



Polisvoorwaarden 2019

Zorg Gemak Polis

Vergoedingenoverzicht 2019	5
Begripsomschrijvingen	7
Basisverzekering Zorg Gemak Polis	19
Rubriek A Algemene voorwaarden	19
Artikel 1 Algemene bepalingen	19
Artikel 2 Begin, looptijd en einde van de zorgverzekering	21
Artikel 3 Premie en eigen risico	24
Artikel 4 Overige bepalingen	28
Rubriek B Omvang dekking	32
Geneeskundige zorg	32
Artikel 5 Huisartsenzorg	32
Artikel 6 Medisch specialistische zorg (excl. geestelijke gezondheidszorg)	32
Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg	35
Artikel 8 Revalidatie	37
Artikel 9 Orgaantransplantaties	38
Artikel 10 Dialyse	39
Artikel 11 Mechanische beademing	39
Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen	40
Artikel 13 Trombosedienst	40
Artikel 14 Erfelijkheidsadvies	40
Artikel 15 Audiologische zorg	40
Artikel 16 Vruchtbaarheid gerelateerde zorg	41
Artikel 17 Paramedische zorg	42
Artikel 18 Mondzorg	46
Artikel 19 Farmaceutische zorg	50
Artikel 20 Hulpmiddelen	54
Artikel 21 Ziekenvervoer	54
Artikel 22 Buitenland	56
Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg	57
Artikel 24 Ketenzorg	61
Artikel 25 Stoppen met roken	61
Artikel 26 Zintuiglijk gehandicaptenzorg	62
Artikel 27 Verpleging en verzorging	62
Artikel 28 Gecombineerde Leefstijlinterventie	64
Rubriek C Informatie	65
Aanvullende verzekeringen	67
Rubriek A Omvang dekking	67
Artikel 1 Buitenland	67
Artikel 2 Farmaceutische hulp	69
Artikel 3 Paramedische behandelingen	69
Artikel 4 Tandheelkundige hulp	73
Rubriek B Verzekeringsvoorwaarden	75
1 Algemeen	75
2 Aanmelding	75
3. Aanvang en beëindiging van de verzekering	76
4 Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde	77
5 Dekking	78
6 Premie	78
7 Wijziging van de premie en/of voorwaarden	79
8 Uitsluitingen	79
9 Dubbele dekking	80
10 Geschillen	80
11 Slotbepaling	80
Rubriek C Informatie	81

Vergoedingenoverzicht 2019

Zorg Gemak Polis

De inhoud van de basisverzekering is door de overheid bepaald en voor iedereen gelijk. U bent met een basisverzekering verzekerd voor de meest gebruikelijke zorg (o.a. geneeskundige zorg, ziekenhuisopname, tandheelkundige zorg tot en met 18 jaar, geneesmiddelen, ziekenvervoer, kraamzorg). De meeste declaraties lopen rechtstreeks van de zorgverlener naar Zorg en Zekerheid. Voor specifieke vergoedingen kijkt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

AV-Gemak

Vergoedingenoverzicht 2019	
Buitenland	
Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg	
Geneeskundige kosten in de wereld	100%
Tandheelkundige noodkosten	-
Medisch noodzakelijke repatriëring en toezending geneesmiddelen	100%
Farmaceutische zorg	
Anticonceptie vanaf 21 jaar (pil, spiraal, pessarium) (exclusief de GVS-eigen bijdrage)	100%
Paramedische Behandelingen	
Max. aantal behandelingen fysiotherapie/oefentherapie geldt voor chronische en niet-chronische behandelingen samen (bij niet-gecontracteerd 75% van het marktconforme tarief)	9 behandelingen
Tandheelkundige hulp	
Onder andere: controle, preventie en mondhygiëne	75% max. € 250,00

Voor het recht op verstrekkingen en vergoedingen gelden in een aantal gevallen specifieke voorwaarden. Aan dit vergoedingenoverzicht kunnen dan ook geen rechten worden ontleend. Raadpleeg de polisvoorwaarden voor een volledig overzicht van alle voorwaarden en vergoedingen. Bovendien gelden voor niet-gecontracteerde zorgverleners andere vergoedingen, deze kunt u vinden in de polisvoorwaarden. De zorgverleners waarmee wij een contract hebben, kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/gecontracteerd.

Begripsomschrijvingen

Acupuncturist

Een acupuncturist die als (tand)arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG (Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) en die de aanvullende opleiding acupunctuur heeft afgerond. Of iemand met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria van de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Ambulancevervoer

Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.

Antroposofisch therapeut

Een antroposofisch therapeut moet voldoen aan één van onderstaande voorwaarden:

- een fysiotherapeut die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die een aanvullende opleiding antroposofie heeft afgerond;
- een diëtist, logopedist of oefentherapeut die voldoet aan de eisen in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en die een aanvullende opleiding antroposofie heeft afgerond;
- een verpleegkundige of een verloskundige die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die een aanvullende opleiding antroposofie heeft afgerond;
- een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die de hbo-opleiding kunstzinnige of euritmitherapie heeft afgerond;
- een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg die een aanvullende opleiding op het gebied van antroposofische (psychosociale) hulpverlening heeft afgerond.

Alle therapeuten dienen te zijn geregistreerd bij de beroepsverenigingen die zijn aangesloten bij de Federatie Antroposofische Gezondheidszorg (FAG). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts aan wie krachtens artikel 61, lid 10 en 11, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheker

Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, lid 5, van de Geneesmiddelenwet.

Arts

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

Basisverzekering

De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel hoofdverzekering of zorgverzekering genoemd.

Bedrijfsarts

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

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het Keurmerk Fysiotherapie.

Bestuur

Raad van Bestuur van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsadvies

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

Centrum voor medisch specialistische zorg

Een instelling voor medisch specialistische zorg, die als zodanig conform de bij of krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) gestelde regels is toegelaten.

Chiropractor

Een chiropractor die is geregistreerd als beroepsbeoefenaar in de chiropractie en die een opleiding op academisch niveau (erkend 'college of chiropractic') heeft afgerond. Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Chronische aandoening fysiotherapie en/of oefentherapie

Een aandoening die is opgenomen in, de op de dag waarop de gedeclareerde prestatie is geleverd geldende, Bijlage I van het Besluit zorgverzekering.

Collectiviteit

Een groep van personen, wiens belangen wordt behartigd door een werkgever of een rechtspersoon, op grond van een overeenkomst tussen Zorg en Zekerheid en werkgever of rechtspersoon.

