is op te vragen bij de contractant (bijvoorbeeld de werkgever).

#### **Artikel 9 Begin en einde van de Basisverzekering**

- lid 1 De ingangsdatum van de Basisverzekering is de dag waarop de zorgverzekeraar de aanvraag tot het sluiten van de Basisverzekering heeft ontvangen. Als degene voor wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek ontvangt al op grond van een zorgverzekering is verzekerd, kan de ingangsdatum op verzoek van de verzekeringnemer ook een latere dag zijn. De ingangsdatum is op het polisblad vermeld.
- Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt ieder jaar verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging heeft ontvangen.
- lid 2 Als de Basisverzekering ingaat binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht, is de ingangsdatum de dag waarop die plicht ontstond.
- lid 3 Als de Basisverzekering ingaat binnen één maand nadat de vorige zorgverzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari of door wijziging van de voorwaarden of premie, is de ingangsdatum de dag waarop de vorige zorgverzekering is geëindigd.
- lid 4 De zorgverzekeraar heeft niet het recht de Basisverzekering te beëindigen, tenzij sprake is van fraude (artikel 4) of wanbetaling (artikel 6 lid 5).
- lid 5 De Basisverzekering eindigt op de dag die volgt op de dag waarop u komt te overlijden.
- lid 6 De Basisverzekering eindigt op de dag waarop uw verzekeringsplicht vervalt. Dit is het geval als u niet meer verzekerd bent volgens de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.

- lid 7** De Basisverzekering eindigt als de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van haar vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen Basisverzekering meer aanbiedt of uitvoert.  
De Basisverzekering eindigt ook als u door wijziging van het werkgebied van de zorgverzekeraar buiten dat werkgebied komt te wonen.  
De zorgverzekeraar informeert de verzekeringnemer hierover uiterlijk twee maanden voordat de Basisverzekering eindigt met vermelding van de reden en de datum waarop deze eindigt.
- lid 8** De verzekeringnemer kan bij een nieuw dienstverband de Basisverzekering tussentijds opzeggen, als de opzegging verband houdt met de overstap van de collectieve verzekering van de vorige werkgever naar de collectieve verzekering van de nieuwe werkgever. De ingangsdatum van het nieuwe dienstverband dient direct aan te sluiten op de einddatum van het vorige dienstverband. Opzeggen van de Basisverzekering kan tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband ingaat. De opzegging en de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan in per de eerste van de kalendermaand volgend op die waarin ze zijn gedaan.
- lid 9** Wanneer de verzekeringnemer een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan hij uw Basisverzekering opzeggen als deze verzekerde ergens anders een zorgverzekering heeft gesloten. De opzegging gaat in:
- op de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, als de opzegging voor die ingangsdatum door de zorgverzekeraar is ontvangen, of
  - op de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de opzegging als de opzegging op of na die ingangsdatum door de zorgverzekeraar is ontvangen.
- lid 10** Bij het aangaan van de Basisverzekering, heeft de verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de verzekering, of, als dat later is, binnen 14 dagen nadat hij de polisvoorwaarden heeft ontvangen. Opzegging betekent dat de verzekering nooit heeft bestaan. Hierdoor bestaat er geen aanspraak op dekking.
- lid 11** Als u door het Zorginstituut Nederland (voorheen: College voor zorgverzekeringen) bent verzekerd, kunt u de Basisverzekering gedurende 14 dagen laten vervallen. Deze termijn loopt vanaf de datum waarop het zorginstituut u heeft meegedeeld dat hij voor u een zorgverzekering heeft gesloten. U moet aan het zorginstituut en de zorgverzekeraar het volgende aantonen. Dat u al elders verzekerd was in de drie maanden na verzending van het besluit waarin het zorginstituut u opdraagt een zorgverzekering te (laten) sluiten en dat deze verzekering nog steeds van kracht is.
- lid 12** Als u door het Zorginstituut Nederland (voorheen: College voor zorgverzekeringen) bent verzekerd en blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was, vervalt de Basisverzekering vanaf de ingangsdatum op grond van onjuiste voorstelling van zaken.
- lid 13** Als het Zorginstituut Nederland (voorheen: College voor zorgverzekeringen) de Basisverzekering namens u heeft gesloten, kan deze niet worden opgezegd in de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

## **Artikel 10 Geschillen**

- lid 1** Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- lid 2** Als u het niet eens bent met een door de zorgverzekeraar genomen beslissing kunt u de zorgverzekeraar verzoeken om heroverweging. Dit geldt ook voor de verzekeringnemer. U richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van de zorgverzekeraar.

- lid 3 Als de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven of niet op het verzoek om heroverweging reageert, kunt u of kan de verzekeringnemer de klacht over de Basisverzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De Ombudsman Zorgverzekeringen van de SKGZ zal in eerste instantie door bemiddeling de klacht proberen op te lossen. Als dit niet tot resultaat heeft geleid, kunt u of kan de verzekeringnemer het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ. Zij brengt een voor partijen bindend advies uit.

**Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen**

Postbus 291, 3700 AG Zeist

Telefoon: 030 698 83 60

E-mail: [info@skgz.nl](mailto:info@skgz.nl)

Internet: [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl)

U of de verzekeringnemer kan de zaak ook voorleggen aan de bevoegde burgerlijke rechter. Als u of de verzekeringnemer hiervoor kiest, vervalt de mogelijkheid om de zaak voor te leggen aan de SKGZ.

- lid 4 Voor klachten over de wijze waarop de zorgverzekeraar u of de verzekeringnemer heeft behandeld, kunt u of kan de verzekeringnemer zich ook wenden tot de afdeling Cliëntenservice en, in tweede instantie, tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Ombudsman Zorgverzekeringen van de SKGZ zal in eerste instantie door bemiddeling de klacht proberen op te lossen. Als dit niet tot resultaat heeft geleid, kunt u of kan de verzekeringnemer het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ. Zij brengt een voor partijen bindend advies uit.

- lid 5 Klachten over formulieren van de zorgverzekeraar kunt u of kan de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht betreft formulieren die overbodig of te ingewikkeld zouden zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend.

**Nederlandse Zorgautoriteit**

T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

Telefoon: 0900 770 70 70

E-mail: [informatielijn@nza.nl](mailto:informatielijn@nza.nl)

Internet: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

**Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens**

- lid 1 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoons- en andere gegevens en neemt deze op in haar persoonsregistratie. Deze gegevens gebruikt de zorgverzekeraar voor het sluiten en uitvoeren van uw verzekering of de financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, statistische analyses, om te voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de zorgverzekeraar en de financiële sector. Bij dit alles neemt de zorgverzekeraar vanzelfsprekend de Wet bescherming persoonsgegevens in acht.

- lid 2 Stelt u geen prijs op informatie over producten en/of diensten, of wilt u uw toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres intrekken? Meldt u dit dan schriftelijk bij de zorgverzekeraar, Postbus 459, 3990 GG Houten, of via telefoonnummer 030 639 62 62, of via het contactformulier op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).

- lid 3 In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kan de zorgverzekeraar uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van de Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doel hiervan is

risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie vindt u op [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl). Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met het PNO Service Center via telefoonnummer 030 639 62 62.

**lid 4** Voor het uitvoeren van de Basisverzekering kan de zorgverzekeraar aan derden (zorgverleners, leveranciers e.d.) inlichtingen vragen en geven om haar verplichtingen te kunnen nakomen. De zorgverzekeraar doet dit via het landelijke internetportaal VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg). Voor de zorgverlener of leverancier zijn deze gegevens noodzakelijk om de kosten van de aan u verleende zorg te kunnen declareren. Onder inlichtingen wordt in dit verband verstaan uw adres- en polisgegevens. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

**lid 5** De zorgverzekeraar is verplicht om het burgerservicenummer (BSN) in haar administratie op te nemen. Zorgverleners en andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringswet moeten het BSN gebruiken in hun communicatie. De zorgverzekeraar gebruikt bij contacten met deze partijen ook het BSN.

## **Artikel 12 Uitsluitingen**

**lid 1** De Basisverzekering biedt geen dekking van kosten voor:

1. eigen bijdragen volgens de AWBZ en in verband met bevolkingsonderzoek;
2. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij de Regeling zorgverzekering anders bepaalt;
3. griepvaccinatie;
4. alternatieve geneeswijzen;
5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
6. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg voor vrouwelijke verzekerden van 43 jaar of ouder;
7. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan de zorg beschreven in deel II artikel 7 lid 1;
8. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas voor verloskundige zorg;
9. niet nagekomen afspraken;
10. incasso - al of niet via een rechtszaak - als u een nota niet - tijdig - betaalt aan een zorgverlener;
11. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitie, volgens artikel 3:38 Wet op het financieel toezicht.

**lid 2** Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van de zorgverzekeraar beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan wat de zorgverzekeraar ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Als de zorgverzekeraar zich niet bij de NHT heeft herverzekerd, is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof zij wel tot herverzekering zou zijn overgegaan. De NHT-herverzekering biedt dekking tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars samen.

Onder terrorisme wordt verstaan: gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen.

**lid 3** Na een zeer uitzonderlijke omstandigheid als bedoeld in artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 Besluit zorgverzekering kan een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking worden gesteld. In dat geval heeft u, in aanvulling op lid 2, recht op een aanvullende vergoeding. De omvang van die vergoeding wordt bepaald volgens artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 Besluit zorgverzekering.

### **Artikel 13 Lidmaatschap Vereniging ONVZ**

De verzekeringnemer wordt met het sluiten van een Basisverzekering met de zorgverzekeraar lid van de Vereniging ONVZ. Als de Basisverzekering onderdeel is van een collectief contract, wordt de betrokken contractant lid. Een verzekeringnemer van meerdere Basisverzekeringen kan maar eenmaal lid worden. Bij beëindiging van de Basisverzekering eindigt ook het lidmaatschap van de Vereniging.

### **Artikel 14 Materieel controleren**

De zorgverzekeraar heeft het recht na te gaan of het onderzoek dat of de behandeling die de zorgverlener in rekening brengt, ook daadwerkelijk is uitgevoerd en of u die zorg nodig had gezien uw gezondheidstoestand.

### **Artikel 15 Elektronische communicatie**

lid 1 Als u of de verzekeringnemer er voor kiest contact met de zorgverzekeraar op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat de zorgverzekeraar mededelingen ook langs elektronische weg aan u mag doen. Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk', wordt in deze situatie ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

lid 2 Als u of de verzekeringnemer ons toestemming heeft gegeven voor het elektronisch verzenden van mededelingen, of voor het elektronisch toezenden van de polis, kan die toestemming weer worden ingetrokken. Dat kan op een van de volgende manieren:

- schriftelijk: een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan PNOzorg, Verzekerdenadministratie, Postbus 459, 3990 GG Houten;
- via het contactformulier op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).



