

# Algemene verzekerings- voorwaarden Univé 2009

Modelovereenkomst Zorgzaam

Inhoudsopgave	blz.
<b>Artikel 1 Begripsomschrijvingen</b>	<b>1</b>
<b>Artikel 2 Grondslag van de verzekeringsovereenkomst en het toepassingsgebied</b>	<b>4</b>
<b>Artikel 3 Rechten en plichten van de verzekeringsnemer, de verzekerden en de zorgverzekeraar</b>	<b>4</b>
3.1. Begin, einde en duur van de zorgverzekering	4
3.2. Te verzekeren risico en te verzekeren prestaties	5
3.3. De premiegrondslag	5
3.4. Verplicht eigen risico	6
3.5. Vrijwillig eigen risico	6
3.6. Wederzijdse administratieve verplichtingen	6
<b>Artikel 4 Geneeskundige zorg</b>	<b>8</b>
4.1. Zorg door een huisarts	8
4.2. Medisch-specialistische zorg	8
4.3. Verloskundige zorg en kraamzorg	8
4.4. Revalidatie	9
4.5. Transplantaties	9
4.6. Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse	9
4.7. Mechanische beademing	9
4.8. Oncologische aandoeningen bij kinderen	9
4.9. Trombosedienst	9
4.10. Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing	10
4.11. Audiologische zorg	10
4.12. Paramedische zorg	10
4.13. Mondzorg	10
4.14. Farmaceutische zorg	11
4.15. Hulpmiddelenzorg	12
4.16. Ziekenvervoer	12
4.17. Eerstelijns psychologische zorg	13
4.18. Specialistische GGZ	13
4.19. Persoonsgebonden budget (PGB)	13
4.20. Dyslexiezorg	13
4.21. Buitenland	14
4.22. Uitsluitingen	14
4.23. Algemeen	14
<b>Artikel 5 Overige bepalingen</b>	<b>14</b>
5.1. Het aanvragen van toestemming	14
5.2. Overige verplichtingen van de verzekerde	14
5.3. Klachten en geschillen	14
5.4. Bescherming persoonsgegevens	15
5.5. Fraude	15
5.6. Molest / Terrorismisme	15

## Artikel 1 Begripsomschrijvingen

- Acute zorg*  
Medisch noodzakelijke zorg die geen uitstel gedooft.
- Apotheekhoudend huisarts*  
Een huisarts, aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet, vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.
- Apotheker*  
Een apotheker, die als zodanig staat geregistreerd volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
- Arts*  
Een arts, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.
- Arts voor verstandelijk gehandicapten*  
Een arts voor verstandelijk gehandicapten, die als zodanig is ingeschreven in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).
- Bedrijfsarts*  
Een arts die is ingeschreven in het betreffende Register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten. De bedrijfsarts, of de instelling waarvoor de bedrijfsarts werkt, dient een overeenkomst met de zorgverzekeraar te hebben gesloten. Indien de bedrijfsarts staat ingeschreven in het Register van Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG mag deze huisartsenzorg, zoals huisartsen die plegen te bieden, verlenen.
- Buitenland*  
Buiten Nederland.
- Bureau Jeugdzorg*  
Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.
- BurgerServiceNummer (BSN)*  
Een uniek identificerend persoonsnummer voor iedere burger waarmee de burger bij elk (digitaal) loket in de publieke sector terecht kan.
- Centrum voor bijzondere tandheelkunde*  
Een universitair of daarmee door de zorgverzekeraar gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
- Collectief contract*  
Overeenkomst gesloten tussen collectief contractant en zorgverzekeraar ten behoeve van de door de collectief contractant aangewezen verzekeringsplichtigen. Dit contract ligt bij de collectief contractant ter inzage. De collectief contractant is de natuurlijk-of rechtspersoon die een collectief contract met de zorgverzekeraar heeft afgesloten.
- Dagbehandeling*  
Opname korter dan 24 uur.
- Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)*  
Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Het traject omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

#### *Diëtist*

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

#### *Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ*

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische problematiek. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

#### *Eerstelijnspsycholoog*

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

#### *Eigen bijdrage*

Een vastgesteld bedrag/aandeel van de volgens de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komende kosten, welke de verzekerde zelf dient te dragen alvorens het resterende deel van die kosten voor vergoeding in aanmerking komt.

#### *Eigen risico*

Het eigen risicobedrag dat als zodanig op de zorgpolis is vermeld.

#### *Ergotherapeut:*

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

#### *EU-en EER-staat*

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijk gesteld. De EER-landen (staten, die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn IJsland, Liechtenstein en Noorwegen.

#### *Farmaceutische zorg*

Het ter hand stellen van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement farmaceutische zorg.

#### *Fysiotherapeut*

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

Voor het verlenen van bekkenfysiotherapie, kinderfysiotherapie, oedeemtherapie of manuele therapie dient de fysiotherapeut tevens te staan geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

#### *Gecontracteerde zorg*

Tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder is voor bepaalde zorg een overeenkomst gesloten, waarbij de overeenkomst ten minste bepalingen inhoudt over de te verlenen zorg en de daarvoor in rekening te brengen prijs.

#### *Gespecialiseerd leverancier*

Een op medisch gebied in een bepaald hulpmiddel gespecialiseerde leverancier.

#### *Gezondheidszorgpsycholoog*

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

#### *GGZ*

Geestelijke gezondheidszorg.

#### *GGZ-instellingen*

Instellingen, die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

#### *Huisarts*

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

#### *Hulpmiddelen*

De bij Regeling zorgverzekering vastgestelde lijst van hulpmiddelen en het daarbij door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement hulpmiddelen.

#### *In-vitrofertilisatiepoging (IVF)*

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:

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

#### *Jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg*

Een jeugdarts, die als zodanig is ingeschreven in het register van de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC).

#### *Jeugdpsycholoog*

Een gezondheidszorgpsycholoog, die als jeugdpsycholoog is ingeschreven in het Register van jeugdpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

#### *Kaakchirurg*

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

#### *Kinderpsycholoog*

Een gezondheidszorgpsycholoog, die als kinderpsycholoog is ingeschreven in het Register van kinderpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

#### *Klinisch psycholoog*

Een gezondheidszorgpsycholoog, die staat geregistreerd conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

#### *Kaakchirurg*

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

#### *Kosten*

De door de zorgaanbieder, de leverancier of de instelling waar de behandeling plaatsvindt te declareren tarieven, welke op grond van de door de zorgverzekeraar overeengekomen tarieven in rekening worden gebracht, dan wel de WVG-tarieven, dan wel de tarieven conform de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg.

#### *Kraaminrichting*

Een volgens de wet als zodanig toegelaten instelling.

#### *Kraamverzorgende*

Een kraamverzorgende, die met een erkend diploma voor kraamverzorging/kraamverpleging, verbonden aan een kraamzorgaanbieder of ziekenhuis, indien van toepassing, beschikt over de wettelijk vereiste toelating of erkenning.

#### *Kraamzorg*

1. Kraamzorg thuis:  
De zorg na de geboorte, verleend door een kraamverzorgende of verpleegkundige, waarbij deze ten huize van de verzekerde verblijft en zowel moeder als kind en de huishouding verzorgt.
2. Kraamzorgaanbieder:  
Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

#### *Logopedist*

Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". Specifieke stottertherapie mag tevens worden verleend door een stottertherapeut.

#### *Medisch adviseur*

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

#### *Medisch speciaalzaak*

Een op medisch gebied gerichte speciaalzaak met winkel of een op medisch gebied gericht postorderbedrijf.

#### *Medisch-specialist*

Een arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

#### *Medische noodzaak*

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling, waarvan deze noodzaak door de internationale wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk bevonden.

#### *Modelovereenkomst*

Model van een zorgverzekering, waarin een overzicht wordt gegeven van de rechten en plichten, die de verzekeringsnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar jegens elkaar hebben indien een overeenkomst volgens het betreffende model is gesloten.

#### *Mondhygiënist*

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

#### *NZa*

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bestaat sinds 1 oktober 2006. De NZa is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland. De organisatie ziet toe op zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars, op zowel curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg (Care). Het doel daarbij is toegankelijke, betaalbare en goede zorg voor iedereen.

De NZa komt voort uit het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) en ontleent haar taken aan de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG). Naast een overname van het takenpakket van CTG en CTZ richt de NZa zich op het pro-actief vaststellen van condities voor marktwerking en de handhaving daarvan.

#### *Oefentherapeut Cesar/Mensendieck*

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

#### *Opname*

Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden aangeboden.

#### *Orthodontist*

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

#### *Orthopedagoog-Generalist*

Een orthopedagoog-generalist, die als zodanig is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogogen en onderwijskundigen (NVO).

#### *Psychiater/zenuwarts*

Een arts, die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het Specialistenregister, ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts worden gelezen.

#### *Psychotherapeut*

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

#### *Revalidatie*

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

#### *Specialistische GGZ*

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

#### *Tandarts*

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

#### *Tandarts-specialist*

Een tandarts-specialist, die als zodanig is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

#### *Tandheelkundig adviseur*

De tandarts, die de zorgverzekeraar in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

#### *Tandprotheticus*

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

#### *Verbandmiddelen*

Verbandmiddelen ingeval er sprake is van een ernstige aandoening, waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

#### *Verblijf*

Opname met een duur langer dan 24 uur.

#### *Verdragsland*

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten, waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Het betreft de lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte, of Zwitserland.

#### *Verloskundige*

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

#### *Verpleeghuisarts*

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

#### *Verpleegkundige*

Een verpleegkundige, die voldoet aan de voorwaarden zoals omschreven in de Wet BIG.

#### *Verzekerde*

Ieder, die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

#### *Verzekeringnemer*

Degeene, die de modelovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

#### *Verzekeringsovereenkomst*

De overeenkomst tussen verzekeringnemer en de zorgverzekeraar.