Cranio Sacraal therapeut

Dit is een minimaal op hbo-niveau in de gezondheidszorg opgeleide behandelaar (niet-zijnde de eigen huisarts) die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals die door de RCN (Register Cranio Sacraal therapie Nederland) zijn gesteld. Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Dagbehandeling

Behandeling in een instelling met opname en ontslag op dezelfde dag.

DOT (Diagnose Behandeling Combinatie op weg naar Transparantie) en DBC-zorgproduct

DOT is het declaratiesysteem voor ziekenhuizen, dat op 1 januari 2012 in werking is getreden. De eenheden waarin wordt gedeclareerd worden DBC-zorgproducten genoemd. Deze DBC-zorgproducten zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld. Een DBC-zorgproduct vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten na een vast aantal dagen. Met betrekking tot de tarieven van zorgproducten is er een onderscheid in drie segmenten: een vast segment met vaste tarieven, een gereguleerd segment met maximum tarieven en een vrij onderhandelbaar segment waarbinnen de verzekeraars afspraken maken met de ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en vrijgevestigde extramuraal specialisten over de in rekening te brengen tarieven.

Diagnose Behandeling Combinatie in de GGZ (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijnszorg). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Dienstenstructuur

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

Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Drogisterijmiddel

Geneesmiddel dat zonder recept verkrijgbaar is bij apotheek of drogist maar geen homeopathisch geneesmiddel is. Bepalend is de lijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) die van kracht is op het moment van levering. Ook wel zelfzorgmiddel genoemd.

DSM IV-TR

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

Eigen bijdrage

Deel van de kosten van zorg of overige diensten waarvoor wettelijk is bepaald dat dit voor rekening van de verzekerde komt. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

EU- en EER-staat

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

Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg omvat advies of begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet of de terhandstelling van die geneesmiddelen, of farmaceutische zorg waarop de Wet inzake Bloedvoorziening van toepassing is.

Fleboloog/proctoloog

Een arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld de Benelux Vereniging voor Flebologie.

Fraude

Onder fraude wordt in ieder geval verstaan het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg) verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.

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 heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een voorziening waarin natale en postnatale zorg onder inhoudelijke regie van eerstelijns verloskundigen wordt geleverd. Een eerstelijns geboortecentrum wordt gekenmerkt door eigen huisvesting met een herkenbare fysieke uitstraling en met een directe en droge verbinding naar het ziekenhuis. Het kan een alternatief bieden voor de niet medisch geïndiceerde poliklinische bevalling.

Gebruikelijke zorg

Zorg en diensten waarvan de inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van deze maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Gecombineerde Leefstijlinterventie

Een programma gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering.

Gecontracteerde zorg

De zorg die Zorg en Zekerheid op basis van een zorgverzekering laat verlenen op basis van een tussen Zorg en Zekerheid en de zorgverlener of zorginstelling gesloten overeenkomst.

Generalistische Basis GGZ

Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek. De generalistische Basis GGZ wordt op basis van bijbehorende patiëntprofielen onderverdeeld in vier prestaties:

- a. Kort (BK);
- b. Basis GGZ Middel (BM);
- c. Basis GGZ Intensief (BI);
- d. Basis GGZ Chronisch (BC).

Geriatric fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als geriatric fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het Keurmerk Fysiotherapie.

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

Gespecialiseerde GGZ

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

Gezin

Twee gehuwden dan wel twee ongehuwden met of zonder ongehuwde kinderen, of een alleenstaande met één of meer ongehuwde kinderen, die aantoonbaar duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren.

Gezinslid

Persoon behorend tot het gezin als bedoeld in de voorgaande begripsomschrijving.

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GeZZondcheck

Met de geZZondcheck wordt uw gezondheid gemeten. Op basis van de resultaten krijgt u een persoonlijk advies over uw gezondheid en leefpatroon.

GVS-eigen bijdrage

Het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) is een onderdeel in de aansprakenregelingen van de Zorgverzekeringswet. Geneesmiddelen die in het GVS staan geregistreerd worden vanuit de basisverzekering door de zorgverzekeraars vergoed. Voor sommige geneesmiddelen betaalt de verzekerde een eigen bijdrage.

GGD-arts

Een arts die in opdracht van de Gemeentelijke Geneeskundige Gezondheidsdienst werkzaam is op terreinen zoals de volksgezondheid, forensische geneeskunde en de geneeskundige hulpverlening bij rampen e.d.

GGZ-instellingen

Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en als zodanig zijn toegelaten conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI).

Haptotherapeut

Een haptotherapeut met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die ook de aanvullende opleiding haptotherapie heeft voltooid. Een haptotherapeut moet voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria die worden gehanteerd door de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Herstellingsoord en Zorghotel

Instellingen die kortdurende intensieve behandeling bieden aan mensen met lichamelijke en/of psychosociale problemen, bij wie het dagelijks functioneren verstoord is en bij wie een ambulante behandeling niet of nog niet toereikend is.

(Klassiek) Homeopaat

Een (klassiek) homeopaat, die als (tand)arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding homeopathische geneeswijze heeft afgerond. Of een (klassiek) homeopaat met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg en een aanvullende opleiding in de homeopathie. Een (klassiek) homeopaat moet voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria van bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Hoofdverzekering

De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel basisverzekering of zorgverzekering genoemd.

Hospice

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

Huidtherapeut

Een huidtherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut', dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

Huisarts

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

Hulpmiddelen

De hulpmiddelen conform de zorgverzekering.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte van bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door Zorg en Zekerheid vastgestelde Reglement Hulpmiddelen inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

IVF-poging

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode inhoudende:

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

Jeugdarts

De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Kaakchirurg

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

Ketenzorg

De ketenzorg wordt geleverd bij een specifieke chronische aandoening (COPD, Astma, CVRM en Diabetes mellitus type 2). De zorg wordt door verschillende zorgverleners op een gecoördineerde wijze geleverd en is conform de vastgestelde zorgstandaard van de desbetreffende aandoening. Voor een overzicht van welke zorgaanbieders deelnemen aan de keten, kunt u terecht op onze website zorgenzekerheid.nl.

Kind

Ongehuwd eigen, adoptief of pleegkind tot 18 jaar.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het Keurmerk Fysiotherapie.

Kinderoefentherapeut

Een oefentherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en die als kinderoefentherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Kraambureau of kraamcentrum

Een instelling, bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door Zorg en Zekerheid als zodanig erkende instelling voor de levering van kraamzorg op het woonadres of de verblijfplaats van de verzekerde.

Kraamzorg

De zorg voor moeder en pasgeboren kind die thuis bij de verzekerde wordt verleend door een aan het kraambureau verbonden kraamverzorg(st)er, na een (telefonische) intake door het kraambureau of kraamcentrum.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een laboratorium, dat conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten.