# Inhoudsopgave

## Overeenkomst Basisverzekering

### II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1	Restitutiebasis	25
Artikel 2	Eigen risico	25
Artikel 3	Preventieve zorg	26
Artikel 4	Huisartsenzorg	28
Artikel 5	Medisch-specialistische zorg	29
Artikel 6	Verpleegkundige zorg	31
Artikel 7	Geboortezorg	32
Artikel 8	Revalidatie	33
Artikel 9	Orgaantransplantaties	34
Artikel 10	Dialysezorg	34
Artikel 11	Mechanische beademing	35
Artikel 12	Oncologische aandoeningen bij kinderen	35
Artikel 13	Trombosedienst	35
Artikel 14	Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing	35
Artikel 15	Audiologische zorg	35
Artikel 16	Paramedische zorg	36
Artikel 17	Mondzorg	37
Artikel 18	Farmaceutische zorg	39
Artikel 19	Hulpmiddelenzorg	41
Artikel 20	Ambulancevervoer	41
Artikel 21	Zittend ziekenvervoer	42
Artikel 22	Dyslexiezorg	43
Artikel 23	Generalistische Basis GGZ	44
Artikel 24	Gespecialiseerde GGZ	45
Artikel 25	Buitenland	46
Artikel 26	Algemeen	46



# Overeenkomst Basisverzekering

## II. Prestatiewijze en dekking

### Artikel 1 Restitutiebasis

lid 1 De Basisverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn de bepalingen uit deel I (Algemeen gedeelte) ook van toepassing. Binnen deze omschrijvingen bent u vrij in de keuze van zorgverlener. Voor zorg in het buitenland geldt artikel 25.

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:

1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op het moment van behandeling, of
2. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

lid 3 U heeft op verzoek aanspraak op bemiddeling. Hiervoor kunt u contact opnemen met de PNO ZorgConsulent (zie deel III).  
Als het gaat om wachtlijsten houdt de zorgverzekeraar rekening met medisch inhoudelijke factoren en daarnaast maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

### Artikel 2 Eigen risico

lid 1 Voor de Basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 360,-. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillige eigen risico staan vermeld in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de Basisverzekering.

lid 2 De zorgverzekeraar brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de Basisverzekering. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico.

De volgende kosten vallen buiten het verplichte en vrijwillige eigen risico:

1. kosten van huisartsenzorg, waaronder ook de kosten van inschrijving. De kosten van met de zorg samenhangend onderzoek vallen wel onder het eigen risico als dat onderzoek elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
2. kosten van zorg bekostigd volgens de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. De beleidsregel heeft betrekking op ketenzorg voor diabetes mellitus type II bij verzekerden van 18 jaar en ouder, cardiovasculair risicomangement of COPD (chronisch obstructief longlijden);
3. kosten van door de zorgverzekeraar aangewezen programma's voor preventieve zorg. Deze programma's kunnen betrekking hebben op preventie van diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken. Een overzicht van de aangewezen programma's voor preventieve zorg kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl);
4. kosten van de medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik door een door de zorgverzekeraar aangewezen apotheek. Een overzicht van de aangewezen apotheken kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl);
5. kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer vallen wel onder het eigen risico;
6. kosten van nacontrole van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 9, lid 2 is verstreken;
7. kosten van het in bruikleen verstrekken van hulpmiddelen. De kosten van de daarbij behorende verbruiksartikelen en gebruikskosten vallen wel onder het eigen risico.

- lid 3 De zorgverzekeraar houdt geen verplicht eigen risico in op kosten van zorg of overige diensten waarvan zij de nota's op of na 31 december 2015 heeft ontvangen en het niet aan u te wijten is dat de zorgverzekeraar de nota niet voor 31 december 2015 heeft ontvangen.
- lid 4 Kosten die niet onder de dekking van de Basisverzekering vallen, tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- lid 5 Als de Basisverzekering in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekent de zorgverzekeraar het eigen risico door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarop de verzekering liep, gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar. Wordt u 18 jaar, dan berekent de zorgverzekeraar het eigen risico door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarover premie wordt betaald, gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- lid 6 Als gedurende het kalenderjaar het eigen risico wijzigt en u onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging al een Basisverzekering had gesloten, berekent de zorgverzekeraar het eigen risico als volgt:
1. ieder bedrag aan eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar gold of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen in dat jaar waarvoor dat risico gold of zal gelden;
  2. de zo berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar, waarbij de uitkomst wordt afgerond op hele euro's.
- lid 7 Voor de verrekening van het eigen risico wordt een DBC, DBC-zorgproduct of prestatie Basis GGZ toegerekend aan het jaar waarin de DBC, het DBC-zorgproduct of de prestatie Basis GGZ wordt geopend.

### Artikel 3 Preventieve zorg

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg als omschreven in deze verzekering, ook als sprake is van de volgende vormen van preventie:
1. geïndiceerde preventie, gericht op het voorkomen van ziekte bij mensen die een hoog risico op een aandoening hebben;
  2. zorggerelateerde preventie, gericht op het voorkómen van complicaties of verergeren van een ziekte.

De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten voor anonieme behandeling via internet.

- lid 2 Voor enkele vormen van geïndiceerde preventie zoals bedoeld in lid 1 gelden nadere voorwaarden die hieronder zijn omschreven.

#### a. Begeleiding bij stoppen met roken

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een stoppen-met-rokenprogramma, maximaal één keer per kalenderjaar. Een stoppen-met-rokenprogramma omvat op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg - al dan niet in combinatie met geneesmiddelen - met als doel te stoppen met roken.

Naast korte ondersteunende adviezen voor het stoppen met roken door huisarts, medisch-specialist of verloskundige, vergoedt de zorgverzekeraar ook intensievere begeleiding bij het stoppen met roken, zoals persoonlijke coaching, telefonische coaching en groepstraining door een huisarts, verpleegkundige of zorgverlener die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister *Stoppen met roken* van het Partnership Stop met Roken. Het kwaliteitsregister *Stoppen met roken* kunt u raadplegen op [www.KwaliteitsregisterStopmetRoken.nl](http://www.KwaliteitsregisterStopmetRoken.nl). Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met het PNO Service Center.

Als de begeleidende zorgverlener dit noodzakelijk acht, vergoedt de zorgverzekeraar ook ondersteuning met geneesmiddelen. De geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch-specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist en onderdeel zijn van het behandelprogramma.

#### **b. Preventie van depressie**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van depressie als sprake is van een subklinische depressie. Iemand heeft dan depressieve klachten maar nog niet voldoende om van een depressie te spreken.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een praktijkondersteuner, psycholoog of andere zorgverlener kan de zorg dus ook verlenen. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze preventieve zorg.

De zorg kan bestaan uit programma's gebaseerd op de volgende therapievormen:

- cognitieve gedragstherapie, waaronder de programma's *Beating the Blues* en *Kleur je leven* of de cursus *In de put, uit de put*;
- interpersoonlijke therapie;
- problem solving therapy.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van bewegingsgerichte programma's.

#### **c. Preventieve zorg bij overgewicht**

Als sprake is van een BMI van 25 - 30 kg/m<sup>2</sup>, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van algemene leefstijladviezen door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts. Een praktijkondersteuner, leefstijladviseur, diëtiste of andere zorgverlener kan de advisering dus ook uitvoeren. Deze advisering over leefstijl, voeding en gedragsverandering vergoedt de zorgverzekeraar als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze leefstijladviesing.

Aanspraak bestaat op vergoeding van een deel van de kosten van een gecombineerde leefstijlinterventie, zoals hierna beschreven. De gecombineerde leefstijlinterventie vindt plaats op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:

1. een BMI van minimaal 30 kg/m<sup>2</sup>, of
2. een BMI van 25 - 30 kg/m<sup>2</sup> in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht. Het verhoogde risico of de samenhang met een ziekte is vastgesteld door de huisarts.

Een gecombineerde leefstijlinterventie is een samenhangend zorgprogramma dat gericht is op het aanwennen en behouden van gezond gedrag. Het bestaat uit drie componenten:

- advisering over en begeleiding bij voeding- en eetgewoontes: de zorgverzekeraar vergoedt de kosten als dieetadviesing (artikel 16, lid 6) of huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals omschreven in de genoemde artikelen zijn dan ook van toepassing op deze advisering en begeleiding;
- advisering over en begeleiding bij beweging. Als u jonger bent dan 18 jaar vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van advisering over en begeleiding bij beweging door een fysiotherapeut of een oefentherapeut als fysiotherapie en oefentherapie (artikel 16, lid 3). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze advisering en begeleiding. Als u 18 jaar bent of ouder, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking. De zorgverzekeraar adviseert om na te gaan of een eventuele aanvullende verzekering dekking biedt. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van advisering over beweging door een leefstijladviseur onder de verantwoordelijkheid van een huisarts (voor alle leeftijden)

als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze advisering en begeleiding;

- begeleiding bij gedragsverandering door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts. Een praktijkondersteuner, leefstijladviseur, psycholoog of andere zorgverlener in de huisartsenpraktijk kan de begeleiding dus ook uitvoeren. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze begeleiding.

**d. Preventie van problematisch alcoholgebruik**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van problematisch alcoholgebruik als sprake is van een hoog risico op problematisch alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een praktijkondersteuner, psycholoog of andere zorgverlener kan de zorg dus ook verlenen. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze preventieve zorg.

De zorg kan bestaan uit kortdurende programma's die zijn gebaseerd op de therapeutische principes van motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie zoals de programma's *Minder drinken* en *De Drinktest*, aangeboden door het Trimbos Instituut.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor preventieve zorg voor kinderen van ouders met een alcoholverslaving, als het kind niet zelf een hoog risico op problematisch alcoholgebruik loopt.

**e. Preventie van paniekstoornis**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van paniekstoornissen als sprake is van een subklinische paniekstoornis. Iemand heeft dan panieklachten maar er is geen sprake van een volwaardige paniekstoornis.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor zorg verleend door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een praktijkondersteuner, psycholoog of andere zorgverlener kan de zorg dus ook verlenen. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De voorwaarden zoals daar omschreven zijn dan ook van toepassing op deze preventieve zorg.

De zorg kan bestaan uit kortdurende programma's op basis van cognitieve gedragstherapie, waaronder het programma *Geen Paniek*.

**Artikel 4 Huisartsenzorg**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder, werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts, verleent de zorg. Huisartsenzorg omvat ook daarmee samenhangend (laboratorium)onderzoek.

## Artikel 5 Medisch-specialistische zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Een medisch-specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, bedrijfsarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdgezondheidszorgarts of consultatiebureau-arts, behalve bij onvoorziene behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan een verloskundige ook verwijzen.

lid 2

### a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor medisch-specialistische behandeling, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

### b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling en de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

### c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

De kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard vallen alleen onder de aanspraak als de behandeling is bestemd voor correctie van:

1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte bovenoogleden als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. de volgende aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.

### d. In-vitrofertilisatie (ivf)

Voor ivf bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de eerste, tweede en derde poging per bij u te realiseren zwangerschap zolang u bij aanvang van de betreffende poging jonger bent dan 43 jaar.

Als u bij aanvang van de eerste of tweede ivf-poging jonger bent dan 38 jaar, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten alleen als niet meer dan één embryo wordt teruggeplaatst.