#### *Verzekeringplichtige*

Degeene, die verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

#### *Voorkeursleveranciers*

Een leverancier, waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en waarmee specifieke afspraken zijn gemaakt.

#### *Wet BIG*

Wet op Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Telefoon (0900) - 899 82 25, internetadres: [www.bigregister.nl](http://www.bigregister.nl).

#### *WVG*

De Wet marktordening gezondheidszorg regelt welke prijs door zorgaanbieders bij de zorgverzekeraars mag worden gedeclareerd.

#### *Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC)*

Een zelfstandig behandelcentrum is een kliniek, die voldoet aan de bij of krachtens wet gestelde regels, waarin minstens twee specialisten samenwerken. De functie van een zelfstandig behandelcentrum ligt vooral in de planbare (medisch-noodzakelijke) zorg waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen.

#### *Ziekenhuis*

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij de wet gestelde regels is toegelaten.

#### *Zorgaanbieder*

Personen en instellingen in de gezondheidszorg, die binnen het kader van deze overeenkomst zorg leveren.

#### *Zorgpolis*

De akte, waarin de tussen een verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

#### *Zorgverzekeraar*

De verzekeringsonderneming, die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet (ZVW) aanbiedt, in casu N.V. Univé Zorg.

#### *Zorgzaam*

Zorgzaam is een privaatrechtelijke stichting zonder winstoogmerk opgericht door de Centrales van Overheidspersoneel (de vakbonden voor defensiepersoneel). Zorgzaam heeft als doel het afsluiten van collectieve ziektekostenverzekeringen tegen een zo aantrekkelijk mogelijke premie. Eventueel door zorgzaam in kader van deze verzekeringsovereenkomst behaalde positieve financiële resultaten worden aangewend voor premie-beheersing in de toekomst.

## Artikel 2 Grondslag van de verzekeringsovereenkomst en het toepassingsgebied

- 2.1. Deze modelovereenkomst wordt gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.
- 2.2. Deze modelovereenkomst moet worden uitgelegd en toegepast conform de ZVW, het Besluit zorgverzekering en de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het ingevulde aanvraagformulier.
- 2.3. Voor zover na het tijdstip waarop de tekst van deze modelovereenkomst in druk is gegaan, zou blijken dat de modelovereenkomst op enig onderdeel niet in overeenstemming is met het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, wordt de modelovereenkomst geacht te zijn gewijzigd, zodanig dat zij wel in overeenstemming is met het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Bindend is uitsluitend de tekst van de modelovereenkomst, zoals deze luidt met inachtneming van de wijziging(en) als bedoeld in de vorige volzin. De zorgverzekeraar zal de verzekerden zodra mogelijk schriftelijk informeren over de eventuele wijzigingen van de tekst van de modelovereenkomst, die uit dit artikel voortvloeien. De eventueel aangepaste volledige tekst van de modelovereenkomst kan worden geraadpleegd op [www.zorgzaamverzekerd.nl](http://www.zorgzaamverzekerd.nl), ligt ter inzage ten kantore van de zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.
- 2.4. Indien dit tussen partijen is overeengekomen wordt de zorg op basis van deze modelovereenkomst behoudens eigen bijdrage rechtstreeks door de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Indien er geen overeenkomst is tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar kunnen de kosten van de verstrekte zorg rechtstreeks bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd.
- 2.5. Deze modelovereenkomst geeft in artikel 3 een overzicht van de rechten en plichten, die de verzekeringnemer, de verzekerden en de zorgverzekeraar jegens elkaar hebben op grond van de ZVW.
- 2.6. De zorgverzekering is tot stand gekomen op basis van de gegevens, als bedoeld in artikel 5 van de ZVW, welke door de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar zijn verschaft.
- 2.7. De zorgverzekeraar verwoordt voor iedere verzekerde de inhoud van de gesloten zorgverzekering in de zorgpolis, welke vervolgens voor deze verzekerde als bewijsstuk van de verzekering geldt. De zorgverzekeraar zal de verzekeringnemer en indien de verzekerde een ander is dan de verzekeringnemer, voor ieder kalenderjaar een zorgpolis verstrekken. Naast de zorgpolis wordt aan de verzekerde een bewijs van inschrijving verstrekt. De zorgverzekeraar verstrekt de verzekeringnemer een bewijs van het einde van de zorgverzekering overeenkomstig artikel 9, lid 2 van de ZVW. Indien verzekerde een ander is dan de verzekeringnemer ontvangt ook de verzekerde een bewijs van het einde van de zorgverzekering.
- 2.8. Het overzicht met de gecontracteerde zorgaanbieders, de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg, onderliggende reglementen en schriftelijke gegevens verstrekt door de verzekeringnemer, maken onderdeel uit van deze modelovereenkomst. Het overzicht met de gecontracteerde zorgaanbieders, de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg en onderliggende reglementen liggen ter inzage bij de zorgverzekeraar en zijn raadpleegbaar op [www.zorgzaamverzekerd.nl](http://www.zorgzaamverzekerd.nl) en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: 072 - 5277677 of via [zorgvragenzorgzaam@unive.nl](mailto:zorgvragenzorgzaam@unive.nl).
- 2.9. De aanspraak op zorg en overige diensten als in de modelovereenkomst omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 2.10. De verzekerde heeft slechts recht op zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Recht op zorg bestaat mits de zorg wordt verleend op de plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.
- 2.11. Op deze modelovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing. De Nederlandse zorgverzekeraars hebben regels opgesteld over de manier waarop zij hun taak opvatten en hoe zij zich willen gedragen. Deze regels zijn vastgelegd in de "Gedragscode van de zorgverzekeraar", waaraan de zorgverzekeraar zich heeft verbonden. De brochure over deze gedragscode is bij de zorgverzekeraar op te vragen.

## Artikel 3 Rechten en plichten van de verzekeringnemer, de verzekerden en de zorgverzekeraar

- 3.1. **Begin, einde en duur van de zorgverzekering**
  - 3.1.1. De zorgverzekering gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek van de verzekeringnemer tot het sluiten van de aangegeven variant van de zorgverzekering heeft ontvangen.
  - 3.1.2. Indien de zorgverzekeraar op basis van het in artikel 3.1.1. bedoelde verzoek niet kan vaststellen of hij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en de zorgverzekeraar de persoon, die de zorgverzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de zorgverzekering, in afwijking van het in artikel 3.1.1. gestelde, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
  - 3.1.3. De zorgverzekeraar verstrekt de verzekeringnemer en de verzekerde, indien deze een andere is dan de verzekeringnemer, onverwijld:
    - a. een bewijs van het verzoek, bedoeld in artikel 3.1.1., waarop de datum van ontvangst is vermeld;
    - b. een bewijs van de ontvangst van gegevens, bedoeld in artikel 3.1.2., waarop de datum van ontvangst is vermeld.
  - 3.1.4. Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in artikel 3.1.1., ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering is verzekerd en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in artikel 3.1.1. of artikel 3.1.2., gaat de verzekering op die latere dag in.
  - 3.1.5. Wanneer de vorige verzekering door het wijzigen van werkgever of door de wijziging van de voorwaarden, is beëindigd, gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. Verzekerde moet zich dan binnen een maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar. Artikel 3.1.1. en artikel 3.1.2. gelden dan niet.
  - 3.1.6. Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zolang in afwijking van artikel 925 eerste lid van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
  - 3.1.7. Bij het opleggen van een bestuurlijke boete wegens het onverzekerd zijn, handelt de zorgverzekeraar overeenkomstig de bepalingen van § 9.3 van de Zorgverzekeringswet.
  - 3.1.8. De looptijd van de zorgverzekering is één kalenderjaar.
  - 3.1.9. Indien in afwijking van het gestelde in artikel 3.1.8. de zorgverzekering wordt afgesloten in de loop van het kalenderjaar geldt een looptijd tot het einde van het erop volgende kalenderjaar.
  - 3.1.10. De zorgverzekering wordt na afloop van het kalenderjaar telkens met één jaar verlengd, behalve wanneer uiterlijk 31 december van het betreffende kalenderjaar van de verzekeringnemer of van de verzekerde een schriftelijk verzoek om beëindiging per 1 januari van het volgende kalenderjaar van de verzekering is ontvangen.
  - 3.1.11. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
    - a. de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
    - b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen;
    - c. de verzekerde overlijdt;
    - d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt in geval dat verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de AWBZ, of militair in werkelijke dienst wordt.
  - 3.1.12. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgend op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten het werkgebied waarin de zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten variant van de zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.
  - 3.1.13. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van artikel 3.1.11., onderdeel a of b eindigt, van dit einde op de hoogte onder vermelding van de reden daarvan en van de datum waarop de verzekering eindigt.
  - 3.1.14. De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde, die op grond van artikel 3.1.11. onderdeel c of d, dan wel artikel 3.1.12. tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden. Indien de zorgverzekeraar op grond van dit artikel bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of is geëindigd, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de zorgverzekering eindigt of is geëindigd, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