Lactatiekundige

Een lactatiekundige die is aangesloten bij een beroepsgroep van lactatiekundigen en werkt volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Leefstijlcoach

De leefstijlcoach is een professional die mensen begeleidt bij het nemen van de regie over hun gezondheid en welzijn. De leefstijlcoach gaat hierbij expliciet uit van de definitie van positieve gezondheid. Doel is dat mensen een leven kunnen leiden waar ze zich goed bij voelen, met alle mogelijkheden en beperkingen die ze hebben.

Lichamelijke functiestoornissen

Van een lichamelijke functiestoornis is sprake bij bijvoorbeeld een bewegingsbeperking, gezichtsveldbeperking of doorgankelijkheid. Psychische en sociale functiestoornissen ten gevolge van een lichamelijke afwijking vormen geen indicatie voor vergoeding.

Logopedist

Een logopedist die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Manueel geneeskundige

Een manueel geneeskundige die als arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding Manuele geneeskunde heeft afgerond.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als manueel therapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het Keurmerk Fysiotherapie.

Mantelzorg

De zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten, familie, vrienden, kennissen en burens.

Marktconform bedrag

Voor zover het door de verlener van zorg in rekening gebrachte bedrag in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is.

(Medisch) adviseur

De (tand)arts, fysiotherapeut of andere deskundige die Zorg en Zekerheid in medische, fysiotherapeutische of andere aangelegenheden adviseert.

Medisch(e) noodzakelijk/noodzaak

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, voor zover vallend onder de dekking van deze polis. Eén en ander ter beoordeling door de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid.

Medisch noodzakelijke repatriëring

Het medisch noodzakelijke ziekenvervoer vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar een ziekenhuis, revalidatie-instelling of verpleeghuis in Nederland, voor zover er sprake is van verblijf in het buitenland zoals bedoeld in artikel 3 Buitenland.

Medisch noodzakelijke zorg in het buitenland

Medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland.

Medisch specialist

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

Model-Kwaliteitsstatuut GGZ

In het model-Kwaliteitsstatuut GGZ staat aangegeven wat zorgaanbieders in de GGZ moeten hebben geregeld op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg. Dit model is van kracht per 1-1-2017 voor alle aanbieders van generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ binnen de Zorgverzekeringswet.

Mondhygiënist

Een vrijevestigd mondhygiënist, die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', en bevoegdheid heeft op grond van artikel 4 van het Besluit functionele zelfstandigheid.

Natuurgeneeskundige

Een arts die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding natuurgeneeskunde heeft afgerond.

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als oedeemtherapeut staat geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het Keurmerk Fysiotherapie.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar/Mensendieck die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Ongeval

Een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht waarvan door Zorg en Zekerheid de aard en plaats geneeskundig is vast te stellen.

Opname

Opname in instelling, indien en zolang op medische gronden de verzekerde zorg uitsluitend in een instelling kan worden geboden.

Orthodontie

Een volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaarde behandeling of onderzoek behorend tot het specialisme dat wordt uitgeoefend door een orthodontist.

Orthodontist

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

Orthomoleculair geneeskundige

Een arts die is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding orthomoleculaire geneeskunde heeft afgerond.

Orthopedagoog

Een orthopedagoog die als orthopedagoog is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO).

Osteopaat

Een osteopaat met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg en die de aanvullende opleiding osteopathie heeft voltooid en staat geregistreerd in het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Overgangsconsulent(e)

Een overgangsconsulente met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg met een aantekening gynaecologie en die voldoet aan de kwaliteitscriteria van bijvoorbeeld de vereniging Care for Women.

Partner

De persoon met wie de verzekerde duurzaam samenwoont of is gehuwd en met wie de verzekerde een gemeenschappelijke huishouding voert.

Pedicure (medisch)

De pedicure dient opgenomen te zijn in het Kwaliteits Register voor Pedicures (KRP) of het Kwaliteitsregister voor Medisch Voetzorgverleners (KMV). Voor de basisverzekering dient een pedicure in het bezit te zijn van de aantekening 'voetverzorging bij diabetici'. Voor de aanvullende verzekering dient een pedicure in het bezit te zijn van een aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV) en/of 'voetverzorging bij reumapatiënten' (RV). Naast een basisvoetbehandeling is hij/zij gespecialiseerd in het geven van een voetbehandeling bij diabetici en/of reumapatiënten. Een medisch pedicure is een gespecialiseerde pedicure die alle vormen van complexe voetproblematieken van cliënten kan behandelen.

Persoonsregistratie

Een samenhangende verzameling van op verschillende personen betrekking hebbende persoonsgegevens, die langs geautomatiseerde weg wordt bijgehouden of - met het oog op - een doeltreffende raadpleging van die gegevens, systematisch is aangelegd.

Physician assistant (PA)

Een physician assistant dient een afgeronde erkende opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg te hebben en ten minste twee jaar werkervaring in de directe patiëntenzorg. Een physician assistant (PA) kan zelfstandig taken van de arts overnemen, bijvoorbeeld het afnemen van een anamnese, het opstellen van een behandelplan, maar ook heelkundige handelingen zoals operaties, pacemakerimplantaties, endoscopieën, zenuwblokkades en het plaatsen van een centraal veneuze katheter (CVC).

Podoposturale therapeut

Een podoposturale therapeut die een opleiding op mbo/hbo-niveau in de gezondheidszorg heeft afgerond en die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld het Omni Podo Genootschap.

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Psychosomatisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als psychosomatisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het Keurmerk Fysiotherapie.

Psychosomatisch oefentherapeut

Een oefentherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en die als psychosomatisch oefentherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Psychotherapeut

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

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar in de voorwaarden psychiater staat kan ook zenuwarts worden gelezen.

Rationele Farmacotherapie

Rationele farmacotherapie is een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur. Daarbij geldt tevens dat het geneesmiddel het meest economisch is voor de zorgverzekeraar en patiënt.

Redelijke afstand

Redelijke afstand tot gecontracteerde zorg in een vastgestelde straal in kilometers vanuit de woonplaats van de verzekerde. Een lijst met redelijke afstanden met betrekking tot de diverse vormen van zorg wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid. U kunt voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

Regiebehandelaar

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

Registerpodoloog

Een podoloog die een opleiding op mbo/hbo-niveau in de gezondheidszorg heeft afgerond en die voldoet aan de eisen van bijvoorbeeld de Stichting LOOP.