Een ivf-poging houdt in:

1. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in uw lichaam;
2. de follikelpunctie;
3. de laboratoriumfase;
4. het een of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

#### Bijzonderheden

1. De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van ivf als bij een goede prognose op basis van een risicoscore (Hunalt score) niet eerst een afwachtend beleid is gevoerd zoals vastgelegd in de richtlijn “onverklaarbare subfertiliteit” van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG).
2. Een icsi (intracytoplasmatische sperma-injectie)-behandeling met een ivf-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, wordt gelijkgesteld aan een ivf-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.
3. Van een poging is sprake bij een geslaagde follikelpunctie. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang geen sprake is van een doorgaande zwangerschap.
4. Van een doorgaande zwangerschap is sprake bij een levende embryo van ten minste twaalf weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een spontaan ontstane zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij ivf betekent dat tien weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling. De telperiode wordt daarmee vier dagen korter, dus in totaal negen weken en drie dagen.
5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap - spontaan of na ivf - geldt als nieuwe eerste poging.

#### **e. Behandeling van chronische specifieke rugklachten**

Voor behandeling van chronische specifieke rugklachten bestaat tot 1 januari 2016 ook aanspraak op vergoeding van de kosten van behandeling met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken als u deelneemt aan het onderzoek dat ZonMw financiert. Voor meer informatie over dit onderzoek kunt u contact opnemen met het PNO Service Center of raadpleeg [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).

Als u voor 1 januari 2014 bent begonnen met een behandeling van chronische specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, die volgens de Basisverzekering werd vergoed, dan vergoedt de zorgverzekeraar de afronding van die behandeling tot 1 januari 2016.

#### **f. Behandeling van therapieresistente hypertensie**

Voor behandeling van therapieresistente hypertensie (verhoogde bloeddruk) bestaat tot 1 januari 2017 aanspraak op vergoeding van de kosten van behandeling met toepassing van percutane renale denervatie als u deelneemt aan het onderzoek dat ZonMw financiert. Voor meer informatie over dit onderzoek kunt u contact opnemen met het PNO Service Center of raadpleeg [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).

Als u voor 1 januari 2014 bent begonnen met een behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie, die volgens de Basisverzekering werd vergoed, dan vergoedt de zorgverzekeraar de afronding van die behandeling tot 1 januari 2017.

#### **g. Intra-arteriële behandeling bij herseninfarct**

Voor behandeling van een herseninfarct bij verzekerden bij wie behandeling met intraveneuze thrombolytica niet mogelijk of contra-geïndiceerd is, bestaat tot 1 januari 2017 aanspraak op vergoeding van de kosten van intra-arteriële thrombolysie (IAT). Voorwaarde is dat u deelneemt aan de landelijke studie die in Nederland wordt uitgevoerd naar IAT: Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MRCLEAN). Voor meer informatie over deze studie kunt u contact opnemen met het PNO Service Center of raadpleeg [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).

Als u voor 1 januari 2014 bent begonnen met een behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie, die volgens de Basisverzekering werd vergoed, dan vergoedt de zorgverzekeraar de afronding van die behandeling tot 1 januari 2017.

**h. Transluminale endoscopische step-up benadering bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose**

Abcessen bij geïnfecteerde pancreasnecrose kunnen in plaats van chirurgisch ook endoscopisch (toegang via slokdarm/maag) behandeld worden. Tot 1 januari 2018 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van deze transluminale endoscopische behandeling als u deelneemt aan de landelijke, door ZonMW gefinancierde, studie TENSION: Transluminal ENdoscopic versus SurgIcal necrOsectomy in patients with infected pancreatic Necrosis. Voor meer informatie over deze studie en de ziekenhuizen die de behandeling uitvoeren, kunt u contact opnemen met het PNO Service Center of raadpleeg [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).

**i. Autologe stamceltransplantaties bij therapierefractaire patiënten met de ziekte van Crohn**

Voor patiënten met een ernstige vorm van de ziekte van Crohn (chronische ontsteking van het maag-darmstelsel) die niet voldoende reageren op medicamenteuze behandeling met o.a. TNF-alfa blokkers, bestaat tot 1 januari 2018 aanspraak op vergoeding van de kosten van autologe stamceltransplantatie. Voorwaarde is dat u deelneemt aan een nationale prospectieve niet vergelijkende studie die door ZonMW wordt gefinancierd. Voor meer informatie over deze studie en de ziekenhuizen die de behandeling uitvoeren, kunt u contact opnemen met het PNO Service Center of raadpleeg [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).

**lid 3**

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:

1. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
2. liposuctie (wegzuigen van onderhuids vet) van de buik;
3. abdominoplastiek (buikwandcorrectie), tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
4. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een - gehele of gedeeltelijke - borstamputatie;
5. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
6. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek (reconstructie van de huid);
7. behandelingen gericht op sterilisatie (zowel man als vrouw);
8. behandelingen gericht op het ongedaan maken van sterilisatie (zowel man als vrouw);
9. behandelingen gericht op circumcisie (besnijdenis van de man);
10. behandeling van plagiocefalie (scheve schedel) en brachycefalie (brede schedel) zonder craniosynostose (voortijdige vergroeiing van schedelnaden) met een redressiehelm.

**lid 4**

Voor vergoeding van kosten voor mondzorg door de kaakchirurg geldt niet dit artikel, maar artikel 17.

Voor vergoeding van kosten voor Gespecialiseerde GGZ (geestelijke gezondheidszorg) geldt niet dit artikel, maar artikel 24. Als geestelijke gezondheidszorg echter noodzakelijk is als onderdeel van de integrale behandeling door een medisch-specialist, dan worden de kosten niet apart vergoed volgens de artikelen 23 en 24, maar vallen ze onder het DBC-zorgproduct van de medisch-specialistische zorg.

**Artikel 6 Verpleegkundige zorg**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorgverzekeraar vergoedt deze kosten als de verpleegkundige zorg noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg, zonder dat sprake is van opname. Een verpleegkundige of verpleegkundig specialist verleent de zorg.

Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van kosten als de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft gegeven. Bij de aanvraag voor toestemming dient een behandelplan van de medisch-specialist te worden ingediend.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van verpleegkundige zorg noodzakelijk in verband met thuisbeademing of palliatieve terminale zorg. Aanspraak op deze vormen van zorg is geregeld in de AWBZ.

## Artikel 7 Geboortezorg

lid 1 Als vrouwelijke verzekerde heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden. Een verloskundige, een medisch-specialist of een huisarts verleent de zorg, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een geboortecentrum. Ook heeft u als vrouwelijke verzekerde aanspraak op vergoeding van de kosten voor kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden.

Onderdeel van deze zorg is prenatale screening, die omvat:

- het geven van informatie over prenatale screening (counseling);
- structureel echoscopisch onderzoek (SEO) in het tweede trimester van de zwangerschap (de 20-weeken echo);
- een combinatietest, bestaande uit een nekplooiemeting en een bloedonderzoek voor zwangeren van 36 jaar en ouder. Als u jonger bent dan 36 jaar, dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van een combinatietest uitsluitend op medische indicatie van de huisarts, verloskundige, of medisch-specialist.

SEO en combinatietest mogen alleen worden uitgevoerd door een zorgverlener met een vergunning volgens de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) of een samenwerkingsafpraak met een Regionaal Centrum voor prenatale screening dat een vergunning heeft, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

lid 2 De volgende situaties worden onderscheiden:

**a. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis met medische noodzaak**

Als bevalling in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, vergoedt de zorgverzekeraar voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor medisch-specialistische zorg en opname in het ziekenhuis volgens artikel 5.

**b. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een geboortecentrum**

Als de bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, of in een geboortecentrum, vergoedt de zorgverzekeraar voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. Hiervoor geldt een eigen bijdrage voor zowel moeder als haar kind van € 16,50 per persoon per dag. Deze eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum de € 116,50 per persoon per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen gebeurt op basis van de opgave door het ziekenhuis of door het kraambureau dat kraamzorg verleent na ontslag uit het ziekenhuis.

**c. Bevalling en/of kraamzorg thuis**

Bij bevalling en kraamzorg thuis vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor:

1. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door de huisarts of verloskundige;
2. de inschrijving, intake en partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
3. tenminste 24 en maximaal 80 uren kraamzorg, gedurende maximaal tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en haar kind en wordt vastgesteld en toegekend in overleg met de zorgverzekeraar. Het uitgangspunt is wat het geboortecentrum of kraambureau op grond van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg indiceert. Voor deze vergoeding geldt een eigen bijdrage van € 4,10 per uur.

Als na de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum de kraamzorg thuis of in een kraamhotel plaatsvindt, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor kraamzorg zoals omschreven onder 3. Hierbij geldt dat de zorgverzekeraar het aantal dagen doorgebracht in het ziekenhuis of geboortecentrum in mindering brengt op de genoemde termijn van maximaal tien dagen.

Kosten van het kraamhotel anders dan voor kraamzorg worden niet vergoed.



- d. De zorgverzekeraar regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel III (Zorgdiensten).

## Artikel 8 Revalidatie

### lid 1 Medisch-specialistische revalidatie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische revalidatie als:

1. deze zorg voor u het meest doeltreffend is ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. De handicap is het gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of van een aandoening van het centrale zenuwstelsel en leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en
2. u met deze zorg een mate van zelfstandigheid kunt bereiken of behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Medisch-specialistische revalidatie kan plaatsvinden:

1. in deeltijd- of dagbehandeling;
2. tijdens een opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.

### lid 2 Geriatrische revalidatie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden, als

- sprake is van integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg, en
- bij u sprake is van kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, en
- de zorg gericht is op het zodanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar uw thuissituatie mogelijk is, en
- de zorg bij aanvang gepaard gaat met een opname in een verpleeghuis of andere instelling die voor het leveren van geriatrische revalidatie wettelijk is toegelaten. Deze instelling heeft een gespecialiseerde afdeling ingericht voor het leveren van geriatrische revalidatiezorg.

De zorg sluit aan op een ziekenhuisopname zoals bedoeld in artikel 5 lid 2a, terwijl u voorafgaand aan die ziekenhuisopname niet ten laste van de AWBZ verbleef en werd behandeld in een verpleeghuis of andere instelling.

De indicatie voor geriatrische revalidatiezorg wordt gesteld tijdens de ziekenhuisopname door de behandelend medisch-specialist in samenspraak met de specialist ouderengeneeskunde. De medisch-specialist en andere zorgverleners in het ziekenhuis werken in samenspraak met de specialist ouderengeneeskunde tijdens de ziekenhuisopname al systematisch aan - duidelijkheid over - het vervolgetraject geriatrische revalidatiezorg.

De geriatrische revalidatiezorg wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts op basis van een behandelplan. Dit behandelplan voldoet aan de relevante richtlijnen van het CBO (Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing) en de behandelkaders van Verenso (de beroepsorganisatie van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal gerieters).

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de geriatrische revalidatie voor maximaal een periode van zes maanden. In bijzondere gevallen kunt u de zorgverzekeraar toestemming vragen voor een langere periode.

De geriatrische revalidatie omvat ook de ambulante revalidatiezorg als die na overgang naar huis wordt voortgezet.

De kosten voor geriatrische revalidatiezorg worden in rekening gebracht met een DBC-zorgproduct.

## Artikel 9 Organtransplantaties

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor transplantaties van weefsels en organen in een ziekenhuis als de transplantatie is verricht in:
1. een EU- of EER-land, of
  2. een ander land, als de donor daar woont en uw echtgenoot, uw geregistreerd partner of uw bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is.

De zorgverzekeraar vergoedt ook de kosten van de medisch-specialistische zorg voor de selectie van de donor en de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Verder vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.