- 3.1.15. In geval van overlijden van de verzekerde of verzekeringsnemer heeft de rechtsopvolger van de overledene de meldingsplicht als bedoeld in artikel 3.1.14. Desgevraagd vindt verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- 3.1.16. De verzekeringsnemer kan de verzekering opzeggen indien de verzekerde vanwege het einde van een dienstverband niet langer deelnemer is van het collectief contract en hij vanwege een nieuw dienstverband deelnemer wordt van een collectieve verzekering bij een andere zorgverzekeraar.
- 3.1.17. De verzekeringsnemer kan de verzekering ingevolge artikel 3.1.16. opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is aangegaan.
- 3.1.18. De in artikel 3.1.16. en artikel 3.1.17. bedoelde opzegging gaat in op de dag dat verzekerde niet langer deelnemer van het collectieve contract is.
- 3.1.19. De verzekeringsnemer kan voor elk van haar verzekerden de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd. Deze opzegging gaat in per de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag, waarop door de verzekeringsnemer is opgezegd, tenzij de opzegging heeft plaatsgevonden voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering.
- 3.1.20. In afwijking van artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek:
- indien de verzekeraar de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst of de premie ten nadele van de verzekeringsnemer wijzigt, is de verzekeringsnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging is meegedeeld;
  - een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringsnemer is meegedeeld;
  - de verzekeringsnemer kan niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde zorg ten nadele van de verzekeringsnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 van de ZVW gestelde regels;
  - kan de verzekeringsnemer de modelovereenkomst beëindigen zoals vastgelegd in de tussen de verzekeringsnemer en de zorgverzekeraar gesloten Overeenkomst. Deze opzegging gaat in per de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop door de verzekeringsnemer is opgezegd.
- 3.1.21. De opzeggingsmogelijkheden zoals opgenomen in artikel 3.1.16. t/m artikel 3.1.20. gelden niet, nadat de zorgverzekeraar de verzekeringsnemer en/of de verzekerde heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan. Deze uitzondering geldt niet als de Zorgverzekeraar:
- de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst (zie artikel 3.3.8.), of
  - binnen twee weken aan de verzekeringsnemer en/of de verzekerde te kennen geeft de opzegging te bevestigen.
- 3.1.22. Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend, noch wordt daaraan een verplichting verbonden tot ongedaanmaking of vergoeding van hetgeen partijen reeds ter nakoming van de zorgverzekering jegens elkaar hebben verricht.
- 3.1.23. Nadrukkelijk wordt bepaald dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens het bepaalde in artikel 3.1.24. en artikel 3.3.8.
- 3.1.24. Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als door of namens de verzekeringsnemer en/of verzekerde is gehandeld met het opzet om de zorgverzekeraar te misleiden. Indien de zorgverzekeraar ontdekt dat de verzekeringsnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of indien de zorgverzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen zorgverzekering zou hebben afgesloten, kan de verzekeringsovereenkomst binnen twee maanden na de ontdekking met onmiddellijke ingang worden opgezegd.
- 3.1.25. De zorgverzekeraar heeft het recht om binnen een periode van vijf jaar geen verzekeringsovereenkomst te sluiten met of ten behoeve van een verzekeringsplichtige wiens eerdere zorgverzekering door de zorgverzekeraar of de verzekeringsnemer volgens de artikel 3.1.23. en artikel 3.3.8. is opgezegd.
- 3.1.26. Indien ten behoeve van één of meer verzekerden een verzekeringsovereenkomst tot stand komt en later blijkt dat één of meer verzekerden geen verzekeringsplicht hadden, wordt de verzekeringsovereenkomst geacht nooit te hebben bestaan. De verzekerde is gehouden alle gedurende de periode van onterechte verzekering vergoedde kosten te restitueren. De zorgverzekeraar kan deze vordering desgewenst compenseren met andere uitkeringen aan de verzekerde.
- ### 3.2. Te verzekeren risico en te verzekeren prestaties
- 3.2.1. Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:
- geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg, zoals die door huisartsen en verloskundigen wordt verleend;
  - mondzorg;
  - farmaceutische zorg;
  - hulpmiddelenzorg;
  - verpleging;
  - verzorging, waaronder kraamzorg;
  - verblijf in verband met geneeskundige zorg;
  - vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten, als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een aanspraak op grond van de AWBZ.
- 3.2.2. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht, die zodanig wordt vormgegeven dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
- 3.2.3. In het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering worden de inhoud en omvang van de in artikel 3.2.1. bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij dat besluit/die regeling aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald, dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
- 3.2.4. Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of instelling binnen Nederland, wordt de vergoeding verlaagd met een bedrag dan wel een percentage als genoemd in artikel 3.6.3.
- ### 3.3. De premiegrondslag
- 3.3.1. Krachtens de ZVW is de verzekeringsnemer premie verschuldigd voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder.
- 3.3.2. De verzekeringsnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen, die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, bij vooruitbetaling te voldoen. Een en ander zoals vastgelegd tussen de verzekeringsnemer en de zorgverzekeraar.
- 3.3.3. Voor een verzekerde, die de leeftijd van 18 jaar bereikt, is premie verschuldigd met ingang van de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar is geworden.
- 3.3.4. De premiegrondslag is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 3.5.3. of een in het collectieve contract overeengekomen collectiviteitskorting, of een termijnbetalingskorting geldt of zal gelden. De grondslag van de premie, de eventueel van toepassing zijnde kortingen, de verschuldigde premie en de bij de verzekerde in rekening gebrachte premie zijn opgenomen in de premiebijlage.
- 3.3.5. In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- 3.3.6. Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringsnemer is medegedeeld.
- 3.3.7. Bij wijziging van de zorgverzekering vindt per de datum van wijziging (her-)berekening c.q. restitutie plaats. Het is de verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van de zorgverzekeraar te vorderen vergoedingen.
- 3.3.8. Schorsing: Indien de verzekeringsnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten kan de zorgverzekeraar na de premievervaldag de verzekeringsnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen, die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringsnemer blijft verplicht de premie te voldoen. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen. De zorgverzekeraar kan achterstallige premie en kosten verrekenen met schadetekosten die door verzekerde bij de zorgverzekeraar zijn gedeclareerd dan wel met andere van de Zorgverzekeraar te ontvangen bedragen. Indien de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekerde.

### 3.4. Verplicht eigen risico

- 3.4.1. Op deze modelovereenkomst is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 155 van toepassing. Het eigen risico geldt voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Dit eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen, waarop volgens deze modelovereenkomst aanspraak kan worden gemaakt. Eventuele eigen bijdragen tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- 3.4.2. Indien de zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar is ingegaan respectievelijk is geëindigd, en de verzekeringsnemer niet direct voorafgaande aan de ingangsdatum respectievelijk direct volgende op de datum waarop de verzekering eindigde een zorgverzekering met de zorgverzekeraar had gesloten, dan wel indien de verzekerde gedurende het kalenderjaar 18 jaar is geworden, wordt het in artikel 3.4.1. bij Besluit zorgverzekering bepaalde bedrag, pro rata vastgesteld.
- 3.4.3. Indien artikel 3.4.2. van toepassing is, wordt het verplicht eigen risico berekend door van het ingevolge artikel 3.4.1. bepaalde bedrag af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties genoten vanaf de dag waarop de zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop de verzekerde 18 jaar werd.
- 3.4.4. Het verplichte eigen risico is niet van toepassing op:
- de kosten van het gebruik van zorg, zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling is gerechtigd het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
  - de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
  - tandheelkundige hulp voor verzekerden tot 22 jaar zoals beschreven in artikel 4.13.4. met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen;
  - hulpmiddelen in bruikeleen met uitzondering van kosten zoals bezorging en onderhoud;
  - de kosten van door de zorgverzekeraar in dit kader nader aan te wijzen zorgproducten, zorgproducten of – diensten van voorkeursleveranciers en voorkeursprogramma's.

3.4.5. Voor de vaststelling van het verplichte eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

### 3.5. Vrijwillig gekozen eigen risico

- 3.5.1. Op de zorgpolis is per kalenderjaar een vrijwillig gekozen eigen risico per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het vrijwillig gekozen eigen risico is € 0 tenzij een hoger vrijwillig gekozen eigen risico is overeengekomen. Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt vermeld op de zorgpolis en wordt alsdan in mindering gebracht op de vergoedingen, waarop volgens deze modelovereenkomst aanspraak kan worden gemaakt. In die gevallen waarin een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 3.5.2. Op het vrijwillig gekozen eigen risico is niet van toepassing:
- de kosten van het gebruik van zorg, zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling is gerechtigd het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
  - de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
  - tandheelkundige hulp voor verzekerden tot 22 jaar zoals beschreven in artikel 4.13.4. met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen;
  - hulpmiddelen in bruikeleen met uitzondering van kosten zoals bezorging en onderhoud;
  - de kosten van door de zorgverzekeraar in dit kader nader aan te wijzen zorgproducten, zorgproducten of – diensten van voorkeursleveranciers en voorkeursprogramma's.
- 3.5.3. De verzekerde van 18 jaar en ouder kan kiezen uit de mogelijkheden zonder vrijwillig gekozen eigen risico of met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100, € 300 of € 500. Indien de verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 300 of € 500 geldt een premiekorting op de premiegrondslag. Zie artikel 3.3.4. en de premiebijlage behorende bij deze verzekeringsvoorwaarden.
- 3.5.4. Indien een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het vrijwillig gekozen eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk, waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalender-

jaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.

- 3.5.5. Indien de zorgverzekeraar één of meer van de door hem aangeboden vrijwillig gekozen eigen risico's laat vervallen, geeft de zorgverzekeraar de verzekeringsnemers, die een zorgverzekering met een dergelijk vrijwillig gekozen eigen risico hebben afgesloten, de mogelijkheid om te kiezen tussen een lager of geen vrijwillig gekozen eigen risico.
- 3.5.6. In afwijking van hetgeen is beschreven in artikel 3.5.4. wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het vrijwillig gekozen eigen risico, indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt, als volgt berekend:
- het bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico, dat in het desbetreffende kalenderjaar gold of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen, waarvoor dat vrijwillig gekozen eigen risico gold of zal gelden;
  - de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
  - de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.
- 3.5.7. Met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar kan worden gekozen voor een wijziging in de hoogte van het vrijwillig gekozen eigen risico, mits de zorgverzekeraar hiertoe uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar van de verzekerde of verzekeringsnemer een schriftelijk verzoek heeft ontvangen.
- 3.5.8. De zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten slechts in mindering op een voor een bepaald kalenderjaar geldend vrijwillig gekozen eigen risico, voor zover deze kosten het voor de verzekerde voor dat kalenderjaar verplichte eigen risico hebben overschreden.
- 3.5.9. Indien de zorgverzekeraar de kosten van verleende zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder heeft vergoed, zal het openstaande eigen risico zo nodig worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.
- 3.5.10. Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het kalenderjaar waarin deze wordt geopend.