Reglement Farmaceutische Zorg

Het Reglement Farmaceutische Zorg is op te vragen bij Zorg en Zekerheid en te vinden op zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Reglement Hulpmiddelen

Het Reglement Hulpmiddelen is op te vragen bij Zorg en Zekerheid en te vinden op zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatie technische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een bij of krachtens de bij Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Schoonheidsspecialist

Een schoonheidsspecialist met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die de aanvullende opleidingen van bijvoorbeeld de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) heeft voltooid.

Second opinion

Het vragen van een beoordeling door een tweede, onafhankelijke arts, over een door uw arts gestelde diagnose/ voorgestelde behandeling. De volgende voorwaarden gelden:

- de artsen moeten werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied;
- u moet met de second opinion terugkeren naar de eerste behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- er moet sprake zijn van een verwijzing voor een second opinion door de behandelaar.

Shiatsu-therapeut

Een therapeut met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die voldoet aan de eisen van bijvoorbeeld de Vereniging voor IOKAI Shiatsu (VIS). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

Specialistische hulp

Hulp of onderzoek dat volgens de algemeen aanvaarde medische normen tot het specialisme behoort waarvoor de medisch specialist is ingeschreven en dat als gebruikelijke behandeling of onderzoek kan worden aangemerkt.

Standaard kraampakket

Een kraampakket waarin alle noodzakelijke hulpmiddelen voor de bevalling en de kraamtijd zijn opgenomen.

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Tandtechnicus

Een tandtechnicus, die bij een tandtechnisch laboratorium tandtechnische werkstukken vervaardigt.

U/de verzekerde

Degene voor wie de verzekeringsovereenkomst is aangegaan en die als verzekerde bij Zorg en Zekerheid is ingeschreven.

Uitgebreid kraampakket

Een kraampakket dat naast alle noodzakelijke hulpmiddelen voor de bevalling en de kraamtijd een aantal nuttige extra's bevat.

Verblijf

Verblijf gedurende tenminste 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, andere 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, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verminking

Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming die in het dagelijks leven meteen opvalt. Deze misvorming moet het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundig verrichting.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist

Een verpleegkundige geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet BIG met de specialisatie verpleegkundig specialist acute, chronische, preventieve of intensieve zorg bij somatische aandoeningen of geestelijke gezondheidszorg.

Verzekerde

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

Verzekering

De door de verzekeringsovereenkomst geregelde rechtsverhouding.

Verzekeringsduur

Duur van de verzekering dat men in totaal aansluitend bij Zorg en Zekerheid verzekerd is.

Verzekeringnemer

Degeene die de verzekeringsovereenkomst met Zorg en Zekerheid is aangegaan.

Verzekeringsjaar

De op het polisblad omschreven periode en elke daaropvolgende aaneengesloten periode van 12 maanden.

Verzekeringsovereenkomst

De overeenkomst van verzekering gesloten tussen een verzekeringnemer en de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Welzijnsorganisatie

Een non-profit organisatie die zich richt op het verbeteren en het stimuleren van de gezondheid (anders dan voor recreatieve doeleinden) door hulpverlening, het geven van cursussen en door het houden van voorlichtingsbijeenkomsten, allen in groepsverband.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wij/ons/Zorg en Zekerheid

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

Wijkverpleging

Verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmg-tarief

Het tarief zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet Marktordening Gezondheidszorg.

Zelfzorgmiddel

Geneesmiddel dat zonder recept verkrijgbaar is bij apotheek of drogist, maar geen homeopathisch geneesmiddel is. Bepalend is de lijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) die van kracht is op het moment van levering. Ook wel drogisterijmiddel genoemd.

Ziekenhuis

Een centrum voor medisch specialistische zorg dat volgens de regels van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als ziekenhuis of ZBC is toegelaten.

Zintuigelijk gehandicapt

Iemand met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

Zittend ziekenvervoer

Het vervoer per openbaar vervoer, auto of taxi anders dan in een ambulance waar verzekerden, ingevolge de Zorgverzekeringswet aanspraak op kunnen maken.

Zorghotel en herstellingsoord

Instellingen die kortdurende intensieve behandeling bieden aan mensen met lichamelijke en/of psychosociale problemen, bij wie het dagelijks functioneren verstoord is en bij wie een ambulante behandeling niet of nog niet toereikend is. Eerstelijnsverblijf valt hier niet onder.

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 aanbiedt, verder te noemen Zorg en Zekerheid.

Zorgverzekering

De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel basisverzekering of hoofdverzekering genoemd.

Zorgzwaartepakket (ZZP)

Een zorgzwaartepakket (ZZP) is een pakket van zorg dat aansluit op uw persoonlijke kenmerken en de zorg die u nodig hebt. Het omvat wonen, zorg, behandeling en diensten en mogelijk dagbesteding. Er zijn verschillende ZZP's te onderscheiden met of zonder dagbesteding. De hoogte van het ZZP geeft aan waar u recht op hebt. De zorg dient te voldoen aan de omschrijving vanuit de regelgeving van één van de hiertoe gedefinieerde ZZP's voor Langdurige GGZ. Voor een volledige beschrijving van alle zorg die onder een ZZP valt, verwijzen wij u naar de website van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Rubriek A

Algemene voorwaarden

Artikel 1 Algemene bepalingen

1.1 Grondslag van de zorgverzekering

Deze zorgverzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de bijbehorende toelichtingen van onderdelen a, b en c;
- e. de gegevens die u bij het afsluiten van de verzekering aan ons heeft doorgegeven.

De zorgverzekeringsovereenkomst is vastgelegd in uw zorgpolis en deze polisvoorwaarden. Op het polisblad worden de verzekerde(n) en de gesloten zorgverzekering(en) vermeld. Wanneer wij uw aanvraag hebben verwerkt ontvangt u zo snel mogelijk uw verzekeringsbewijs in de vorm van een polisblad en verzekeringspas. In het vervolg ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuw polisblad.

Op vertoon van uw verzekeringspas kunt u zorg, waarop u op basis van deze polis recht heeft, ontvangen door een door Zorg en Zekerheid daartoe gecontracteerde zorgverlener (zie artikel 1.5). In de zorg geldt daarnaast de identificatieplicht.

Op deze verzekering is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. De Zvw, het Besluit zorgverzekeringen en de Regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen van deze zorgverzekeringsovereenkomst.

1.2 Voor wie

Deze zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die in Nederland of in het buitenland wonen. De aanspraak op zorg en de vergoeding van de kosten van zorg geldt voor alle verzekerden woonachtig in Nederland en voor de in het buitenland wonende verzekerden.