- lid 2 De donor heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekering tot maximaal 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor voor selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal is opgenomen. Bij een levertransplantatie is deze periode maximaal een half jaar. De aanspraak in dit lid betreft alleen kosten van verleende zorg die verband houdt met die opname.
- Ook heeft de donor aanspraak op vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel voor de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en voor de zorg, bedoeld in dit lid. Als dit medisch noodzakelijk is, kan dit vervoer ook per auto plaatsvinden.

Als een donor in het buitenland woont en er transplantatie plaatsvindt van een nier, beenmerg of lever in Nederland, dan vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van het vervoer van de donor naar Nederland en terug. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar aan deze donor ook de overige kosten gemoeid met de transplantatie, als die kosten verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gederfde inkomsten.

## Artikel 10 Dialysezorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort. De zorg wordt verleend in een dialysecentrum of bij u thuis en kan gepaard gaan met onderzoek, behandeling, verpleging, farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van uzelf of van personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis.

In geval van thuisdialyse omvat de aanspraak ook:

1. de kosten voor de opleiding door het dialysecentrum van hen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
2. het verstrekken of in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren;
3. de kosten van de regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen), en de kosten van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de dialyse;
4. de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse (zoals een dialysetoel);
5. kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum.

Deze onderdelen zijn van toepassing op hemodialyse en de verschillende vormen van peritoneaaldialyse. De kosten maken onderdeel uit van het DBC-zorgproduct dat het ziekenhuis of dialysecentrum in rekening brengt.

In geval van thuisdialyse vergoedt de zorgverzekeraar, naast het DBC zorgproduct, ook:

1. de redelijke kosten voor aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, als andere - wettelijke - regelingen daarin niet voorzien;
2. de overige redelijke kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen als andere - wettelijke - regelingen daarin niet voorzien.

### **Artikel 11 Mechanische beademing**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor mechanische beademing in een beademingscentrum en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort.

De beademing kan ook plaatsvinden bij u thuis onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

1. het door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking stellen van de benodigde apparatuur;
2. de medisch-specialistische en farmaceutische zorg die bij de beademing hoort, verleend onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

### **Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

### **Artikel 13 Trombosedienst**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door de trombosedienst op verwijzing van een arts of medisch-specialist. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

1. het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
2. het (onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst laten) verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken voor bepaling van de stollingstijd van het bloed;
3. het beschikbaar stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u zelf de stollingstijd van uw bloed kan meten;
4. opleiding in het gebruik van deze apparatuur, en begeleiding bij uw metingen;
5. advisering over de toepassing van geneesmiddelen voor beïnvloeding van de bloedstolling.

Het Reglement Hulpmiddelen bevat nadere voorwaarden voor de vergoeding onder 3. Het reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).

### **Artikel 14 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de psychosociale begeleiding die bij deze zorg hoort. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u, vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van onderzoeken bij andere personen dan uzelf. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

### **Artikel 15 Audiologische zorg**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door een audiologisch centrum op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

1. onderzoek naar het gehoor;
2. advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur;

3. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
4. psychosociale zorg noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
5. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

## Artikel 16 Paramedische zorg

- lid 1** Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten die plegen te bieden. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van behandeling op afwijkende praktijklocaties, zoals scholen voor regulier of speciaal onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven of Centra voor Jeugd en Gezin, alleen als de zorgverzekeraar hiervoor vooraf toestemming heeft verleend. De zorgverzekeraar geeft alleen toestemming als er een indicatie is voor behandeling op de bedoelde locaties en sprake is van incidentele behandeling. De zorgverzekeraar vergoedt geen extra kosten voor behandeling buiten de reguliere werktijden.
- lid 2** **Fysiotherapie en oefentherapie**  
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, bekkentherapeut, geriatriefysiotherapeut of oedeemtherapeut. Bij oedeemtherapie kan ook een huidtherapeut de behandeling uitvoeren. Er moet sprake zijn van een indicatie in verband met een aandoening, die in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is genoemd. De daarbij genoemde behandelduur mag niet zijn overschreden. Als u 18 jaar of ouder bent, worden de kosten van de eerste 20 behandelingen voor de betreffende aandoening niet vergoed.
- In afwijking van deze vergoedingsregeling vergoedt de zorgverzekeraar, als u 18 jaar of ouder bent, de kosten van maximaal negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Hier geldt de vergoeding dus vanaf de eerste behandeling.
- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).
- lid 3** Voor fysiotherapie en oefentherapie aan kinderen tot 18 jaar bestaat - naast de dekking in lid 2 - ook aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut of oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar. Op verwijzing van huisarts of medisch specialist vergoedt de zorgverzekeraar voor deze verzekerden de kosten van maximaal negen extra behandelingen door de genoemde zorgverleners per indicatie per kalenderjaar als na negen behandelingen nog geen toereikend resultaat is bereikt.
- lid 4** **Ergotherapie**  
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal tien behandelingen per kalenderjaar. De ergotherapeut verleent de zorg in zijn behandelruimte of bij u thuis.
- lid 5** **Logopedie**  
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor behandeling door een logopedist. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van logopedische behandeling als deze een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van behandeling ter ondersteuning van onderwijs. Dit betreft onder meer de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen bij dialect of anderstaligheid.

**lid 6**      **Dieetadviesing**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van voorlichting en adviesing op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal drie behandeluren per kalenderjaar.

**Artikel 17**   **Mondzorg**

**lid 1**      Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist verleent de zorg. De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten van bijzondere tandheelkundige zorg, dat wil zeggen de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

1. als u een zo ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening.

**lid 2**      De zorgverzekeraar vergoedt ook de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Het implantaat moet dienen voor bevestiging van een uitneembare prothese. De suprastructuur is het gedeelte op het implantaat dat boven het tandvlees zit.

**lid 3**      De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van orthodontische zorg als sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Daarbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

**lid 4**      Als u jonger bent dan 18 jaar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

1. eenmaal per jaar periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, tenzij u die zorg tandheelkundig meer keren per jaar nodig heeft;
2. incidenteel tandheelkundig consult;
3. het verwijderen van tandsteen;
4. fluoride-applicatie als minimaal één element van het blijvende gebit doorgebroken is, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u die zorg, tandheelkundig, meer keren per jaar nodig heeft;
5. sealing (aanbrengen van een beschermlaag);
6. parodontale zorg (voor tandvlees);
7. anesthesie;
8. endodontische zorg (voor het binnenste van de tand);
9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
10. gnathologische zorg (voor de kaak en de kauwspieren);
11. uitneembare prothetische voorzieningen;
12. tandvervangende zorg met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten na toestemming vooraf van de zorgverzekeraar. De zorg moet de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreffen die niet zijn aangelegd, of ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
13. chirurgische tandheelkundige zorg, behalve de kosten van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
14. röntgenonderzoek, behalve de kosten van röntgenonderzoek voor orthodontische zorg.

De kosten van deze zorg buiten de reguliere praktijken worden alleen vergoed als het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld.

- lid 5 Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:
1. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek, behalve van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties. Deze zorg vindt plaats op verwijzing van een tandarts, huisarts of medisch-specialist;
  2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.
- lid 6 Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor boven- en/of onderkaak vergoedt de zorgverzekeraar 75% van de kosten voor een volledige immediaatprothese, een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.
- De zorgverzekeraar vergoedt 100% van de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothetische voorziening of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Bij rebasen wordt de ruimte tussen de kaak en het kunstgebit opgevuld met kunststof om de prothese vaster te laten zitten op een geslonken kaak.
- Toestemming vooraf van de zorgverzekeraar is vereist als de totale kosten van de volledige prothetische voorziening (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:
- € 650,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandarts, of
  - € 500,- per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandprotheticus.
- lid 7 Voor vergoeding van de kosten van mondzorg volgens lid 1 tot en met 3 is altijd toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist. Als de mondzorg volgens lid 4 en 5 in een instelling voor bijzondere tandheelkunde plaatsvindt, is ook toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist.
- Bij de aanvraag dient u een schriftelijke motivering van de tandarts en een behandelplan bij te voegen. De toestemming kan worden ingetrokken als de mondzorg niet meer nodig is, als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of als u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- lid 8 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van opname in een ziekenhuis in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.
- lid 9 Voor vergoeding van de kosten van zorg door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg is toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist als het gaat om parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.
- lid 10 Voor vergoeding van de kosten van mondzorg op de plaats waar de verzekerde verblijft (dus niet in de praktijk van de zorgverlener) is een schriftelijk advies van de huisarts of de medisch-specialist vereist.
- lid 11 Voor zorg volgens lid 1 voor een verzekerde van 18 jaar en ouder kan een eigen bijdrage gelden. Deze eigen bijdrage geldt bij behandelingen die niet rechtstreeks in verband staan met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg.
- De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening zou zijn gebracht voor de reguliere behandeling, dus als u niet in het kader van bijzondere tandheelkunde zou zijn behandeld.

lid 12 Voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, geleverd in het kader van de zorg bedoeld in lid 1, geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaakdeel.

## Artikel 18 Farmaceutische zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten van terhandstelling van:

1. de door de zorgverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddelen uit Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De aanwijzing door de zorgverzekeraar is zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor u beschikbaar is. Nadere omschrijving van de aanspraak is uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg. Het Reglement Farmaceutische zorg kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl);
2. de geneesmiddelen - onder voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft - als bedoeld in:
  - a. artikel 40, lid 3, onder a Geneesmiddelenwet. In dit artikel wordt ingegaan op apotheekbereidingen of magistrale bereidingen. Kosten van apotheekbereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd, geregistreerd geneesmiddel zijn uitgesloten van de aanspraak;
  - b. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant bedoeld in artikel 1, lid 1, onder mm van die wet;
  - c. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een ander land en op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Onder rationele farmacotherapie wordt verstaan behandeling of diagnostiek met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat het meest economisch is.

Tevens bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de hierboven genoemde geneesmiddelen. Dit advies en deze begeleiding worden uitgevoerd door BIG-geregistreerde zorgverleners.

Onder dit advies en deze begeleiding vallen:

- a. eerste terhandstellingsgesprek;
- b. instructie patiënt receptplichtig geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel;
- c. medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik;
- d. farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek;
- e. farmaceutische begeleiding bij ontslag uit het ziekenhuis.

De kosten van een geneesmiddel opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering worden alleen vergoed als wordt voldaan aan de in deze bijlage genoemde indicatievoorwaarden.

Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kunnen gedurende het jaar wijzigen. Een actueel overzicht kunt u raadplegen op [www.wetten.nl](http://www.wetten.nl). Vragen hierover kunt u stellen bij het PNO Service Center.