### 3.6. Wederzijdse administratieve verplichtingen

- 3.6.1. De verzekerde heeft aanspraak op de genoten zorg of overige diensten zoals omschreven in artikel 4 van deze modelovereenkomst alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
- 3.6.2. Indien bij Besluit zorgverzekering op grond van artikel 12 lid 1 van de ZVW bepaalde vormen van zorg zijn aangewezen, is er alleen aanspraak op 100% vergoeding van deze zorg indien met de zorgaanbieder een overeenkomst over de te leveren zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs is gesloten, dan wel indien de zorgaanbieder bij hem in dienst is. Vergoeding van de kosten van de zorg of overige diensten is gelijk aan het tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien de zorgverzekeraar geen tarief is overeengekomen, is de vergoeding gelijk aan het WMG-tarief, indien op grond van de WMG geen ander tarief in rekening mag worden gebracht dan het tarief dat door de NZa is goedgekeurd of vastgesteld. Indien er geen WMG tarief van toepassing is dat uitsluitend in rekening mag worden gebracht, bedraagt de vergoeding ten hoogste het tarief dat naar de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Een eventuele eigen bijdrage of eigen risico komt voor rekening van de verzekerde.
- 3.6.3. Verzekerde dient een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst te betrekken bij een zorgaanbieder, met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs. Indien de verzekerde deze zorg of andere dienst niettemin betreft bij een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, heeft de verzekerde recht op een gedeeltelijke vergoeding van kosten. De gedeeltelijke vergoeding bedraagt 90% van de gemiddeld door de zorgverzekeraar met de zorgaanbieders overeengekomen tarieven. Het per zorg of dienst geldende bedrag is vermeld in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorg. De Lijst kan worden geraadpleegd via [www.zorgzaamverzekerd.nl](http://www.zorgzaamverzekerd.nl) en wordt op verzoek aan de verzekerde toegezonden en gegevens uit de Lijst kunnen telefonisch (072) 5277677 bij de zorgverzekeraar worden opgevraagd. In afwijking van het voorgaande worden de kosten van huisartsenzorg door een huisarts als omschreven in artikel 4.1. steeds volledig vergoed.
- 3.6.4. In geval van acute zorg, dan wel dat de verzekerde zorgsoort niet tijdig beschikbaar is, dan wel na vooraf verkregen schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar, is het gestelde in artikel 3.6.3. niet van toepassing.
- 3.6.5. In het geval er sprake is van acute zorg wordt de toestemming tot het inroepen van niet-gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De ver-

- zekerde dient in dat geval de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.
- 3.6.6. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de gecontracteerde zorg wordt eveneens verstaan, dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, of dat in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze wordt geboden.
- 3.6.7. Bij het vaststellen en uitvoeren van het beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar 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.
- 3.6.8. Indien de zorg niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, kan verzekerde een beroep doen op de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar.
- 3.6.9. Zorgaanbieders, die buiten Nederland zijn gevestigd, worden gelijkgesteld met Nederlandse zorgaanbieders, indien zij voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten.
- 3.6.10. Er vindt rechtstreekse declaratie en betaling plaats tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar, indien dit is overeengekomen tussen beide partijen.
- 3.6.11. De kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst zijn aangevangen.
- 3.6.12. Indien en voor zover de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder een hoger bedrag voor de kosten van zorg of een andere dienst betaalt dan waarop de verzekerde recht heeft, wordt verzekerde geacht een volmacht tot incasso aan de zorgverzekeraar te hebben verleend op naam van de zorgverzekeraar van het door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder teveel betaalde bedrag.
- 3.6.13. Digitaal aangeleverde nota's komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze door de zorgaanbieder zijn gewaarmerkt en aangeleverd.
- 3.6.14. Alleen originele nota's, voorzien van een bank-/gironummer van de zorgaanbieder komen voor vergoeding in aanmerking.
- 3.6.15. Behoudens artikel 3.6.10. vindt betaling plaats aan de verzekerde. Voor een juiste en snelle afhandeling van de nota's zijn de volgende gegevens op de nota nodig:
- Burgerservice-nummer (BSN/Sofinummer);
  - Een O rechtsboven wanneer er sprake is van een behandeling als gevolg van een ongeval.
- 3.6.16. De zorgverzekeraar streeft ernaar de verzekerde kosten binnen 15 werkdagen na ontvangst van de originele nota te vergoeden.
- 3.6.17. De verzekerde is verplicht iedere wijziging, die invloed heeft op de rechten en plichten uit de verzekeringsovereenkomst, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan de zorgverzekeraar te melden. Wijzigingen zijn onder meer verhuizing, huwelijk, samenwoning, (echt)scheiding, geboorte of wijziging bank-/gironummer. Voor het nalaten van het hierboven bepaalde draagt de zorgverzekeraar geen enkel risico. Kennisgevingen aan de verzekerde, gericht aan het laatst bekende adres worden geacht de verzekerde te hebben bereikt.
- 3.6.18. Voor een wettelijke vertegenwoordiger geldt een termijn van 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht om een pasgeboren kind te verzekeren.
- 3.6.19. De verzekeringnemer is verplicht bij opzegging van de verzekeringsovereenkomst aan de zorgverzekeraar mee te delen wie de nieuwe zorgverzekeraar is.
- 3.6.20. Indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt, kan de verzekerde binnen 30 dagen na de dag van het bereiken van de meerderjarige leeftijd kiezen voor een ander vrijwillig eigen risico. Deze verzekerde dient zijn keuze schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar te maken binnen de daartoe gestelde termijn. Indien er geen bericht is ontvangen, wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder een vrijwillig eigen risico.
- 3.6.21. Steeds wanneer bij een aan de verzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel een derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens de verzekerde aangifte te geschieden bij de zorgverzekeraar.
- 3.6.22. Indien een derde voor de kosten, voortvloeiende uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde aansprakelijk is, is de verzekerde verplicht de zorgverzekeraar kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade.
- 3.6.23. De verzekerde is verplicht, alvorens met een derde of met degene die voor of namens de derde optreedt - waaronder begrepen de verzekeraars van de derde -, een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, zich hieromtrent in verbinding te stellen met de zorgverzekeraar.
- 3.6.24. In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene, die voor of namens die derde optreedt enigerlei regelingen treffen - waaronder mede te begrijpen het verlenen van kwijting - waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten kan worden benadeeld.
- 3.6.25. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in artikel 3.6.20. tot en met artikel 3.6.24. is de verzekerde tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de schade, die de zorgverzekeraar daardoor lijdt.
- 3.6.26. De verzekerde is verplicht:
- bij het intrekken van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een Nederlands rijbewijs, een Nederlands paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
  - de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de arts of de medisch adviseur van de zorgverzekeraar daarom vraagt;
  - aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of hen, die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie met inachtneming van de privacyregelgeving;
  - binnen een redelijke termijn aan de zorgverzekeraar te melden dat verzekerde is gedetineerd, in verband met de wettelijke bepalingen inzake opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
  - in voorkomende gevallen de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn, dat daaruit zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden, binnen 36 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de zorgverzekeraar 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. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC, die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is;
  - bij behandelingen waarvoor in de verzekeringsvoorwaarden een schriftelijke verwijzing is vereist, een verwijfsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt, dat de geboden zorg en/of het vervoer medisch noodzakelijk is of is geweest;
  - indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat (voorafgaande) toestemming van de zorgverzekeraar is vereist, dan dienen deze behandelingen vooraf bij de zorgverzekeraar te worden aangevraagd en door de zorgverzekeraar te zijn goedgekeurd.  
Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden.
- 3.6.27. De zorgverzekeraar is bevoegd om eenzijdig wijzigingen aan te brengen in deze verzekeringsovereenkomst, de lijst van gecontracteerde zorgaanbieders, de Lijst maximale tarieven niet-gecontracteerde zorg en andere onderliggende reglementen.
- 3.6.28. Een herziening van de voorwaarden in deze verzekeringsovereenkomst geschiedt op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, in ieder geval voor de datum van ingang van de wijziging.
- 3.6.29. Indien de zorgverzekeraar de voorwaarden van de modelovereenkomst ten nadele van de verzekeringnemer wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging haar is medegedeeld.
- 3.6.30. Heeft de zorgverzekeraar binnen een maand na de tussen de zorgverzekeraar en verzekeringnemer of verzekerde overeengekomen datum geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer of verzekerde ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet op basis van de nieuwe voorwaarden.
- 3.6.31. Indien en voorzover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de zorgverzekering is gehouden, wordt de verzekerde geacht een volmacht tot incasso, op naam van de zorgverzekeraar, van het voor de verzekerde aan de zorgaanbieder te veel betaalde te hebben verleend.



#### 4.1 Zorg door een huisarts

4.1.1. Aanspraak bestaat op geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder, die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek, waaronder laboratoriuonderzoek.

Huisartsenzorg dient te worden verleend door een huisarts, een arts/zorgaanbieder, die onder de verantwoordelijkheid van de huisarts werkzaam is, verpleeghuisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten en bedrijfsarts.

#### 4.2. Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke Gezondheidszorg)

4.2.1. Voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, dan wel de arts, die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, de bedrijfsarts of de medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

##### 4.2.2. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis, revalidatie-instelling, psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, of, na schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar, een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen instelling gedurende 24 uur tot ten hoogste 365 dagen.

Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De aanspraak omvat medisch-specialistische behandeling, verleend door een medisch-specialist of een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder, en het verblijf, al dan niet gepaard gaand met verpleging, verleend door een verpleegkundige, en verzorging, verleend door een verpleegkundige of kraamverzorgende. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

##### Toestemmingsvereisten

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar is vereist voor verblijf in verband met medisch-specialistische behandelingen, zoals omschreven in het Reglement medisch-specialistische zorg. Het door de zorgverzekeraar opgestelde Reglement medisch-specialistische zorg maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op [www.zorgzaamverzekerd.nl](http://www.zorgzaamverzekerd.nl) en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: 072 - 5277677 of via [zorgvragenzorgzaam@unive.nl](mailto:zorgvragenzorgzaam@unive.nl).