1.3 Vorm van de zorgverzekering

De Zorg Gemak Polis is een naturaverzekering van Zorg en Zekerheid. Dit betekent dat u op basis van deze zorgverzekering recht heeft op zorg in natura. Met zorg in natura bedoelen wij dat u zorg ontvangt van een door ons gecontracteerde zorgverlener.

De Zorg Gemak Polis is daarnaast een online verzekering. Als u deze verzekering heeft afgesloten, heeft u toestemming verleend voor het uitsluitend digitaal ontvangen van de polis en overige correspondentie (zoals declaratiespecificaties en facturen) van Zorg en Zekerheid. Alle communicatie tussen u en Zorg en Zekerheid verloopt online.

1.4 Inhoud en omvang van de zorgverzekering

U heeft recht op zorg, of de vergoeding van kosten van zorg, zoals omschreven in deze polisvoorwaarden als u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Wanneer dit ontbreekt, wordt de inhoud en omvang van de zorg bepaald door wat binnen het betreffende vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

1.5 Wie mag de zorg verlenen

1.5.1 Gecontracteerde zorgverlener

Zorg in natura wordt verleend door een zorgverlener waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: dit heet een gecontracteerde zorgverlener.

Wanneer u zorg omschreven in rubriek B nodig heeft kunt u zich richten tot een door Zorg en Zekerheid gecontracteerde zorgverlener. Een overzicht met gecontracteerde zorgverleners vindt u op zorgzekerheid.nl/zorgzoeker. Ook kunt u contact met ons opnemen via telefoonnummer (071) 5 825 825 of bezoek één van onze winkels.

De gecontracteerde zorgverlener ontvangt de vergoeding van de kosten van de geleverde zorg rechtstreeks van ons.

Voor de zorg genoemd in Rubriek B sluit Zorg en Zekerheid met zorgverleners contracten. In deze overeenkomsten maken wij afspraken over prijs, kwaliteit, doelmatigheid, de wijze van declareren en de voorwaarden waaronder zij de zorg kunnen verlenen.

1.5.2 Niet-gecontracteerde zorgverlener

Kiest u ervoor om naar een zorgverlener te gaan waarmee wij voor de zorg omschreven in Rubriek B geen overeenkomst hebben gesloten (een niet-gecontracteerde zorgverlener)? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten van uw behandeling zelf moet betalen. U vindt onder iedere zorgaanspraak in Rubriek B wat de vergoeding is.

Op zorgzekerheid.nl/zorgzoeker vindt u met welke zorgverleners wij een overeenkomst hebben gesloten. De maximale vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg vindt u per zorgvorm op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

1.6 Tijdige zorgverlening

Wanneer een gecontracteerde zorgverlener de benodigde zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heeft u aanspraak op zorgbemiddeling van ons geZZondteam. Wij kunnen u dan toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgverlener te gaan. De kosten van deze zorg worden in dat geval, nadat wij de nota hebben ontvangen, met in achtneming van de polisvoorwaarden, vergoed. Wij vergoeden de kosten tot maximaal op basis van het op dat moment vastgestelde Wmg-(maximum)tarief (Wet Marktverordening Gezondheidszorg). Wanneer er geen Wmg-(maximum)tarief is vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland marktconforme bedrag.

GeZZondteam

Het Zorg en Zekerheid geZZondteam adviseert u bij welke zorgverlener u terecht kunt voor uw zorgvraag. Of bemiddelt voor u wanneer u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een ziekenhuisopname of bezoek aan een polikliniek. Meer informatie over het geZZondteam vindt u op zorgzekerheid.nl/gezzondteam.

Onder niet of niet-tijdige zorg van een gecontracteerde zorgverlener verstaan wij ook:

- a. zorg die niet binnen een redelijke afstand van uw woonplaats kan plaatsvinden;
- Of;
- b. in de nabijheid van de woonplaats er geen kwalitatieve en verantwoorde zorg verleend kan worden.

Voor het vaststellen van het tijdstip van tijdige zorgverlening gaan wij uit van medische inhoudelijke factoren, en zo nodig algemene, maatschappelijk aanvaarde wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7 Opname in een ziekenhuis

Wij vergoeden bij een opname in een ziekenhuis alleen het laagste klasse-tarief. In Nederland kunt u hiermee altijd terecht in een ziekenhuis.

Voorbeeld

Wanneer een ziekenhuis twee verschillende tarieven hanteert; bijvoorbeeld een 2e en 1e klasse tarief. Dan vergoeden wij alleen het laagste tarief, in dit voorbeeld 2e klasse. Het verschil in klasse zit bijvoorbeeld in het aantal patiënten op een kamer. In Nederland komt het niet vaak voor dat ziekenhuizen twee verschillende tarieven hanteren, maar in het buitenland wel.

1.8 Begin en einde van uw aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg

Als u op grond van de polisvoorwaarden aanspraak heeft op zorg of recht heeft op vergoeding van de door u gemaakte kosten van zorg, geldt dit uitsluitend als u deze zorg heeft ontvangen tijdens de looptijd van deze zorgverzekering. De datum die door de zorgverlener wordt opgegeven als datum waarop de zorg is geleverd, is bepalend voor de beoordeling aan welk kalenderjaar wij de gedeclareerde kosten toerekenen. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgverlener één declaratie indient, dan is de startdatum van de behandeling bepalend voor het recht op vergoeding.

1.9 Schriftelijke toestemming, verwijzing of voorschrift

1.9.1 Schriftelijke toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u van ons schriftelijke toestemming nodig voordat u recht heeft op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. In Rubriek B van deze voorwaarden is bij iedere zorgvorm aangegeven of u schriftelijke toestemming nodig heeft. Dit geldt zowel voor gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg (tenzij hiervan wordt afgeweken in deze polisvoorwaarden).

Heeft u schriftelijke toestemming van een zorgverzekeraar en stapt u over naar ons? Dan blijft de toestemming geldig tot de einddatum die op de toestemming staat aangegeven. De vergoeding vindt plaats zoals beschreven in deze polisvoorwaarden.

Voorbeeld

U bent per 1 januari 2019 overgestapt naar ons. U heeft van uw vorige zorgverzekeraar een schriftelijke toestemming voor plastische chirurgie ontvangen. De uiterste datum van deze toestemming is 23 maart 2019. Als u voor deze datum uw behandeling ondergaat, hoeft u geen toestemming te vragen aan ons.

1.9.2 **Tijdig aanvragen van toestemming**

De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht toestemming van Zorg en Zekerheid, zoals vereist voor een aantal behandelingen, verstrekkingen en instellingen, vooraf op een zodanig tijdstip aan te vragen dat Zorg en Zekerheid de gelegenheid heeft alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zo nodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.