- lid 2 De onder lid 1 genoemde middelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheeikhoudend huisarts.
- lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van dieetpreparaten alleen als niet kan worden volstaan met aangepaste normale voeding en andere bijzondere voeding en u:
1. lijdt aan een stofwisselingsstoornis, of
  2. lijdt aan een voedselallergie, of
  3. lijdt aan een resorptiestoornis, of
  4. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
  5. daarop bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.
- lid 4 Bij in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen. Dit betreft laxantia, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen ter bescherming van de ogen tegen uitdroging en maagledigingsmiddelen, als ook andere geneesmiddelen met eenzelfde werkzaam bestanddeel en in dezelfde toedieningsvorm.
- Ook bij in de Regeling zorgverzekering genoemde maagzuurremmers voor chronisch gebruik (inclusief combinatiepreparaten die een maagzuurremmer bevatten) vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen.
- lid 5 De in de Regeling zorgverzekering genoemde geneesmiddelen zijn zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep stelt de overheid een vergoedingslimiet vast. Als voor een geneesmiddel de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet geldt het verschil als eigen bijdrage. Een eigen bijdrage geldt ook voor een geneesmiddel dat wordt bereid uit een geneesmiddel met een eigen bijdrage.
- lid 6 In het Reglement Farmaceutische zorg staan nadere voorwaarden vermeld over de doelmatigheid van de farmaceutische zorg. Dit betreft onder andere toestemmingsvereisten, afleverhoeveelheden, advies en begeleiding. Het Reglement Farmaceutische zorg kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).
- lid 7 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van:
- farmaceutische zorg in de door de Regeling zorgverzekering bepaalde gevallen;
  - niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemde, in Nederland geregistreerde geneesmiddelen;
  - een eigen bijdrage volgens lid 5;
  - andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen;
  - geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
  - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel b Geneesmiddelenwet;
  - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel, dat niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering is opgenomen;
  - geneesmiddelen bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel f Geneesmiddelenwet. Het betreft geneesmiddelen waarvoor hetzij een aanvraag om een handelsvergunning bij het Europees Geneesmiddelenbureau is ingediend, hetzij waarmee nog klinische proeven gaande zijn.



## Artikel 19 Hulpmiddelenzorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. In uitzondering op de aanspraak op vergoeding van kosten, verstrekt de zorgverzekeraar een aantal hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zijn de voorwaarden voor vergoeding, bruikleenverstrekking en de specifieke vereisten per hulpmiddel opgenomen. Het reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).
- lid 2 Waar dit blijkt uit het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist. Daarbij kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen.
- lid 3 De kosten van normaal gebruik worden niet vergoed, behalve als het Reglement Hulpmiddelen anders bepaalt. Dit betreft onder meer kosten van energiegebruik en batterijen.
- lid 4 De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten van hulpmiddelen, of verstrekt ze in bruikleen, als de hulpmiddelen noodzakelijk zijn, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd. Er bestaat in principe geen aanspraak op vergoeding van kosten of verstrekking in bruikleen als het hulpmiddel alleen dient voor gebruik op de werkplek of als onderwijsvoorziening. Om de werkplek voor een slechthorende aan te passen kunnen persoonlijke hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie hierop een uitzondering vormen. De voorwaarden daarvoor zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen.
- lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten van verbandmiddelen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen nodig is.
- lid 6 Kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen ingezet in de thuissituatie onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist, maken in sommige gevallen deel uit van de medisch-specialistische zorg. Zij vallen dan niet onder deze vergoeding, maar worden via een DBC-zorgproduct vergoed. Hierbij is het CVZ-rapport *Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden 2* leidend. Dit rapport kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl). Als u verblijft en behandeld wordt in een AWBZ-instelling vallen de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen en verbandmiddelen ook niet onder deze vergoeding. Dit valt onder de aanspraken van de AWBZ.

## Artikel 20 Ambulancevervoer

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per ambulance-auto van een ambulancevervoerder als ander vervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is. De zorgverzekeraar vergoedt vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming heeft gegeven voor vervoer over een grotere afstand.

- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van vervoer:
- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg zult ontvangen waarvan de kosten - geheel of gedeeltelijk - gedekt zijn op de Basisverzekering;
  - naar een instelling waarin u wordt opgenomen ten laste van de AWBZ;
  - vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek of een behandeling zult ondergaan, gedekt volgens de AWBZ;
  - vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese, als de prothese - geheel of gedeeltelijk - gedekt is volgens de AWBZ;
  - van de in dit lid genoemde zorgverleners of instellingen naar uw eigen woning of naar een andere woning, als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.

lid 3 Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

lid 4 Als ziekenvervoer per ambulance-auto niet mogelijk is kunt u de zorgverzekeraar vooraf toestemming vragen voor vervoer met een ander middel van vervoer.

#### **Artikel 21 Zittend ziekenvervoer**

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de laagste klasse, per taxi of per eigen auto tot maximaal 200 kilometer enkele reisafstand. Als de zorgverzekeraar u toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking tot 200 kilometer niet.

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zittend ziekenvervoer alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. Bij het verlenen van toestemming kan de zorgverzekeraar voorwaarden stellen aan de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

lid 3 Bij gebruik van de eigen auto vergoedt de zorgverzekeraar € 0,31 per kilometer. De zorgverzekeraar gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route per auto volgens de routeplanner Routenet.

lid 4 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor vervoer van en naar een persoon, instelling of woning zoals bedoeld in artikel 20 lid 2 als:

- u nierdialyse moet ondergaan;
- u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
- uw gezichtsvermogen zo is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.

lid 5 In andere gevallen dan genoemd in lid 4 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet vergoeden van de kosten voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard.

lid 6 Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

lid 7 Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 96,- per kalenderjaar. Deze eigen bijdrage geldt niet voor vervoer:

- vanaf een instelling waarin u bent opgenomen naar een andere instelling waarin u wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. De kosten van beide opnames moeten gedekt zijn onder de Basisverzekering of de AWBZ;

- heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling, dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Het onderzoek of de behandeling moeten gedekt zijn onder de Basisverzekering, de opname moet gedekt zijn onder de Basisverzekering of AWBZ.
- heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling, die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Zowel de behandeling als opname zijn gedekt onder de AWBZ.

**lid 8** De zorgverzekeraar vergoedt ook het vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het de begeleiding betreft van een kind jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunt u de zorgverzekeraar toestemming vooraf vragen voor het vervoer van twee begeleiders.

**lid 9** De zorgverzekeraar regelt graag taxivervoer voor u. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel III (Zorgdiensten).

**lid 10** Als ziekenvervoer per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto niet mogelijk is, kunt u de zorgverzekeraar toestemming vooraf vragen voor vervoer met een ander vervoermiddel.

## **Artikel 22 Dyslexiezorg**

**lid 1** Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg in verband met ernstige dyslexie. Aanspraak bestaat alleen:

1. voor kinderen van 7 jaar en ouder die basisonderwijs volgen,
2. als de zorg op 7-, 8-, 9-, 10-, 11- of 12-jarige leeftijd begint, en
3. als de zorg wordt verleend door het Regionaal Instituut Dyslexie (RID) of een gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist die staat ingeschreven in het kwaliteitsregister voor gekwalificeerde behandelaars van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO), en
4. als de diagnostiek wordt uitgevoerd en de behandeling worden verleend volgens het *Protocol dyslexie diagnostiek en behandeling* uit 2006.

Het *Protocol dyslexie diagnostiek en behandeling* dient als leidraad voor het diagnosticeren, indiceren en behandelen van mensen met dyslexie. Het doel is het beschrijven van de optimale zorg voor mensen met dyslexie, op basis van de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten. Dit protocol kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).

**lid 2** Voor vergoeding van de kosten van dyslexiezorg is een verwijzing nodig van de jeugdgezondheidszorgarts of een daartoe bevoegd functionaris met bijbehorende expertise, die verbonden is aan school. Deze verwijzing moet voorzien zijn van een motivatie waaruit blijkt dat de school- of leeraanamnese een stagnatie vertoont en extra begeleiding op school onvoldoende verbetering heeft opgeleverd.

**lid 3** De kosten voor dyslexiezorg worden in rekening gebracht met een DBC.

## Artikel 23 Generalistische Basis GGZ

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van Generalistische Basis GGZ zoals klinisch psychologen die plegen te bieden.  
De hoofdbehandelaar is
- BIG-geregistreerd gezondheidszorgpsycholoog,
  - BIG-geregistreerd klinisch psycholoog,
  - NIP-geregistreerd kinder- en jeugdpsycholoog,
  - NVO-geregistreerd orthopedagoog-generalist,
  - BIG-geregistreerd psychotherapeut,
  - BIG-geregistreerd verslavingsarts, geregistreerd in het profielregister verslavingsartsen KNMG, of
  - BIG-geregistreerd psychiater, ingeschreven in het Specialistenregister KNMG.
- Als sprake is van chronische problematiek kan ook een verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg hoofdbehandelaar zijn.
- In het zorgtraject kunnen andere zorgverleners onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar zorg verlenen. Ook een internetprogramma kan hiervan deel uitmaken.
- lid 2
1. Voor Generalistische Basis GGZ is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of jeugdgezondheidszorgarts. Dit geldt niet voor acute zorg.
  2. Voor kinderen bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b lid 5 AWBZ.
- lid 3
- Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:
- behandeling van psychische klachten zonder dat sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM IV-TR;
  - behandeling van aanpassingsstoornissen;
  - hulp bij werk- en relatieproblemen.
- Voor vergoeding van kosten van behandeling van psychische klachten die een gevolg zijn van of samenhangen met een primair somatische (lichamelijke) aandoening geldt niet dit artikel, maar artikel 5 'Medisch-specialistische zorg'.
- lid 4
- De kosten voor Generalistische Basis GGZ worden in rekening gebracht met een integrale prestatie Basis GGZ.
- lid 5
- Als u voor 1 januari 2014 met een behandeling eerstelijnspsychologische zorg bent gestart die op die datum nog niet is afgerond, kunnen zich de volgende situaties voordoen.
- U hebt in 2013 maximaal twee zittingen eerstelijnspsychologische zorg gehad en de behandeling loopt door in 2014. In dat geval vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van de zorg in 2013 volgens de voorwaarden zoals die tot en met 31 december 2013 van toepassing waren. Voor de zorg in 2014 vergoedt de zorgverzekeraar de kortste integrale prestatie Basis GGZ (de zogenaamde prestatie Basis GGZ Kort) volgens de voorwaarden van dit artikel. Mocht na afronding van de behandeling opnieuw psychologische zorg nodig zijn in 2014, dan dient de huisarts u opnieuw te verwijzen. Uw huisarts kan bepalen of voortzetting van de behandeling het meest is aangewezen binnen de huisartsenzorg, in de Generalistische Basis GGZ of in de Gespecialiseerde GGZ.
  - U bent in 2013 gestart met een behandeling eerstelijnspsychologische zorg waarvoor in 2014 nog maximaal twee zittingen noodzakelijk zijn. In dat geval vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van de zorg in 2013 volgens de voorwaarden zoals die tot en met 31 december 2013 van toepassing waren. Voor de zorg in 2014 vergoedt de zorgverzekeraar de daarvoor bestemde prestatie Basis GGZ (de zogenaamde Transitieprestatie Generalistische Basis GGZ).

## Artikel 24 Gespecialiseerde GGZ

### lid 1 **Psychiatrische ziekenhuisopname**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van Gespecialiseerde GGZ, zoals hierna omschreven, en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

### lid 2 **Gespecialiseerde GGZ**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van Gespecialiseerde GGZ.

De hoofdbehandelaar is:

- BIG-geregistreerd klinisch psycholoog,
- BIG-geregistreerd psychotherapeut,
- BIG-geregistreerd verslavingsarts, geregistreerd in het profielregister verslavingsartsen KNMG, of
- BIG-geregistreerd psychiater, ingeschreven in het Specialistenregister KNMG.