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

Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling, verleend door een medisch-specialist of een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder, in een ziekenhuis of een revalidatie-instelling. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op medisch-specialistische behandeling, verleend door een medisch-specialist of een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder, in een door de zorgverzekeraar gecontracteerd ZBC. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder bestaat aanspraak op medisch-specialistische behandeling, verleend door een medisch-specialist of een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder, in de huisartspraktijk van de medisch-specialist of een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen instelling. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede bij de opname behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. In alle gevallen wordt ook verstaan verpleging, zoals verpleegkundige die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.

De hiervoor beschreven zorg omvat niet verpleging in de thuisituatie die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

##### Toestemmingsvereisten:

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar is vereist voor medisch-specialistische behandelingen, zoals omschreven in het Reglement medisch-specialistische zorg. Het door de zorgverzekeraar opgestelde Reglement medisch-specialistische zorg maakt deel uit van deze modelovereenkomst. Het Reglement is raadpleegbaar op [www.unive.nl](http://www.unive.nl) en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij

de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: 072 - 5277677 of via [zorgvragenzorgzaam@unive.nl](mailto:zorgvragenzorgzaam@unive.nl).

#### 4.2.4. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk, die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen, die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- de buikwand (abdominoplastiek) indien er sprake is van een verminking, die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooiën of van een zeer ernstige bewegingsbeperking;
- verlamde of verslakte bovenogleden, die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepletten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.

#### 4.2.5. Uitgesloten behandelingen

1. Geen aanspraak bestaat op de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap;
2. Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:
  - behandeling van verlamde of verslakte bovenogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  - liposuctie van de buik;
  - het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
  - het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medisch noodzaak;
  - behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
  - behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
  - behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
  - behandelingen gericht op de circumcisie van mannelijke verzekerden (besnijdenis).

#### 4.3. Verloskundige zorg en kraamzorg

4.3.1. De zwangere verzekerde en haar kind hebben aanspraak op verloskundige zorg zoals verloskundigen, die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden, die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch-specialist, met dien verstande dat deze zorg verstrekt dient te worden zoals een verloskundige, huisarts of een medisch-specialist die plegen te bieden. Indien de medisch-specialist verloskundige zorg heeft verleend, is een verwijzing van de huisarts noodzakelijk. Verloskundige zorg omvat tevens counseling en het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) oftewel tweede trimester echo voor alle zwangere verzekerden en de combinatietest (nekplooiemeting en serumtest) voor zwangere verzekerden van 36 jaar en ouder of met een medische indicatie. Het structureel echoscopisch onderzoek zonder medische indicatie (oftewel tweede trimester echo voor alle zwangere verzekerden en de combinatietest voor zwangere verzekerden van 36 jaar en ouder of met een medische indicatie) dient te worden uitgevoerd door een echoscopisch centrum dat een overeenkomst heeft afgesloten met het Regionale Centrum voor Prenatale Screening. Verloskundige zorg en kraamzorg dienen plaats te vinden bij de verzekerde thuis, in een ziekenhuis of, na schriftelijke toestemming van de zorgaanbieder, een door de zorgaanbieder nader aan te wijzen kraamcentrum.

Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

4.3.1.1. *Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak*  
Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of huisarts medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op medisch-specialistische zorg als bedoeld in artikel 4.2. al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

##### 4.3.1.2. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak (poliklinische bevalling)

Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis of verloskundig centrum zonder medische noodzaak plaatsvinden, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op verloskundige hulp en kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 15 per opnamedag. In totaal bedraagt de eigen bijdrage dus € 30 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis de € 108 per dag te boven gaat. Dit betekent dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt. In de brochure *Bevalling en Kraamzorg* staat welk bedrag er precies wordt vergoed.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van de opgave door het ziekenhuis, dan wel door de kraamzorgaanbieder, die betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

#### 4.3.1.3. Kraamzorg thuis na bevalling in een ziekenhuis

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op kraamzorg zoals omschreven in artikel 4.3.1.4. sub c, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in artikel 4.3.1.4. sub c genoemde termijn van ten hoogste 10 dagen.

#### 4.3.1.4. Bevalling en kraambed thuis

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op:

- verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een zelfstandig werkend kraamverzorgende, van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door de kraamzorgaanbieder in overleg met de zorgverzekeraar.

Op de aanspraak onder c) blijft een bedrag van € 3,80 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

4.3.2. De kraamzorgaanbieder bepaalt het recht op het aantal kraamuren op basis van het Landelijk indicatie protocol kraamzorg. Het toegekende aantal uren is afhankelijk van de noodzakelijke zorg voor moeder en kind, maar bedraagt minimaal 24 uur en maximaal 80 uur verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het Landelijk indicatie protocol kraamzorg kan worden opgevraagd bij de kraamzorgaanbieder.

4.3.3. Kraamzorg moet voor de 5<sup>e</sup> zwangerschapsmaand worden aangevraagd via Univé Kraamzorg (telefoonnummer: 0800-8998099, gratis).

### 4.4. Revalidatie

4.4.1. Aanspraak bestaat op revalidatie, doch uitsluitend indien en voor zover:

- de zorg is verleend door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een medisch-specialist;
- de zorg is verleend in een revalidatie-instelling of ziekenhuis;
- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap, die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap, die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en
- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

4.4.2. Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten zijn te verwachten dan met revalidatie zonder opname;
- in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

#### Voorschrijvereisten

Voor revalidatie is een voorschrift van de behandelend medisch-specialist noodzakelijk.

#### Toestemmingsvereisten

Voor revalidatie is voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

### 4.5. Transplantaties

4.5.1. Aanspraak bestaat op transplantatie door een medisch-specialist in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nierpancreas. Onder de aanspraak vallen tevens de specialistisch geneeskundige zorg verbandhoudend met de selectie van de donor en met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, verbandhoudend met de voorgenomen transplantatie.

4.5.2. Vergoeding van de zorg als bedoeld in artikel 4, voor zover gemaakt aan de kant van de donor, vindt plaats aan de donor gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling, waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, en uitsluitend indien en voor zover de ver-

leende zorg verband houdt met die opname. Voorts kan de donor aanspraak maken op vervoer, ofwel het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel - indien en voor zover medisch noodzakelijk - per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin.

Tevens bestaat aanspraak op het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeerde inkomsten.

4.5.3. Aanspraak op kosten in gevolge dit artikel bestaat uitsluitend na voorafgaande schriftelijke toestemming door de zorgverzekeraar. Transplantaties van andere organen vallen niet onder de aanspraak.

### 4.6. Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse

4.6.1. Aanspraak bestaat op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse verleend in een dialysecentrum, ziekenhuis of ten huize van de verzekerde, al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, noodzakelijke deskundige assistentie en de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde, alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

4.6.2. Tot de aanspraak op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoren tevens:

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

4.6.3. Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse dienen te worden verricht in overleg met en onder verantwoordelijkheid van een daartoe opgeleide medisch-specialist in een dialysecentrum, een ziekenhuis of bij de verzekerde thuis.

### 4.7. Mechanische beademing

4.7.1. Aanspraak bestaat op voor de verzekerde noodzakelijke mechanische beademing, verleend door een medisch-specialist, alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en verpleegkundige zorg in een beademingscentrum of ziekenhuis. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat aanspraak op:

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

### 4.8. Oncologische aandoeningen bij kinderen

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

### 4.9. Trombosedienst

4.9.1. Aanspraak bestaat op zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts.

De zorg omvat:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van de verzekerde;
- het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee de stollingstijd van het bloed wordt gemeten;
- het opleiden van de verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het

- begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

#### 4.10. Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

4.10.1. Aanspraak bestaat op centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten door een instelling met een vergunning, op grond van artikel 2 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen, voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering. Erfelijkheidsonderzoek dient plaats te vinden in een centrum voor erfelijkheidsadvies of een ziekenhuis. De zorg omvat het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens onderzoeken omvatten bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

#### 4.11. Audiologische zorg

4.11.1. Aanspraak bestaat op zorg verleend door een medisch-specialist of, na schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar, een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder in een audiologisch centrum of in een ziekenhuis. De aanspraak omvat:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

#### 4.12. Paramedische zorg

##### 4.12.1. Paramedische zorg

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plagen te bieden.

##### 4.12.2. Fysiotherapie en oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plagen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder omvat niet de eerste negen behandelingen. Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is te raadplegen op [www.zorgzaam-verzekerd.nl](http://www.zorgzaam-verzekerd.nl) en op aanvraag verkrijgbaar bij de Helpdesk van Zorgzaam bij de zorgverzekeraar.

##### Voorschrijvereisten

Voor fysiotherapie en oefentherapie is een voorschrift van een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, verpleeghuisarts of medisch-specialist noodzakelijk.

##### Toestemmingsvereisten

Voor behandelingen i.v.m. aandoeningen, zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, is op basis van het voorschrift van de arts, voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

##### 4.12.3. Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het bepaalde in artikel 4.12.2. tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar, bij ontoreikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.

##### Voorschrijvereisten

Voor fysiotherapie en oefentherapie is geen voorschrift van een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, verpleeghuisarts of medisch-specialist noodzakelijk. Indien u naar een niet-gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut gaat, is voor fysiotherapie en oefentherapie een voorschrift noodzakelijk.