1.9.3 **Niet nakomen van verplichting**

Bij niet nakoming van de verplichting geformuleerd in 1.9.2, komen de eventuele (financiële) gevolgen in beginsel voor rekening van de verzekerde. Dit laat onverlet dat deze verzekerde in beginsel geen recht heeft op zorg dan wel behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden, als de vereiste toestemming (nog) niet is verleend door Zorg en Zekerheid.

1.9.4 **Verwijzing of voorschrift**

Het kan ook zijn dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op deze zorg. In Rubriek B van deze voorwaarden is bij iedere zorgvorm aangegeven of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft. Voor acute zorg (zorg die niet uitgesteld kan worden) heeft u geen verwijzing nodig.

1.10 **Vergoeding van kosten van andere vormen van zorg**

In sommige gevallen kan het zijn dat u aanspraak kan maken op vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan vermeld in deze polisvoorwaarden. Dit kan wanneer de betreffende behandeling is aangemerkt als algemeen aanvaard en tot een vergelijkbaar resultaat leidt en niet is uitgesloten door de wet. Voor een dergelijke behandeling heeft u vooraf toestemming nodig.

1.11 **Terugbetalen**

Het kan zijn dat wij meer uitbetalen dan waarop u volgens deze overeenkomst recht heeft. U verleent ons door het aangaan van de zorgverzekering op voorhand een volmacht tot incasso op onze naam. Deze volmacht heeft betrekking op wat u teveel aan de zorgverlener heeft betaald.

1.12 **Wanneer verjaart een nota**

Uw recht op vergoeding van de kosten van zorg verjaart in principe na verloop van drie jaar na aanvang van de dag, volgend op de dag dat de zorg is geleverd. U kunt verjaring voorkomen door binnen deze drie jaar schriftelijk aan ons mede te delen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op deze vergoeding.

1.13 **Mededelingen**

Mededelingen gericht aan uw laatst bij ons bekende adres en/of e-mailadres, worden geacht u te hebben bereikt.

Artikel 2 Begin, looptijd en einde van de zorgverzekering

2.1 **Vanaf wanneer bent u verzekerd**

Uw zorgverzekering en/of die van de door u medeverzekerde personen gaat in principe in op de dag waarop wij het volledig ingevulde aanvraag(formulier) hebben ontvangen. De ingangsdatum van de zorgverzekering staat op het polisblad.

2.1.1 Het kan zijn dat wij uit het ingevulde aanvraagformulier niet kunnen afleiden of wij verplicht zijn met u en/of een van de door u op uw aanvraag(formulier) vermelde perso(o)nen een zorgverzekering af te sluiten. Wij vragen dan om aanvullende informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering af te sluiten voor u en/of deze perso(o)nen. De zorgverzekering gaat dan in op de datum dat wij alle aanvullende informatie hebben ontvangen, tenzij artikel 2.1.2 van toepassing is.

2.1.2 Als de zorgverzekering wordt aangevraagd binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht, dan hanteren wij als ingangsdatum de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan. Bij de geboorte van uw kind is het dus van belang dat u uw kind binnen vier maanden bij ons verzekert. Uw kind is dan vanaf de geboorte verzekerd. Wanneer de aanmelding van uw pasgeborene(n) niet binnen vier maanden is ontvangen door ons, gaat de zorgverzekering pas in per meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum.

2.1.3 Uw zorgverzekering gaat in met terugwerkende kracht tot en met de dag waarop de vorige zorgverzekering is geëindigd, onder voorwaarde dat de periode tussen de einddatum van de eerdere zorgverzekering en uw nieuwe zorgverzekering niet meer dan een maand bedraagt. De werking van terugwerkende kracht onder deze voorwaarde geldt alleen in de volgende gevallen:

- de vorige zorgverzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari;
- door wijziging van de voorwaarden ten nadele van de verzekerde;
- door wijziging van de grondslag van de premie ten nadele van de verzekerde.

2.1.4 Als u al een andere zorgverzekering heeft op de dag zoals bedoeld in 2.1, dan gaat de zorgverzekering in op de door u aangegeven datum, mits deze in de toekomst ligt.

2.2 Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen

Als verzekeringnemer kunt u de zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar. Wij moeten van u dan wel een opzegging hebben ontvangen uiterlijk 31 december van het voorgaande jaar. Ontvangen wij dit niet, dan verlengen wij de zorgverzekering(en) stilzwijgend met de duur van één jaar. Heeft u opgezegd uiterlijk 31 december dan eindigt de zorgverzekering per 1 januari van het daaropvolgend jaar en heeft u tot 1 februari de tijd om een andere zorgverzekering af te sluiten. Deze nieuwe zorgverzekering gaat dan met terugwerkende kracht in vanaf 1 januari.

Opzeggen kan ook via de opzegservice van Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de zorgverzekeraar van uw nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om uw huidige zorgverzekering(en) op te zeggen en bij de nieuwe zorgverzekeraar een zorgverzekering af te sluiten. Ook hier geldt dat u voor 31 december een andere zorgverzekering moet hebben aangevraagd.

2.2.1 Tussentijds uw verzekering opzeggen

U kunt als verzekeringnemer de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen wanneer:

- u iemand anders dan uzelf heeft verzekerd en deze verzekerde een andere verzekering heeft afgesloten op grond van de Zorgverzekeringswet. Denk hierbij aan het bereiken van de 18 jarige leeftijd van uw kind. De huidige zorgverzekering moet dan wel binnen 30 dagen worden opgezegd.

Opzegging bij 18e verjaardag

Wordt uw kind 18 jaar? Dan kan u zijn of haar verzekering tussentijds opzeggen. Uw kind moet dan zelf een zorgverzekering afsluiten.

Als u de zorgverzekering opzegt en deze is door ons ontvangen voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering, dan beëindigen wij de verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Ontvangen wij de opzegging later? Dan is de ingangsdatum de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen. U bent desgevraagd gehouden bewijsstukken te overleggen waaruit blijkt dat de verzekerde elders een zorgverzekering heeft;

- u geen gebruik meer kunt maken van de collectieve overeenkomst van uw werkgever vanwege een nieuw dienstverband en u kunt deelnemen aan een nieuwe collectieve overeenkomst bij uw nieuwe werkgever. U moet uw zorgverzekering dan wel opzeggen binnen 30 dagen na uw indiensttreding. U bent desgevraagd gehouden bewijsstukken te overleggen waaruit blijkt dat u van collectieve overeenkomst switcht;
- wij de premie- en/of voorwaarden aanpassen zoals beschreven in artikel 2.8.2;
- u van de zorgautoriteit een mededeling heeft ontvangen dat wij een aanwijzing van de zorgautoriteit hebben gekregen vanwege het niet voldoen aan, of een boete opgelegd hebben gekregen vanwege overtreding van, artikel 15f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. U kunt alleen opzeggen binnen 6 weken nadat u een mededeling als bedoeld in dit artikel onder d ontvangen heeft. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop u heeft opgezegd.