De hoofdbehandelaar werkt binnen een multidisciplinaire context waarin minimaal een psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, klinisch geriater of verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg werkzaam is. De zorgverzekeraar vergoedt naast de kosten van de behandeling ook de bij de behandeling behorende verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

lid 3 De omvang van de zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

- lid 4
1. Voor Gespecialiseerde GGZ (met of zonder opname) is een gerichte verwijzing nodig door een huisarts. Dit geldt niet voor acute zorg.
  2. Voor kinderen bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b lid 5 AWBZ.

lid 5 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:

- behandeling van niet of laag complexe psychische stoornissen die in de Generalistische Basis GGZ kunnen worden behandeld;
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psycho-analyse.

lid 6 Als u voor 1 januari 2014 met een behandeling in de Gespecialiseerde GGZ bent gestart, die op die datum nog niet is afgerond, vergoedt de zorgverzekeraar de afronding van die behandeling volgens de voorwaarden zoals die tot en met 31 december 2013 van toepassing waren. Als u voor dezelfde zorgvraag voor een vervolgbehandeling in aanmerking komt, dient de huisarts u opnieuw te verwijzen. Uw huisarts kan bepalen of voortzetting van de behandeling het meest is aangewezen binnen de huisartsenzorg, in de Generalistische Basis GGZ of in de Gespecialiseerde GGZ.

## Artikel 25 Buitenland

Als u voor kortere of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert de zorgverzekeraar u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft en of u vooraf een formulier moet aanvragen. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het PNO Service Center of raadpleeg [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).

lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van het Algemeen gedeelte (deel I) van de Basisverzekering. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het PNO Service Center of kunt u de toelichting *De grens van zorg in het buitenland* raadplegen op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).

lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:

1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of
2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of een verdragsland.

lid 3 Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

lid 4 Bij een ziekenhuisopname voor acute ziekte of ongeval kunt u contact opnemen met PNO Zorgassistance voor het regelen van de zorg waarvoor de Basisverzekering dekking biedt. De procedure daarvoor kunt u nalezen in deel III (Zorgdiensten).

lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de gemiddelde wisselkoers in de maand voor de afwikkeling.

## Artikel 26 Algemeen

In voorkomende gevallen kunt u aanspraak maken op vergoeding van de kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze verzekering als vaststaat dat:

- deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft verleend, en
- deze zorg niet bij of krachtens de wet is uitgesloten.



# Inhoudsopgave

## Overeenkomst Basisverzekering

### III. Zorgdiensten PNOzorg

PNO ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	49
Zorgbemiddeling	49
Medisch-specialistische behandeling	49
PNO Kraamzorg Service	49
Taxivervoer	49
PNO Zorgassistance	50



# Overeenkomst Basisverzekering

## III. Zorgdiensten PNOzorg

### **PNO ZorgConsulent: van preventie tot nazorg**

De PNO ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachttijst)bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 - 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 020 00 04.

U kunt via de PNO ZorgConsulent:

- telefonisch een arts of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding;
- informatie krijgen over onderwerpen met betrekking tot gezondheidszorg, gezond leven, bewegen en voeding.

### **Zorgbemiddeling**

Als u zorg nodig heeft en deze niet snel (genoeg) kunt krijgen, kunt u de PNO ZorgConsulent vragen om te bemiddelen. De PNO ZorgConsulent probeert dan de wachttijd te verkorten.

Ook als u om andere redenen behoefte heeft aan zorgbemiddeling, probeert de PNO ZorgConsulent aan uw wensen tegemoet te komen.

### **Medisch-specialistische behandeling**

De PNO ZorgConsulent informeert u over behandelingen in een ziekenhuis en regelt zaken die daarmee verband houden:

- de zorgverzekeraar werkt samen met een netwerk van geselecteerde medisch-specialisten. Op uw verzoek verstrekt de PNO ZorgConsulent informatie over behandelmethodes, behandellocaties of behandelend medisch-specialisten. U ontvangt de informatie op schrift, zodat u deze kunt bespreken met uw (huis)arts of behandelend medisch-specialist;
- op uw verzoek bemiddelt de PNO ZorgConsulent bij het arrangeren van een (dag)behandeling in een ziekenhuis of zorghotel. Ook kan de ZorgConsulent bemiddelen bij het arrangeren van thuiszorg of kinderopvang. De kosten van de thuiszorg of kinderopvang zijn echter onder de Basisverzekering niet gedekt.

De zorgverzekeraar voert de informatievoorziening en bemiddeling zo goed en zorgvuldig mogelijk uit. Zij is echter geen zorgverlener. De zorgverzekeraar stelt dus zelf geen diagnose en verricht geen medische handelingen. Zij verstrekt ook geen medische adviezen en kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. De zorgverzekeraar aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

### **PNO Kraamzorg Service**

Kraamzorg is onderdeel van de dekking geboortezorg zoals beschreven in artikel 7 van deel II van de Basisverzekering. Voor informatie over kraamzorg of als u kraamzorg door de zorgverzekeraar wilt laten regelen, kunt u bellen met de PNO Kraamzorg Service. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via [www.pnozorg.nl/klantenservice/kraamzorg](http://www.pnozorg.nl/klantenservice/kraamzorg).

PNO Kraamzorg Service regelt de kraamzorg bij een erkende kraamzorgorganisatie. U dient de kraamzorg minimaal vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aan te vragen. PNO Kraamzorg Service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 07.

### **Taxivervoer**

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 21 van deel II van de Basisverzekering. Om u optimaal van dienst te zijn, laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

**PNO Zorgassistance**

Als u in het buitenland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, kunt u contact (laten) opnemen met PNO Zorgassistance. Daarbij dient u uw cliëntnummer en de naam van de verzekerde op te geven. Ook voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kunt u contact opnemen.

PNO Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer + 31 (0)88 668 97 71.



# Inhoudsopgave

## Overeenkomst aanvullende verzekering

### I. Algemeen gedeelte

#### Begripsomschrijvingen

Artikel 1	53
-----------	----

#### Grondslag van de verzekering

Artikel 2	53
-----------	----

#### Overige bepalingen

Artikel 3	Begin van de verzekering	54
Artikel 4	Beëindiging door de verzekeringnemer	54
Artikel 5A	Beëindiging van rechtswege	54
Artikel 5B	Beëindiging door de verzekeraar	55
Artikel 6	Premie	55
Artikel 7	Herziening van premie of voorwaarden	56
Artikel 8	Hulp buiten Nederland	56
Artikel 9	Verplichtingen van de verzekerde en de verzekeringnemer	56
Artikel 10	Onwaarachtige weergave van feiten	57
Artikel 11	Kennisgeving relevante gebeurtenissen	58
Artikel 12	Privacybescherming	58
Artikel 12A	Rechten van de verzekerde en de verzekeringnemer	58
Artikel 12B	Kwetsbare groepen	59
Artikel 13	Materieel controleren en fraudeonderzoek	59
Artikel 14	Overige voorwaarden	60
Artikel 15	Geschillen	60

# Overeenkomst aanvullende verzekering

## I. Algemeen gedeelte

### Begripsomschrijvingen

#### **Artikel 1 Buitenland**

Ieder ander land dan het land waar de verzekerde woont.

#### **Onvoorziene behandelingen**

Medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare behandelingen die geen enkel uitstel toelaten omdat vanuit medisch oogpunt gezien direct ingrijpen vereist is.

#### **Verzekeraar**

Verzekeraar is ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. De maatschappij is gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

#### **Verzekerde**

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

#### **Verzekeringnemer**

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Op deze overeenkomst zijn de begripsomschrijvingen als genoemd in de door de verzekeraar vastgestelde Overeenkomst tot Basisverzekering (zorgpolis) als bedoeld in artikel 1 van de Zorgverzekeringswet van overeenkomstige toepassing.

### Grondslag van de verzekering

#### **Artikel 2**

##### lid 1

Als grondslag voor de aanvullende verzekering geldt:

- het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier;
- eventuele gegevens die door de verzekeringnemer of verzekerde afzonderlijk zijn verstrekt.

##### lid 2

De overeenkomst van aanvullende verzekering gesloten tussen verzekeringnemer en de verzekeraar geeft recht op het bij deze overeenkomst bepaalde pakket van verstrekkingen of vergoedingen, zoals is vastgelegd op het polisblad. De verzekerde ontvangt een polisblad en een verzekeringspas.

##### lid 3

Deze verzekering is een zogenaamde excedent- of aanvullende verzekering. Dit houdt in dat als voorwaarde voor een vergoeding krachtens deze verzekering geldt dat de verzekerde rechten kan ontleen aan een in artikel 1 bedoelde overeenkomst tot Basisverzekering. Met inachtneming van het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden inzake de omvang van de dekking, beperkingen, uitsluitingen en eventuele overige bepalingen geldt dat de verzekering uitsluitend dekking biedt indien en voor zover deze kosten volgens de voorwaarden van de in artikel 1 bedoelde overeenkomst van Basisverzekering niet zijn gedekt.

## Overige bepalingen

### Artikel 3 Begin van de verzekering

- lid 1 De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld en wordt aangegeven voor de duur van één kalenderjaar. De ingangsdatum is 1 januari van het jaar, volgend op de dag waarop de verzekeraar het verzoek tot het sluiten van deze overeenkomst heeft ontvangen.
- lid 2 Indien de verzekeringnemer gelijktijdig met het verzoek, bedoeld in het eerste lid, een overeenkomst Basisverzekering bij de verzekeraar afsluit, geldt als ingangsdatum van deze verzekering de datum waarop de overeenkomst Basisverzekering ingaat.
- lid 3 In afwijking van het eerste lid van dit artikel, geldt voor de verzekerde die ten gevolge van het bereiken van de 18-jarige leeftijd een aanvullende tandartsverzekering wil afsluiten, als ingangsdatum van deze verzekering de dag volgend op de dag waarop de verzekeraar het verzoek tot het sluiten van deze overeenkomst heeft ontvangen.

### Artikel 4 Beëindiging door de verzekeringnemer

- lid 1 De verzekeringnemer kan de overeenkomst uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de overeenkomst niet opzegt, vindt voortzetting van de verzekering plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- lid 2 De verzekeringnemer heeft het recht de overeenkomst tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw, direct aansluitend dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de overeenkomst van aanvullende verzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van de kalendermaand volgend op die waarin ze zijn gedaan.
- lid 3 Als de aanvullende verzekering van de ouder(s) beëindigd wordt, beëindigt de verzekeraar de aanvullende verzekering van de kinderen op de beëindigingsdatum van de aanvullende verzekering van de ouder(s).  
Als in plaats van de beëindigde verzekering van de ouder(s) een verzekering wordt gesloten die minder dekking biedt, wordt de aanvullende verzekering van de kinderen per de ingangsdatum van bedoelde verzekering beëindigd. Naar keuze van verzekeringnemer kan worden gekozen voor een verzekering met dezelfde dekking als voor de ouder. De ingangsdatum van de verzekering voor de kinderen moet gelijk zijn aan die voor de ouder(s) en bedoelde keuze moet worden gemaakt binnen een maand na de ingangsdatum van de verzekering voor de ouders.