##### Toestemmingsvereisten

Voor behandelingen i.v.m. aandoeningen, zoals beschreven in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, is op basis van het voorschrift van de arts, voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

##### 4.12.4. Ergotherapie

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling door een ergotherapeut gedurende maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar. De behandeling geschiedt op voorschrift van een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, verpleeghuisarts of medisch-specialist, worden verleend door een ergotherapeut in zijn behandelruimte, ziekenhuis, verpleeg-

of verzorgingshuis of, op medisch voorschrift, ten huize van de verzekerde met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

##### 4.12.5. Logopedie

Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van de huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist, tandarts of tandarts-specialist, door een logopedist of logopedist gespecialiseerd in afasie, preverbaal, stotteren en De Hanen Ouder cursus. Specifieke stottertherapie mag ook worden verleend door een stottertherapeut. Voorwaarde is dat deze zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Voor specifieke stottertherapie is een gericht voorschrift van voornoemde zorgaanbieders noodzakelijk. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid. Logopedie dient te worden verleend in de praktijkruimte van de logopedist of stottertherapeut, dan wel in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.

##### 4.12.6. Dieetadvisering

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een medisch doel, op verwijzing van een huisarts, dan wel de arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, bedrijfsarts, medisch-specialist of tandarts, in de praktijk van de diëtist, thuiszorginstelling, ziekenhuis of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis, gedurende maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

#### 4.13. Mondzorg

4.13.1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plagen te bieden, met dien verstande dat het slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is:

- indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei stoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft, dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
- indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

4.13.2. Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is tevens onder de zorg als in artikel 4.13.1., onder a, begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

4.13.3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg als bedoeld in artikel 4.13.1. begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groei stoornis van het tand-kaakmondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Mondzorg als omschreven in artikel 4.13.1., artikel 4.13.2. en artikel 4.13.3. dient te worden verleend door:

- een tandarts, indien het zorg zoals omschreven in artikel 4.13.1. en artikel 4.13.2. betreft;
  - een instelling voor bijzondere tandheelkunde;
  - een orthodontist, indien het zorg zoals omschreven in artikel 4.13.3. betreft;
  - een kaakchirurg, indien het zorg zoals omschreven in artikel 4.13.2. betreft;
  - een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder.
- De mondzorg wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, een ziekenhuis, in de instelling voor bijzondere tandheelkunde of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.

4.13.4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan 22 jaar in andere gevallen dan in artikel 4.13.1., onderdelen a tot en met c:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- fluoride-applicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van 6 jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- sealing;
- parodontale hulp;
- anesthesie;
- endodontische hulp;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- gnathologische hulp;

- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, alsmede tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Mondzorg, als omschreven in artikel 4.13.4., uitgezonderd sub c, d, e en f, dient te worden verleend door:

- een tandarts;
- een instelling voor jeugd tandverzorging;
- een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder.

Mondzorg, als omschreven in artikel 4.13.4. sub c, d, e en f, dient te worden verleend door:

- een mondhygiënist;
- een tandarts;
- een instelling voor jeugd tandverzorging;
- een door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgaanbieder.

Mondzorg wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, een dental car, instelling voor jeugd tandverzorging of, op medisch voorschrift, bij de verzekerde thuis.

#### 4.13.5. Mondzorg omvat voor verzekerden van 22 jaar en ouder in andere gevallen dan in artikel 4.13.1., onderdeel a tot en met c beschreven:

- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat;
- b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak. Zie ook artikel 4.13.9.

Mondzorg, als omschreven in sub a, dient te worden verleend door een kaakchirurg. De mondzorg wordt verleend in een ziekenhuis, de praktijk van de medisch-specialist of een zelfstandig behandelcentrum.

Mondzorg, als omschreven in sub b, dient te worden verleend door een tandarts of door een tandprotheticus. De mondzorg wordt verleend in de praktijkruimte van de zorgaanbieder, ziekenhuis, instelling voor bijzondere tandheelkunde of op medisch voorschrift bij de verzekerde thuis.

#### 4.13.6. De verzekerde van 22 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge artikel 4.13.1. onder a, onderscheidelijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge artikel 4.13.1. onder b tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag, dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.

#### 4.13.7. De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg als bedoeld in artikel 4.13.1., een eigen bijdrage verschuldigd van € 125 per kaak.

#### 4.13.8. De jeugdige verzekerde heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg, indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.

#### 4.13.9. Gebitsprothese

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak bestaat aanspraak op een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed.

Er bestaat volledige aanspraak op reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door de NZa goedgekeurde tarief in aanmerking.

#### Verwijzings- en toestemmingsvereisten

Voor mondzorg als omschreven in artikel 4.13.1. is een verwijzing van de tandarts noodzakelijk. Voor mondzorg bij de verzekerde thuis is een schriftelijk advies en verwijzing van de huisarts, dan wel de arts die als huisarts fungeert of medisch-specialist noodzakelijk.

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg is voor de volgende verstrekkingen voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist:

- a. voor mondzorg als omschreven in artikel 4.13.1., artikel 4.13.2. en artikel 4.13.3.;
- b. voor tandvervangende zorg met niet-plastische materialen als omschreven in artikel 4.13.4.;
- c. voor mondzorg in een instelling voor bijzondere tandheelkunde of ter plaatse waar de verzekerde verblijft;

- d. voor mondzorg als omschreven in artikel 4.13.5. sub a, indien de zorg parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft;
- e. voor mondzorg als omschreven in artikel 4.13.5. sub b en artikel 4.13.9., tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 600 per onder- c.q. bovenkaak bedragen;
- f. voor mondzorg als omschreven in artikel 4.13.5. sub b en artikel 4.13.9., tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 500 per onder- c.q. bovenkaak bedragen;
- g. voor mondzorg als omschreven in artikel 4.13.5. sub b en artikel 4.13.9., indien de volledige vervangingsprothese binnen 8 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Bij de aanvraag dient een schriftelijke motivering van de zorgaanbieder en een schriftelijk behandelingsplan te worden gevoegd.

#### 4.13.10. Ziekenhuisopname

De aanspraak omvat chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, verleend door een kaakchirurg, en het verblijf, al dan niet gepaard gaand met verpleging en verzorging, verleend door een verpleegkundige. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname. Hiervoor zijn dezelfde voorwaarden van toepassing zoals opgenomen in artikel 4.2.2..

Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

### 4.14. Farmaceutische zorg

#### 4.14.1. Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op het ter hand stellen van:

- a. de door de zorgverzekeraar op basis van de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
- b. een ander bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerd geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover:
  - behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is; of
  - de verzekerde het geneesmiddel betreft bij een apotheker/ apothekhoudende huisarts met wie de zorgverzekeraar een voorkeursovereenkomst heeft gesloten. De Lijst met apothekers/ apothekhoudende huisartsen met wie de zorgverzekeraar een voorkeursovereenkomst heeft gesloten, kan worden geraadpleegd op [www.zorgzaamverzekerd.nl](http://www.zorgzaamverzekerd.nl);
- c. andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, zoals omschreven in artikel 2.8., eerste lid, onder b van het Besluit zorgverzekering;
- d. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

#### 4.14.2. De genoemde aanspraak bestaat op het ter hand stellen van die geneesmiddelen, die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en die als zodanig tevens zijn aangewezen door de zorgverzekeraar. Een en ander is nader uitgewerkt in het Reglement farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar dat onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst wordt toegestuurd door de zorgverzekeraar. Dit reglement is tevens in te zien via [www.zorgzaamverzekerd.nl](http://www.zorgzaamverzekerd.nl).

De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig, dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Deze geneesmiddelen zijn terug te vinden in de lijst Preferente Geneesmiddelen, die deel uitmaakt van het door de zorgverzekeraar opgestelde Reglement farmaceutische zorg. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Tenzij de zorgverzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de zorgaanbieder, dienen de onder artikel 4.14.1. genoemde middelen ter hand te worden gesteld op voorschrift van een huisarts, dan wel een arts die de verzekerde van huisartsenzorg voorziet, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Aflevering geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts.

Voor de aanspraak op de vergoeding van een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In aansluiting daarop stelt de zorgverzekeraar in het Reglement farmaceutische zorg nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de aflevering van een aantal geneesmiddelen.

#### Voorschrift- en toestemmingsvereisten

De verzekerde heeft per voorschrift aanspraak op de geneesmiddelen voor een periode van maximaal:

- 15 dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft (onder nieuwe medicatie verstaat de zorgverzekeraar een

- medicatie die de afgelopen 12 maanden niet door een apotheek of apotheekhoudend huisarts aan de verzekerde is verstrekt;
- 15 dagen, indien het een geneesmiddel betreft ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica;
- 3 maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica. Deze worden voor maximaal 1 maand verstrekt;
- 12 maanden indien het anticonceptiva betreft;
- 12 maanden (maximaal) wanneer verzekerde voor een langere periode naar het buitenland gaat. Met uitzondering van anxiolytica en slaapmiddelen. Deze worden voor maximaal 1 maand verstrekt;
- 1 maand in overige gevallen.

Daar waar het, in het door de zorgverzekeraar opgestelde Reglement farmaceutische zorg is aangegeven, is voor bepaalde geneesmiddelen voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

- 4.14.3. Farmaceutische zorg omvat geen:
- farmaceutische zorg in de bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
  - geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
  - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig door de Minister niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
  - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
  - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

- 4.14.4. Aanspraak op dieetpreparaten bestaat uitsluitend als sprake is van:
- a. een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, of
  - b. een dreigende ernstige ondervoeding door:
    - een chronisch obstructief longlijden, of
    - een cystische fibrose, of
    - een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

Dieetpreparaten dienen te worden verstrekt door een apotheker of apotheekhoudend huisarts, (medisch-) gespecialiseerd leverancier, of een door een facilitair bedrijf.

#### *Voorschrijf- en toestemmingsvereisten*

Voor dieetpreparaten is een voorschrift van een medisch-specialist, huisarts, kaakchirurg of diëtiste noodzakelijk.

Daar waar het in het door de zorgverzekeraar opgestelde Reglement farmaceutische zorg is aangegeven, is voor bepaalde dieetpreparaten voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

- 4.14.5. Een eigen bijdrage is verschuldigd voor een geneesmiddel in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen indien de inkoop-prijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage is eveneens verschuldigd voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel, waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Bij Regeling zorgverzekering wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend. De zorgverzekeraar brengt dit bedrag in mindering.