2.3 Wanneer kunt u de zorgverzekering niet opzeggen

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand van de verschuldigde premie, dan kunt u de zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet zijn voldaan. Dit kan wel als wij de dekking van de zorgverzekering hebben geschorst of binnen twee weken de opzegging hebben bevestigd.

2.4 Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen

Wij kunnen uw zorgverzekering alleen beëindigen in de volgende situaties:

- a. als er sprake is van het niet op tijd betalen van de premie en eventuele incassokosten, zoals omschreven in artikel 3.4 'Achterstand in betalen';
- b. als er sprake is van fraude zoals omschreven in artikel 4.5;
- c. als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de zorgverzekering uit de markt halen.

2.5 Wanneer kunnen wij de dekking van uw verzekering schorsen

Wij kunnen de dekking van uw zorgverzekering schorsen als er sprake is van het niet op tijd betalen van de premie en eventuele incassokosten, zoals omschreven in artikel 3.4 'Achterstand in betalen'.

2.6 Wanneer eindigt uw verzekering van rechtswege

De zorgverzekering kan ook eindigen van rechtswege. In de volgende situaties eindigt de zorgverzekering van rechtswege met ingang van de dag volgend op de dag waarop:

- a. wij geen zorgverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, is gewijzigd of ingetrokken. U ontvangt uiterlijk twee maanden van te voren bericht van ons onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt;
- b. de verzekerde overlijdt (u moet dit binnen 30 dagen aan ons doorgeven);
- c. de verzekeringsplicht eindigt;
- d. u een militair in werkelijke dienst wordt.

U bent als verzekeringnemer verplicht ons zo snel mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde, het einde van de verzekeringsplicht of indiensttreding als militair in werkelijke dienst. Eventueel teveel betaalde premie wordt aan u terugbetaald of verrekend met door ons betaalde zorgkosten voor zorg waarop u geen recht meer had. Indien in dat geval door ons meer zorgkosten zijn betaald, dan u terugkrijgt aan premie, brengen wij deze kosten bij u in rekening.

2.7 Zorgverzekering van onverzekerden

Als u bij ons verzekerd bent op grond van artikel 9d lid 1 Zvw (Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering), dan kunt u deze zorgverzekering vernietigen. Dit doet u door binnen twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het Centraal Administratiekantoor (CAK) u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de zorgverzekering ongedaan te kunnen maken, moet u aan ons en het CAK kunnen aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest op grond van een andere zorgverzekering. Hierbij gaat het om de periode zoals omschreven in artikel 9d lid 1 van de Zvw.

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

U kunt de zorgverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zvw niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijken wij af van artikel 7 van de Zvw, uitzondering hierop is het derde lid van dat artikel, als dit van toepassing is kunt u wel uw zorgverzekering opzeggen.

2.8 Wijziging van de premie(grondslag) en voorwaarden

2.8.1 Aanpassing van premie en voorwaarden

Wij hebben het recht om de voorwaarden en/of de grondslag van de premie van de zorgverzekering op elk moment van het jaar en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Als wij dit doen, zullen wij u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de voorwaarden of premiegrondslag gaat niet eerder in dan zes weken na de dag waarop wij u hierover hebben bericht.

2.8.2 Recht van opzegging

Wijzigen wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel? Dan heeft u het recht om uw verzekering op te zeggen binnen zes weken nadat wij u hebben geïnformeerd over de wijziging. U moet ons hiervan schriftelijk en aangetekend op de hoogte stellen. Het recht van opzegging geldt niet wanneer de wijziging van voorwaarden en/of premiegrondslag het gevolg is van een wijziging van de gestelde regels binnen de artikelen 11 tot en met 14 van de Zvw.

Ontvangen wij voor de dag dat de nieuwe voorwaarden en/of premiegrondslag van kracht zijn geen schriftelijk bericht van opzegging, dan zullen wij de zorgverzekering voortzetten met toepassing van de nieuwe voorwaarden.

2.9 Onrechtmatige inschrijving

- a. als ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had of vanaf enig moment niet meer heeft, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen verzekeringsplicht (meer) bestaat;
- b. wij zullen de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (meer) bestaat, verrekenen met de door u sindsdien voor rekening van Zorg en Zekerheid genoten zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen.

Artikel 3 Premie en eigen risico

3.1 Premiegrondslag

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. Uw eventuele premiekorting vindt u op uw polisblad.

3.1.1 Berekening van de premie

Grondslag van de premie	€ ,-- -
<u>Korting vrijwillig gekozen eigen risico</u>	<u>€ ,-- -</u>
Subtotaal	
<u>Korting betaaltermijnen (% tussenresultaat)</u>	<u>€ ,-- -</u>
Te betalen premie	€ ,-- -

3.2 Wie betaalt de premie

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Een verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, hoeft geen premie te betalen. Premie is pas verschuldigd op de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. In geval van overlijden van een verzekerde is er premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden.

Voorbeeld

Iemand die op 2 februari 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 maart.

De verzekeringnemer is verplicht de premie vooraf te betalen en bijdragen te betalen, die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke bepalingen of regelingen, voor alle verzekerden. Hierbij kan gekozen worden voor maand, kwartaal, half jaar of jaar betaling.

De premie van de Zorg Gemak Polis kan alleen door middel van automatische incasso worden betaald. Wanneer u ervoor kiest om per half jaar of jaar te betalen, ontvangt u een korting van 1% (bij half jaar) of 2% (bij jaar) over de verschuldigde premie.

3.3 Te ontvangen vergoeding verrekenen met uw premie

Het is niet toegestaan om uw te betalen premie te verrekenen met de vergoedingen die u nog van ons tegoed heeft.

Wanneer een wijziging van uw verzekering plaatsvindt, in de loop van de maand, dan hebben wij het recht de premie met ingang van de eerste dag van de daarop volgende maand te (her)berekenen of aan u terug te betalen.

In het geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening of terugbetaling van de premie plaats met ingang van de dag volgende op de dag van overlijden.