### Artikel 5A Beëindiging van rechtswege

- lid 1 De overeenkomst eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgend op de dag waarop:
- de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
  - de verzekerde niet langer verzekeringsplichtig is op grond van de Zorgverzekeringswet, tenzij de overeenkomst op verzoek van de verzekeringnemer wordt voortgezet en de verzekeraar hiermee instemt;
  - de verzekerde overlijdt. De verzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld.

- lid 2 De verzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een verzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- lid 3 De verzekeringnemer stelt de verzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel b en c, tot het einde van de overeenkomst hebben geleid of kunnen leiden.
- lid 4 Indien de verzekeraar op grond van het in het eerste lid onder b of c of het derde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de overeenkomst zal eindigen of is geëindigd, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

#### **Artikel 5B Beëindiging door de verzekeraar**

- lid 1 De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen, indien door of namens de verzekeringnemer en/of de verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, en/of vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd, bedoeld in artikel 10 van deze overeenkomst.
- lid 2 De beëindiging, bedoeld in het eerste lid, kan ingaan per datum dat door of namens de verzekeringnemer en/ of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven en/of vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd.
- lid 3 De verzekeraar heeft het recht de verzekeringsovereenkomst te beëindigen na het verstrijken van de in artikel 6, lid 6, genoemde termijn indien de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling van het verschuldigde.

#### **Artikel 6 Premie**

- lid 1 Krachtens deze overeenkomst is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- lid 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.
- lid 3 De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een eventuele collectiviteitkorting (zie het polisblad). De collectiviteitkorting wordt direct op de premiegrondslag in mindering gebracht.
- lid 4 De verzekeringnemer dient de premie op de overeengekomen wijze vooruit te betalen. Als de verzekeringnemer bij een betalingstermijn van een jaar de premie niet - tijdig - betaalt, kan de verzekeraar de termijn wijzigen in een maand.
- De verzekeringnemer mag de te betalen premie niet verrekenen met van de verzekeraar te vorderen vergoedingen.
- lid 5 Premiebetaling
1. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen per maand bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de verzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen, c.q. te restitueren.
  2. In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening, c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

lid 6 Als de verzekeringnemer niet - tijdig - de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's of eigen bijdragen betaalt, kan de verzekeraar hem na de (premie)vervaldag schriftelijk aanmanen tot betaling. Bij betalingsachterstand van twee maandpremies, biedt de verzekeraar een betalingsregeling aan. Daarbij wijst de verzekeraar erop dat bij het niet accepteren van deze regeling of het niet betalen binnen de gestelde termijn, de Basisverzekering wordt beëindigd.

Als de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle redelijke kosten daarvan - al dan niet via een rechtszaak - voor rekening van de verzekeringnemer.

lid 7 De verzekeraar brengt een jaarlijks te bepalen toeslag in rekening op de premie, als de aanvullende verzekering is gesloten, niet in combinatie met de Basisverzekering. De toeslag staat in de premietabel, die deel uitmaakt van de voorwaarden van deze verzekering.

#### **Artikel 7 Herziening van premie of voorwaarden**

lid 1 De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en/of de premies van de bij hem lopende verzekering en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van de voorgenomen herzieningen schriftelijk mededeling.

lid 2 De verzekeringnemer die niet met een herziening van de voorwaarden of de premie van de verzekering akkoord gaat kan de verzekering beëindigen, tenzij de herziening rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de verzekeraar met ingang van de dag waarop de herziening ingaat en in ieder geval gedurende 30 dagen nadat hem het voornemen tot herziening door de verzekeraar is medegedeeld.

lid 3 Heeft de verzekeraar binnen de in lid 2 genoemde reactietermijnen geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

lid 4 Een herziening in de grondslag van de premie van de verzekering treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

#### **Artikel 8 Hulp buiten Nederland**

De kosten van het inroepen van in deze overeenkomst bedoelde zorg in een ander land dan het woonland worden uitsluitend vergoed:

- indien en voor zover dit in het in artikel 1, eerste lid, van deel II. Prestatiewijze en dekking, bedoelde overzicht van verstrekkingen en vergoedingen uitdrukkelijk is bepaald, dan wel;
- bij gebreke van een in het voorgaande bedoelde uitdrukkelijke bepaling: indien de verzekeraar hiertoe vooraf toestemming heeft verleend.

#### **Artikel 9 Verplichtingen van de verzekerde en de verzekeringnemer**

lid 1 De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:

1. zich bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
2. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien deze daarom vraagt;
3. aan de verzekeraar, zijn medisch adviseur of degene die met de controle is belast, medewerking te (laten) verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving;



4. de verzekeraar kosteloos behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde en bij regeling van de eigen (letsel)schade rechten van de verzekeraar niet te benadelen;
5. binnen 30 dagen aan de verzekeraar te melden dat de verzekerde gedetineerd is.

**lid 2** In voorkomende gevallen de originele nota's in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal binnen 36 maanden bij de verzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Voor de administratieve afhandeling is het echter wenselijk de nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen.

De nota moet zodanig zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. Indien de nota in een andere dan bovengenoemde talen is opgesteld kan de verzekeraar verzoeken om vertaling, eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau. De kosten daarvan zijn voor rekening van de verzekerde. Indien een nota betrekking heeft op een DBC of DBC zorgproduct aangevangen voor de einddatum van de verzekering, dan worden de betreffende kosten geacht te zijn gemaakt tijdens de looptijd van de verzekering.

**lid 3** Het niet nakomen van (een van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de aanspraak.

#### **Artikel 10 Onwaarachtige weergave van feiten**

**lid 1** Indien bij het aangaan van de aanvullende verzekering bij kennis van de ware stand van zaken door de verzekeraar een aanvullende verzekering met minder dekking zou zijn aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld aan de hand van deze dekking. Indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen aanvullende verzekering zou hebben gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is tevens het geval indien is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.

**lid 2** Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt indien door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan.

**lid 3** De verzekeraar heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven en/of vervalste of misleidende stukken zijn overlegd, de verzekeringsovereenkomst te beëindigen. Tevens kan de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst beëindigen in geval van het niet nakomen van de mededelingsplicht indien de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of indien bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou zijn gesloten.

**lid 4** De verzekeraar vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken, bij verzekeringnemer terug. Dit omvat tevens gemaakte onderzoekskosten.

**lid 5** In voorkomende gevallen kan de verzekeraar:

- a. aangifte doen bij de politie, justitie en/of FIOD-ECD;
- b. persoonsgegevens van u of de verzekeringnemer registreren
  - in haar interne signaleringssysteem, en
  - bij het Kenniscentrum Fraudebeheersing in de Zorg van Zorgverzekeraars Nederland, en
  - in de tussen financiële instellingen erkende signaleringssystemen.

**lid 6** Bij fraude zoals omschreven in artikel 4 van Overeenkomst Basisverzekering I, kan de verzekeraar de eventuele aanvullende verzekering(en) beëindigen die zijn gesloten ten behoeve van degene die heeft gefraudeerd, op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip.

## Artikel 11 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de verzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden e.d.. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

## Artikel 12 Privacybescherming

- lid 1 Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt om persoons- en andere gegevens en neemt deze op in haar persoonsregistratie. Deze gegevens gebruikt de verzekeraar voor het sluiten en uitvoeren van uw verzekering of de financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, statistische analyses, om te voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de verzekeraar en de financiële sector. Bij dit alles neemt de verzekeraar vanzelfsprekend de Wet bescherming persoonsgegevens in acht.
- lid 2 Stelt u geen prijs op informatie over producten en/of diensten, of wilt u uw toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres intrekken? Meldt u dit dan schriftelijk bij PNOzorg, Postbus 459, 3990 GG Houten, of via telefoonnummer 030 639 62 62, of via het contactformulier op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).
- lid 3 In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kan de verzekeraar uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van de Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie vindt u op [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl). Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met het PNOzorg Service Center.
- lid 4 Voor het uitvoeren van de Basisverzekering kan de verzekeraar aan derden (zorgverleners, leveranciers e.d.) inlichtingen vragen en geven om haar verplichtingen te kunnen nakomen. De verzekeraar doet dit via het landelijke internetportaal VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg). Voor de zorgverlener zijn deze gegevens noodzakelijk om de kosten van de aan u verleende zorg te kunnen declareren. Onder inlichtingen wordt in dit verband verstaan uw adres- en polisgegevens. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat schriftelijk melden.
- lid 5 De verzekeraar is verplicht om het burgerservicenummer (BSN) in haar administratie op te nemen. Zorgverleners en andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringswet moeten het BSN gebruiken in hun communicatie. De verzekeraar gebruikt bij contacten met deze partijen ook het BSN.

## Artikel 12A Rechten van de verzekerde en de verzekeringnemer

- lid 1 De verzekerde kan bij de verzekeraar onder bijsluiting van een kopie van een geldig legitimatiebewijs een schriftelijk verzoek tot inzage in zijn persoonlijke gegevens indienen. De verzekeraar verstrekt binnen vier weken aan de verzekerde een overzicht van de door de verzekeraar verwerkte persoonsgegevens.
- lid 2 Indien het in het eerste lid bedoelde overzicht feitelijke onjuistheden bevat, de persoonsgegevens voor het doel of de doeleinden van de verwerking onvolledig of niet ter zake dienend zijn dan wel anderszins in strijd met een wettelijk voorschrift worden verwerkt, kan de verzekerde de verzekeraar schriftelijk verzoeken de gegevens te verbeteren, aan te vullen, te verwijderen of af te schermen. Het verzoek van de verzekerde bevat de aan te

brengen wijzigingen. De verzekeraar bericht de verzekerde binnen vier weken na ontvangst van het verzoek schriftelijk in hoeverre hij daaraan voldoet. Een weigering is met redenen omkleed.

- lid 3** De verzekerde kan de verzekeraar schriftelijk op de hoogte stellen indien hij niet benaderd wil worden met informatie over producten of diensten van de verzekeraar.
- lid 4** Indien persoonsgegevens het voorwerp zijn van verwerking op grond van artikel 8, onder f, van de Wet bescherming persoonsgegevens, kan de verzekerde daartegen bij de verzekeraar te allen tijde verzet aantekenen in verband met zijn bijzondere persoonlijke omstandigheden. De verzekeraar beslist binnen vier weken na ontvangst van het verzet of het verzet gerechtvaardigd is. Indien het verzet gerechtvaardigd is, beëindigt de verzekeraar terstond de verwerking.
- lid 5** Indien gegevens worden verwerkt in verband met de totstandbrenging of de instandhouding van een directe relatie tussen de verzekeraar of een derde en de verzekerde met het oog op werving voor commerciële of charitatieve doelen, kan de verzekerde daartegen bij de verzekeraar te allen tijde kosteloos verzet aantekenen. In geval van verzet treft de verzekeraar de maatregelen om deze vorm van verwerking terstond te beëindigen.
- lid 6** De verzekerde kan bij de verzekeraar een klacht indienen over de verwerking van de persoonsgegevens. Een dergelijke klacht dient te worden gericht aan de Afdeling Cliëntenservice van de verzekeraar.