- 4.14.6. Volledige vergoeding conform artikel 3.6.3. of indien van toepassing volledige vergoeding conform het Geneesmiddelen Vergoedings-systeem (GVS).

## 4.15. Hulpmiddelenzorg

- 4.15.1. Aanspraak bestaat op medische hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). Deze worden afgeleverd door apothekers, apotheekhoudende huisartsen, (medisch) gespecialiseerde leveranciers of, na schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar, door een nader door de zorgverzekeraar aan te wijzen leverancier. Medische hulpmiddelen mogen daarnaast worden afgeleverd door een medische speciaalzaak en orthopedisch instrumentmaker. Medische hulpmiddelen dienen te worden verstrekt en/of aangemeten in de praktijkruimte van de leverancier of op de plaats waar de verzekerde verblijft. In het Reglement hulpmiddelen van de zorgverzekeraar is opgenomen welke leverancier het door u benodigde hulpmiddel mag leveren. Tevens zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Het Reglement hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via [www.zorgzaamverzekerd.nl](http://www.zorgzaamverzekerd.nl) en wordt u desgevraagd toegezonden.

- 4.15.2. Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in het Reglement hulpmiddelen, is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel of verbandmiddel voorafgaande toestemming vereist en/of een voorschrift noodzakelijk. Voor verbandmiddelen is een voorschrift van een arts, tandarts, verloskundige of van een persoon of instelling die zorg verleent als bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ noodzakelijk. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

- 4.15.3. De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

- 4.15.4. De te verstrekken hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de zorgverzekeraar.

- 4.15.5. Aanspraak op verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening, waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

- 4.15.6. Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak worden gemaakt op een persoonsgebonden budget, waarbij in de aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden, die door de zorgverzekeraar in het betreffende Reglement hulpmiddelen zijn opgenomen.

## 4.16. Ziekenvervoer

- 4.16.1. Onder ziekenvervoer wordt verstaan het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.

### 4.16.2. Ambulancevervoer

Aanspraak bestaat op medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, door een ambulancevervoerder met vergunning als geregeld in de Wet Ambulancevervoer of nader door de zorgverzekeraar aangewezen personen of partijen, doch uitsluitend indien sprake is van ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet Ambulancevervoer, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

- 4.16.3. De aanspraak omvat het vervoer naar een zorgaanbieder of een instelling, waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten - met inachtneming van het verplicht eigen risico en het eventueel vrijwillig gekozen eigen risico - geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen. Voorts omvat de aanspraak het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven.

De aanspraak behelst verder het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgaanbieder of een instelling, waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese, die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt.

De aanspraak omvat tevens het vervoer van eerdergenoemde zorgaanbieders en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.

- 4.16.4. Tot de aanspraak behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

### 4.16.5. Zittend ziekenvervoer

Mits vooraf aangevraagd, bestaat aanspraak op vervoer van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in artikel 4.16.3., per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, door een taxibedrijf, openbaar vervoerder, mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving) of na schriftelijke toestemming door een nader door de zorgverzekeraar aan te wijzen vervoerder, op voorschrift van een huisarts, dan wel de arts die verzekerde van huisartsenzorg voorziet of medisch specialist over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- de verzekerde, die zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en moet worden vervoerd naar een zorgaanbieder bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen, die ten laste van deze verzekering komt;
- het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en moet worden vervoerd naar een zorgaanbieder bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.

De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

Indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

#### *Toestemmingsvereisten*

Uit een verklaring van de huisarts, de arts die verzekerde van huisartsenzorg voorziet of de medisch-specialist, moet blijken dat de verzekerde één of meerdere van de hierboven genoemde indicaties heeft en de reden waarom medisch vervoer noodzakelijk is. Deze verklaring moet naar de zorgverzekeraar worden gestuurd. De zorgverzekeraar bepaalt vervolgens of gebruik mag worden gemaakt van (rolstoel)taxi, eigen vervoer of een openbaar middel van vervoer.

- 4.16.6. Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule, indien hij in verband met de behandeling van een ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld van een verklaring van de behandelend arts.
- 4.16.7. Indien ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi, ambulance of eigen auto niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander middel van vervoer.
- 4.16.8. Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.
- 4.16.9. Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 89 per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. Indien in de loop van het kalenderjaar een herziening plaatsvindt van de eigen bijdrage van € 89 geldt het laagste bedrag. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,28 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.
- 4.16.10. Een eigen bijdrage is niet verschuldigd:
- voor vervoer vanaf een instelling, waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
  - voor vervoer vanaf een instelling als bedoeld in onderdeel a, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de verzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
  - voor vervoer vanaf een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.

#### **4.17. Eerstelijns psychologische zorg**

- 4.17.1. *Eerstelijns psychologische zorg (niet-specialistische GGZ)*  
Aanspraak bestaat op eerstelijnspsychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg, zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden tot 18 jaar, mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:
- de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologie per kalenderjaar omvat;
  - voor eerstelijnspsychologie de verzekerde een eigen bijdrage van € 10 per zitting betaalt.

#### *Voorschrijfvereisten*

Voor eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ, is een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch-specialist noodzakelijk. Voor jeugdigen, als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg, is een indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ noodzakelijk. Voor acute zorg geldt dit voorschrijfvereiste niet.

#### **4.18. Specialistische GGZ**

##### *4.18.1. Psychiatrische ziekenhuisopname*

De aanspraak omvat de specialistische psychiatrische behandeling als bedoeld in artikel 4.18.2. en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname. Aanspraak bestaat op opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoog-

ste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

#### *Voorschrijfvereisten*

Voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis is een voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch-specialist noodzakelijk. Voor jeugdigen, als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg, is een indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ noodzakelijk. Voor acute zorg geldt dit voorschrijfvereiste niet.

##### *4.18.2. Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg*

Aanspraak bestaat op zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling horende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen. De zorg kan worden verleend door een psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut en GGZ-instelling op de afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis, in een GGZ-instelling of vrijgevestigde praktijk

#### *Voorschrijfvereisten*

Voor opname voor niet-klinische geestelijke gezondheidszorg is een voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch-specialist noodzakelijk. Voor jeugdigen, als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg, is een indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ noodzakelijk. Voor acute zorg geldt dit voorschrijfvereiste niet.

#### **4.19. Persoonsgebonden budget (PGB) GGZ**

##### *Omschrijving*

Voor de zorg zoals opgenomen in artikel 4.17.1. en artikel 4.18.2., die gericht is op herstel van een psychische aandoening, kan desgevraagd aanspraak worden gemaakt op een persoonsgebonden budget, met inachtneming van de voorwaarden zoals opgenomen in het Reglement persoonsgebonden budget GGZ Univé 2009. Dit persoonsgebonden budget GGZ komt in de plaats van de aanspraak op zorg.

Er bestaat geen aanspraak op een persoonsgebonden budget GGZ als de betreffende zorg wordt verleend ten tijde van het verblijf als bedoeld in artikel 4.2.2., Ziekenhuisopname.

##### *Eigen bijdrage*

Afhankelijk van de aard van de zorg is een eigen bijdrage verschuldigd. De hoogte van de geldende eigen bijdragen is opgenomen in artikel 4.17. en artikel 4.18.

##### *Voorschrijfvereisten*

Afhankelijk van de aard van de zorg gelden dezelfde voorschrijfvereisten zoals opgenomen in artikel 4.17. en artikel 4.18.

##### *Toestemmingsvereiste*

Toestemming moet worden gevraagd met toelichting van de behandelend huisarts, psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut waarin ten minste is aangegeven of verwijzing plaatsvindt voor eerstelijnspsychologische zorg of specialistische GGZ.

##### *Bijzonderheden*

- het Reglement persoonsgebonden budget GGZ Univé 2009 is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [www.zorgzaamverzekerd.nl](http://www.zorgzaamverzekerd.nl);
- als de zorg wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee Univé een overeenkomst heeft gesloten, dan is een aanvraag voor een PGB GGZ niet aan de orde. De verzekerde kan in dat geval gebruik maken van de zorg zoals opgenomen in artikel 4.17. en artikel 4.18.

#### **4.20. Dyslexiezorg**

- 4.20.1. Aanspraak bestaat op zorg in verband met ernstige dyslexie aan kinderen bij wie de zorg op zeven- of achtjarige leeftijd begint, en die basisonderwijs volgen. Onder deze zorg wordt verstaan het diagnosticeren en behandelen van deze kinderen met ernstige dyslexie volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Ernstige dyslexie dient te worden behandeld door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of gezondheidszorgpsycholoog die werkt in een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een gezondheidszorgpsycholoog. Voor deze zorg is een voorschrift noodzakelijk van een leerkracht, remedial teacher, logopedist of andere leesspecialist verbonden aan de basisschool van het kind, met daarbij een onderwijskundig rapport waarin staat

dat het kind 3 tot 6 maanden schoolse hulp heeft gehad voor dyslexie. Dit voorschrift moet zijn voorzien van een toelichting waarin aangegeven wordt dat op basis van het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is vastgesteld dat verdere diagnostiek noodzakelijk is. Het protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling is raadpleegbaar op [www.zorgzaamverzekerd.nl](http://www.zorgzaamverzekerd.nl) en op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij de Helpdesk van Zorgzaam via telefoonnummer: 072 - 5277677.

#### 4.21. Buitenland

- 4.21.1. De verzekerde, die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg als bedoeld in artikel 4 van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
- 4.21.2. De verzekerde, die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft:
- aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
  - aanspraak op zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder, die door zijn zorgverzekeraar in het woonland is gecontracteerd of
  - aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven, indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgaanbieder of instelling zou zijn verleend.
- 4.21.3. De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, conform het bepaalde dat elders in deze modelovereenkomst bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgaanbieder of instelling zou zijn verleend.
- 4.21.4. Hetgeen is beschreven in artikel 4.21.2. is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde, die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of Verdragsland.
- 4.21.5. In de gevallen bedoeld in artikel 4.21.1. tot en met artikel 4.21.4. vindt, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming verleent voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in artikel 4.21.1. aangegeven vergoeding.
- 4.21.6. Verzekerden zijn bij tijdelijk verblijf in een land anders dan het woonland, bij klinische opname in een ziekenhuis verplicht zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de Univé Alarmservice, telefoonnummer: +31 (0)20-6 515 111. De Univé Alarmservice zal zorgdragen voor de afhandeling van declaraties.
- 4.21.7. De vergoeding van de aanspraak vindt in Nederland in euro's plaats tegen de koers op de dag waarop de behandeling heeft plaatsgevonden.
- 4.21.8. In overleg met de zorgverzekeraar of de Univé Alarmservice kan, op verzoek van de zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd, in voorkomende gevallen direct aan de desbetreffende zorgaanbieder worden betaald. Verzekerden, die zijn geplaatst in een land waar een contactpersoon werkzaam is, zijn verplicht contact op te nemen met de contactpersonen van het ministerie van defensie. Voor verzekerden geplaatst in het buitenland, zal in voorkomende gevallen de contactpersoon zorgdragen voor rechtstreekse betaling aan de zorgaanbieder.
- 4.21.9. Om voor vergoeding conform artikel 4.21.1., artikel 4.21.2. sub b en artikel 4.21.3. in aanmerking te komen, dient de verzekerde gespecificeerde rekeningen, in het Engels, Frans, Spaans, Duits of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingswijzen te overleggen.
- 4.21.10. Om voor vergoeding conform artikel 4.21.2. sub a in aanmerking te komen, is verzekerde verplicht zich bij de zorgaanbieder of bevoegde instantie te legitimeren met de vooraf bij de zorgverzekeraar aan vragen verzekeringsverklaring.
- 4.21.11. Indien een verzekerde met toestemming van de Minister van defensie verblijft bij de in het buitenland geplaatste militair of geplaatste defensieburgermedewerker, kan dit gezinslid, in tegenstelling tot de situatie in Nederland, gebruik maken van de faciliteiten van de Militair Geneeskundige Diensten.

#### 4.22. Uitsluitingen

- 4.22.1. Geen aanspraak bestaat op:
- de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en die van bevolkingsonderzoek;
  - aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
  - griepvaccinaties;

- alternatieve geneeswijzen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- declaraties als gevolg van niet nagekomen aanspraken;
- kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg.

#### 4.23. Algemeen

##### 4.23.1. Aanspraak op andere zorg dan in de modelovereenkomst Zorgzaam omschreven

In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op andere vormen van zorg dan genoemd in deze modelovereenkomst, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en de zorgverzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

##### 4.23.2. Opname in een andere dan de verzekerde klasse

Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse, wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.

##### 4.23.3. Begin en einde van de aanspraak

Indien verzekerde op grond van eerdere bepalingen in deze modelovereenkomst recht heeft op aanspraak op zorg, geldt dat slechts voor zover verzekerde zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

### Artikel 5 Overige bepalingen

#### 5.1. Het aanvragen van toestemming

5.1.1. Indien voor de aanspraak vooraf verstrekking van toestemming is vereist, is de verzekerde verplicht vooraf zorg te dragen voor de aanvraag van de toestemming. De aanvraag dient te zijn ondertekend door de behandelend zorgaanbieder.

5.1.2. Indien de toestemming naar tijdsduur is beperkt of voor een bepaald aantal behandelingen is verleend en verlenging noodzakelijk is, moet de verzekerde er voor zorgdragen, dat tijdig een verlenging van de toestemming wordt gevraagd.

5.1.3. Indien de verzekerde ten genoegen van de zorgverzekeraar aan toont, dat het niet tijdig aanvragen van toestemming of verlenging van de toestemming het gevolg is van omstandigheden die het hem redelijkerwijs onmogelijk maakten aan zijn verplichtingen te voldoen, kunnen bij wijze van uitzondering de in artikel 5.1.1. bedoelde aanspraken worden uitgekeerd, indien naar het oordeel van de medisch- of tandheelkundig adviseur de toestemming of verlenging alsnog kan worden verleend.

#### 5.2. Overige verplichtingen van de verzekerde

5.2.1. In voorkomende gevallen dienen de originele nota's binnen 36 maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de zorgverzekeraar te worden ingediend. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC, die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is.

5.2.2. Bij het niet nakomen van de in artikel 5.2.1. genoemde verplichtingen behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden.

#### 5.3. Klachten en Geschillen

5.3.1. Indien een verzekerde niet tevreden is over de bejegening door de zorgverzekeraar of zich niet met een beslissing kan verenigen, kan hij zijn bezwaren schriftelijk kenbaar maken aan de afdeling Klachtenmanagement van Univé Verzekeringen, postbus 276, 1800 BJ Alkmaar. De zorgverzekeraar zal hierop binnen 30 dagen haar definitieve besluit kenbaar maken. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

5.3.2. Nadat de zorgverzekeraar in heroverweging een besluit heeft genomen, kan de verzekerde het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG, Zeist ([www.skgz.nl](http://www.skgz.nl)). Deze instantie brengt een bindend advies uit. Het is in dit geval ook mogelijk dat de verzekeringsnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorlegt aan de daartoe bevoegde rechter.

5.3.3. Het gestelde in artikel 5.3.1. en artikel 5.3.2. doet niet af aan het recht van de verzekerde een geschil voor te leggen aan de burgerlijke rechter. Indien de verzekerde een geschil in een bodemprocedure aan de burgerlijke rechter heeft voorgelegd, blijft artikel 5.3.2. buiten toepassing.

5.3.4. Consumenten, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars kunnen een klacht indienen bij de NZa over de door de zorgverzekeraar gehanteerde formulieren. Een dergelijke klacht heeft betrekking op de formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. De klacht dient eerst aan de zorgverzekeraar te worden voorgelegd. Nadat de zorgverzekeraar in heroverweging een besluit heeft genomen, kan de klacht worden voorgelegd aan de NZa. Uitspraak van de NZa strekt de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de consument tot bindend advies. Op de website van de NZa ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)) is aangegeven waar en op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

#### 5.4. Bescherming persoonsgegevens

5.4.1. De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte gegevens kunnen worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Op deze verwerking van persoonsgegevens zijn de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens van de zorgverzekeraar van toepassing. In deze gedragsregels worden de rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de Gedragsregels kunnen worden opgevraagd bij Univé Verzekeringen, postbus 607, 8000 AP Zwolle of via [www.zorgzaamverzekerd.nl](http://www.zorgzaamverzekerd.nl).

#### 5.5. Fraude

- 5.5.1. Onder fraude wordt verstaan het door organisaties en (rechts)personen die bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van de overeenkomst van zorgverzekering betrokken zijn, het plegen of trachten te plegen van:
- valsheid in geschrifte;
  - oplichting / bedrog;
  - benadering van schuldeisers of rechthebbenden;
  - verduistering
- met als doel het onder valse voorwendsels of op oneigenlijke gronden verkrijgen van een verzekeringsdekking, uitkering of prestatie, waarop geen recht bestaat.
- 5.5.2. Fraude (geheel of gedeeltelijk) kan tot gevolg hebben dat:
- a. persoonsgegevens worden opgenomen in het incidentenregister van de zorgverzekeraar;
  - b. in het geheel geen verzekeringsuitkering plaatsvindt;
  - c. de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd;

- d. ook alle andere binnen de organisatie van de zorgverzekeraar lopende verzekeringen worden beëindigd;
- e. er een registratie plaatsvindt in het tussen zorgverzekeraars gangbare signaleringssysteem (e.e.a. conform het incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen);
- f. eventueel uitgekeerde schade wordt teruggevorderd en onderzoekskosten in rekening worden gebracht;
- g. er aangifte wordt gedaan bij de politie, justitie of de Economische Controle Dienst (ECD).

#### 5.6. Molest / Terrorisme

- 5.6.1. Op grond van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 mogen schadeverzekeraars geen schaden verzekeren veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij; één en ander overeenkomstig de definities daarvan, zoals die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter Griffie van de Arrondissementsrechtbank te 's-Gravenhage zijn gedeponeed.
- 5.6.2. Indien de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekersmaatschappij (NHT) voor Terrorismeschaden N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.
- 5.6.3. Indien na een terroristische handeling op grond van artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in het vorige lid, recht op prestaties van een bij ministeriële regeling te bepalen omvang. Een omschrijving van de definities en het clauseblad terrorismedekking is op aanvraag schriftelijk verkrijgbaar bij de Helpdesk van Zorgzaam bij de zorgverzekeraar via telefoonnummer: 072 - 5277677 of via [zorgvragenzorgzaam@unive.nl](mailto:zorgvragenzorgzaam@unive.nl).





**Helpdesk Zorgzaam**

**MEER WETEN?**

Beschikbaarheid maandag t/m vrijdag van 8.00 tot 17.00 uur  
Telefoonnummer: (072) 527 76 77  
Vanuit het buitenland: +31 72 52 77 677

**Zorgzaam**

MPC 58V  
Postbus 10400  
2501 HK Den Haag  
E-mail: [contact@zorgzaamverzekerd.nl](mailto:contact@zorgzaamverzekerd.nl)  
Internet: [www.zorgzaamverzekerd.nl](http://www.zorgzaamverzekerd.nl)

**Univé**

Postbus 276  
1800 BJ Alkmaar  
E-mail zorgvragen: [zorgvragenzorgzaam@unive.nl](mailto:zorgvragenzorgzaam@unive.nl)  
Email zorgbemiddeling: [zorgbemiddelaar@unive.nl](mailto:zorgbemiddelaar@unive.nl)  
Internet: [www.unive.nl](http://www.unive.nl)