#### **Artikel 12B Kwetsbare groepen**

- lid 1** De verzekeraar treft op verzoek van de verzekerde of de verzekeringnemer die is c.q. wordt opgenomen in een instelling voor opvang, extra (beveiligings)maatregelen, waaronder het afschermen van zijn NAW-gegevens, ter voorkoming van ongewenste tracering door degene(n) tegen wie ze bescherming behoeven.
- lid 2** De verzekerde die een vergelijkbaar risico loopt als de verzekerde die in een opvangtehuis wordt opgevangen, kan bij de verzekeraar een verzoek indienen tot dezelfde behandeling als in lid 1 van dit artikel beschreven, ter voorkoming van ongewenste tracering via de verzekeraar. De verzekeraar beoordeelt of van een vergelijkbaar risico sprake is.
- lid 3** De verzekerde dient de verzekeraar te melden wanneer er geen sprake meer is van in het eerste en tweede lid bedoelde bedreigende omstandigheden. De verzekeraar zal niet zonder nadere informatie of verzoek van de verzekerde de extra maatregelen beëindigen. De verzekeraar kan hierbij het initiatief nemen om nadere informatie in te winnen. De verzekeraar stelt de verzekerde in kennis dat de extra maatregelen worden beëindigd.

#### **Artikel 13 Materieel controleren en fraudeonderzoek**

- lid 1** De verzekeraar heeft het recht materiële controle(s) uit te voeren. Hierbij gaat de verzekeraar na of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie daadwerkelijk is geleverd en of die geleverde prestatie was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.
- lid 2** De verzekeraar heeft het recht een fraudeonderzoek uit te voeren, wanneer er een redelijk vermoeden bestaat dat er een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven.
- lid 3** Materiële controle en fraudeonderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de Basisverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald en voor de aanvullende verzekering krachtens de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.

## Artikel 14 Overige voorwaarden

- lid 1 Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in deze overeenkomst omschreven:  
In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze overeenkomst, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.
- lid 2 Begin en einde van de vergoeding:  
Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze overeenkomst recht op vergoeding van gemaakte kosten bestaat, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.  
Hierbij gaat het om de behandel- of leveringsdatum, dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC of DBC-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de DBC of het DBC-zorgproduct binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt.

## Artikel 15 Geschillen

- lid 1 Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 Als de verzekerde of de verzekeringnemer het niet eens is met een door de verzekeraar genomen beslissing kan een van hen de verzekeraar verzoeken om heroverweging. De verzekerde of de verzekeringnemer richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van de verzekeraar.
- lid 3 Als de verzekeraar gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven of niet op het verzoek om heroverweging reageert, kan de verzekerde of de verzekeringnemer een geschil over de aanvullende verzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen, die van deze stichting deel uitmaakt, kan een bindend advies geven. De verzekerde of de verzekeringnemer kan zich ook wenden tot de bevoegde rechter.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen  
Postbus 291, 3700 AG Zeist  
Telefoon: 030 698 83 60  
E-mail: info@skgz.nl  
Internet: www.skgz.nl

- lid 4 Voor klachten over de wijze waarop de verzekeraar de verzekerde of de verzekeringnemer heeft behandeld, kan de verzekerde of de verzekeringnemer zich ook wenden tot de afdeling Cliëntenservice en, in tweede instantie, tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

- lid 5 Klachten over formulieren van de verzekeraar kan de verzekerde of de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht betreft formulieren die overbodig of te ingewikkeld zouden zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend.

Nederlandse Zorgautoriteit  
T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt  
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht  
Telefoon: 0900 770 70 70  
E-mail: informatielijn@nza.nl  
Internet: www.nza.nl



# Inhoudsopgave

## Overeenkomst aanvullende verzekering

### II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1	Prestatiewijze en dekking	63
Artikel 2	Pakketwijziging	63
Artikel 3	Uitsluitingen	64
Artikel 4	Toepasselijk recht	64

# Overeenkomst aanvullende verzekering

## II. Prestatiewijze en dekking

### Artikel 1 Prestatiewijze en dekking

- lid 1 De verzekeraar vergoedt de kosten van verstrekkingen of vergoedingen, zoals aangegeven in het door de verzekeraar vastgestelde overzicht van verstrekkingen en vergoedingen dat onderdeel vormt van deze overeenkomst.
- lid 2 De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
1. het op het moment van behandeling/levering op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief;
  2. indien en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- lid 3 Desgevraagd heeft verzekerde recht op activiteiten gericht op het verkrijgen van benodigde zorg (zorgbemiddeling). Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de verzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- lid 4 Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens deze overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde geacht aan verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het voor verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

### Artikel 2 Pakketwijziging

- lid 1 De verzekeringnemer heeft de gelegenheid om het in artikel 2, tweede lid, in I. Algemeen gedeelte, bedoelde pakket van verstrekkingen of vergoedingen te wijzigen met ingang van 1 januari van het jaar, volgend op de dag waarop het verzoek tot wijziging door de verzekeraar is ontvangen.
- lid 2 Het in het eerste lid bedoelde verzoek tot omzetting dient uiterlijk 30 dagen na ontvangst van de voor het komende kalenderjaar geldende dekkings- en polisvoorwaarden door de verzekeraar te zijn ontvangen.
- lid 3 In geval van pakketwijziging zoals bedoeld in het eerste lid, is er terzake van de in het voorgaande kalenderjaar geldende termijnen van aanspraken op grond van de onder het eerste lid bedoelde pakketten sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering alsof er geen pakketwijziging had plaatsgevonden. Een vóór het moment van pakketwijziging afgegeven machtiging blijft ná deze wijziging geldig, met dien verstande dat bij een pakketwijziging de binnen de op de machtiging vermelde termijn gedane vergoedingen van kosten naar rato worden meegeteld bij het bepalen van de (maximum)vergoeding van kosten in het kader van het nieuwe afgesloten pakket van verstrekkingen en vergoedingen, als bedoeld in artikel 2, tweede lid, in I. Algemeen gedeelte, van deze overeenkomst.

### Artikel 3 Uitsluitingen

- lid 1 Tenzij expliciet anders is bepaald, bestaat onder deze overeenkomst aanvullende verzekering geen aanspraak op de vergoeding van kosten van:
- de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
  - eigen bijdragen in verband met bevolkingsonderzoek;
  - aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en/of vaccinaties;
  - schade door terrorisme als de verzekerde geen Nederlands ingezetene is;
  - niet nagekomen afspraken;
  - schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
  - vruchtbaarheidsgerelateerde zorg voor vrouwelijke verzekerden van 43 jaar of ouder.

- lid 2 Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van de verzekeraar beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan wat de verzekeraar ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Als de verzekeraar zich niet bij de NHT heeft herverzekerd, is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof zij wel tot herverzekering zou zijn overgegaan. De NHT-herverzekering biedt dekking tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars samen.

Onder terrorisme wordt verstaan: gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen.

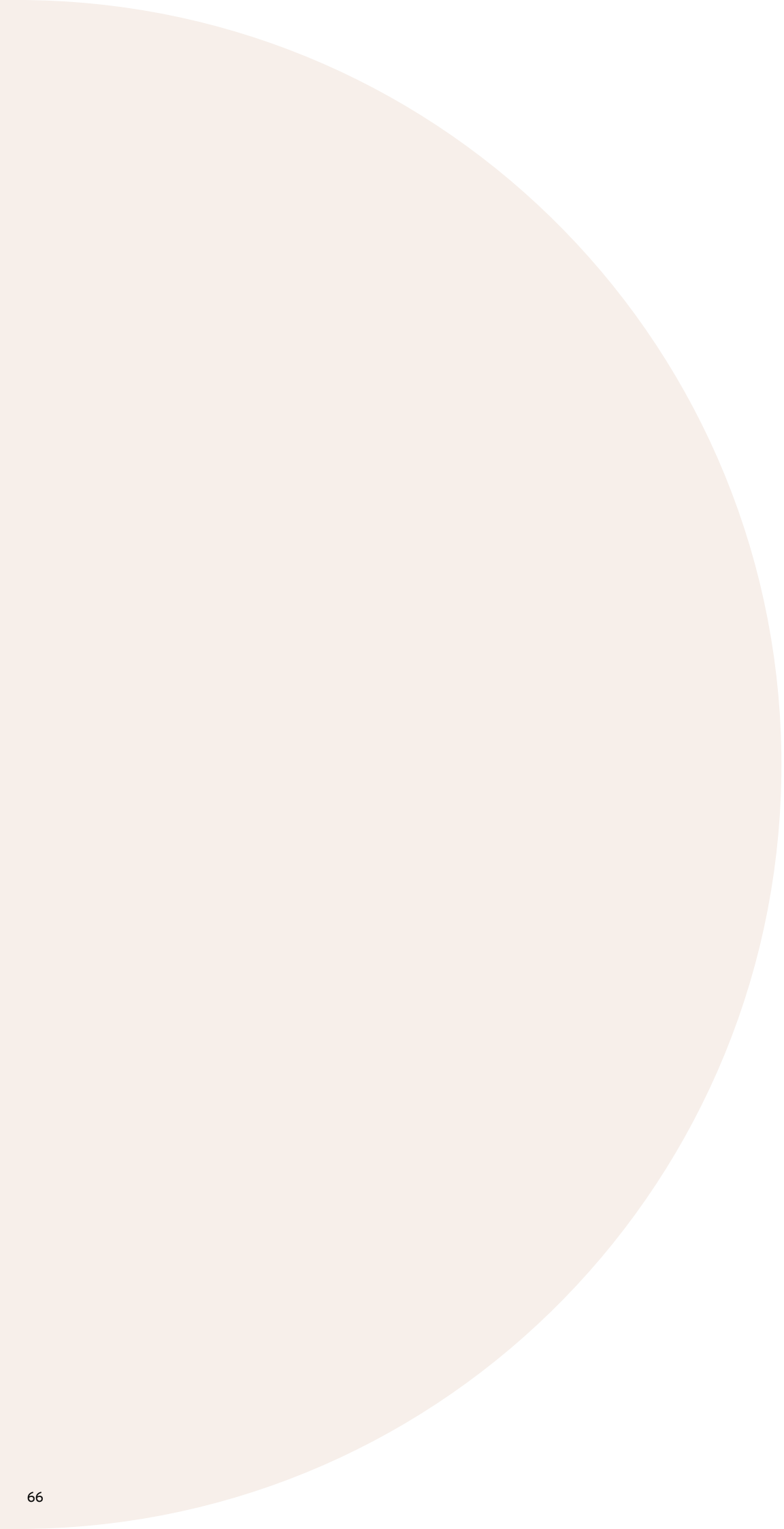
- lid 3 Geen aanspraak op vergoeding bestaat als u - zo de onderhavige aanvullende verzekering niet bestond - aanspraak kunt maken op vergoeding volgens een andere overeenkomst, al of niet eerder ingegaan, of een wettelijke regeling. Deze aanvullende verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder de in de voorgaande volzin genoemde overeenkomst of regeling is verleend of zou zijn verleend, indien de onderhavige aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan.

### Artikel 4 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.









**PNO**zorg

POSTADRES  
PNOZORG  
POSTBUS 459  
3990 GG HOUTEN

DECLARATIES  
PNOZORG  
DECLARATIEBEHANDELING  
POSTBUS 463  
3990 GG HOUTEN

BEZOEKADRES  
PNOZORG  
DE MOLEN 66  
3995 AX HOUTEN

[WWW.PNOZORG.NL](http://WWW.PNOZORG.NL)