3.4 Achterstand in betalen

Als u de premie, verplicht/vrijwillig eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of wettelijke bijdragen, niet op tijd (terug)betaalt, dan ontvangt u van ons een aanmaning. Bij ontvangst van deze aanmaning heeft u 30 dagen om deze te betalen. Als u niet betaalt binnen de gestelde termijn, dan heeft u geen recht op (vergoeding van kosten voor) medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de eerste dag waarop uw betaling uiterlijk binnen had moeten zijn.

3.4.1 Als u een betalingsachterstand heeft van twee maandpremies, dan bieden wij u een betalingsregeling aan. Dit doen wij uiterlijk binnen 10 werkdagen nadat wij de betalingsachterstand hebben vastgesteld.

- 3.4.2 Als u een betalingsachterstand heeft van vier maanden, dan ontvangt u van ons zo spoedig mogelijk de mededeling dat wij voornemens zijn over te gaan tot melding bij het CAK, zoals bedoeld in artikel 18c van de Zvw. Zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt gaan wij de melding ook daadwerkelijk doen. Tenzij u binnen vier weken na mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte ervan te betwisten.
- 3.4.3 Wanneer wij ons standpunt na uw betwisting handhaven, kunt u binnen vier weken na ontvangst van deze mededeling een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of een burgerlijk rechter voorleggen. Wanneer uw betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18.b.3 Zvw).
- 3.4.4 Als u een betalingsachterstand heeft van zes maanden of meer, dan melden wij u aan bij het CAK. Dit doen wij onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie en de voor de uitvoering van artikel 34a van de Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van u als verzekeringnemer en van de eventuele verzekerden. Wij doen geen melding als u:
- de premieachterstand op tijd heeft betwist en wij ons standpunt nog niet aan u kenbaar hebben gemaakt;
 - de in het artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn nog niet is verstreken;
 - op tijd een geschil heeft voorgelegd aan de SKGZ of een burgerlijk rechter, en op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoont dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden heeft gesloten.
- 3.4.5 Wij stellen het CAK meteen op de hoogte van de datum waarop:
- de schulden voortvloeiend uit de zorgverzekering volledig zijn of zullen zijn voldaan of tenietgaan;
 - de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
 - een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zvw (dit is een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van de schulden van de verzekeringnemer). Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u als verzekeringnemer en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan deze schuldregeling moet, naast u als verzekeringnemer minstens wij als zorgverzekeraar deelnemen.
- 3.4.6 Als wij een incassobureau inschakelen voor de incasso van onze vordering, dan komen alle kosten van invordering voor uw rekening. Zowel de gerechtelijke als buitengerechtelijke kosten. Het bedrag van de buitengerechtelijke kosten is met ingang van 1 juli 2012 vastgesteld op een minimum bedrag van € 40,00. De buitenrechtelijke kosten bent u verschuldigd vanaf het moment waarop u in gebreke bent.
- 3.4.7 U heeft weer recht op (vergoeding van de kosten voor) zorg op de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de kosten hebben ontvangen.
- 3.5 **Verplicht eigen risico**
- 3.5.1 **Hoogte van het verplicht eigen risico**
- Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385,00 per kalenderjaar. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks vastgesteld door de overheid en geldt per verzekerde.
- Het verplicht eigen risico houdt in dat u de kosten van verzekerde zorg tot dit bedrag zelf moet betalen. Het gaat hierbij om kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Net als de premie kunt u het verplicht eigen risico alleen via automatische incasso betalen.

Voorbeeld

Denk hierbij bijvoorbeeld aan een opname in een ziekenhuis waarbij wij de kosten vergoeden van de opname. U ontvangt van ons vervolgens een rekening voor het betalen van uw verplicht eigen risico en eventueel vrijwillig eigen risico.

- 3.5.2 **Voor welke zorg geldt het verplicht eigen risico**
- Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:
- huisartsenzorg, let u hierbij op dat bijvoorbeeld geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Ditzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek (bijvoorbeeld bij bloedonderzoek) dat samenhangt met de huisartsenzorg. Wanneer dit laboratoriumonderzoek op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd, dan geldt het verplicht eigen risico. De

consultatiekosten in het kader van het project NEXT door een psychiater vallen wel buiten het eigen risico;

- b. de directe kosten van kraam- en verloskundige zorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg vallen wel onder het eigen risico. U kunt hierbij denken aan ambulancevervoer, geneesmiddelen en onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
- c. anticonceptie voor verzekerden vanaf 18 tot en met 20 jaar;
- d. verpleging en verzorging (wijkverpleging) omschreven in Rubriek B artikel 21 en 27.1;
- e. vervoer van een donor, indien de donor een zorgverzekering heeft afgesloten en de kosten ten laste van diens zorgverzekering komen. In dat geval vergoeden wij de laagste klasse van het openbaar vervoer. Als er een medische noodzaak is voor vervoer met de auto, vergoeden wij de kosten van het vervoer per auto;
- f. nacontroles van de donor nadat de periode omschreven in artikel 9 opsommingstekes 4, is verstreken;
- g. behandeling op basis van een diagnose knie- of heupoperatie in een door ons geselecteerd ziekenhuis. De lijst met ziekenhuizen die wij hebben geselecteerd vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker;
- h. medicijnen die in het Reglement Farmaceutische zorg door ons zijn aangewezen als voorkeursgeneesmiddelen. Houdt u er wel rekening mee dat de zorgverlening van de apotheek, bijvoorbeeld terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van het eigen risico. Zie ook in Rubriek B artikel 19;
- i. de medicijncheck door een apotheker;
- j. gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening voor chronische aandoeningen, zogenaamde ketenzorg. Uitzondering hierop is buiten de ketenzorg;
- k. de door ons goedgekeurde programma's Stoppen met roken (exclusief medicatie), deze vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker;
- l. de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI).

3.5.3 Vanaf wanneer gaat het verplicht eigen risico in

Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar? Dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend zoals omschreven in artikel 3.5.4.

3.5.4 Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de verzekering niet start of eindigt op 1 januari, i.v.m. het bereiken van de 18 jarige leeftijd of om een andere reden, dan berekenen wij het eigen risico voor het betreffende kalenderjaar als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar zal lopen of heeft gelopen}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

De hoogte van het bedrag wordt afgerond in hele euro's.

Voorbeeld

De verzekering gaat in op 1 november van een kalenderjaar i.v.m. het bereiken van de 18 jarige leeftijd. Wij berekenen de hoogte dan tot 1 januari van het daarop volgende kalenderjaar.

Dit zijn 61 dagen. Een kalenderjaar telt 365 dagen (uitzondering schrikkeljaar).

Het eigen risico is: € 385,00 x 61 gedeeld door 365 is € 64,34 en wordt afgerond op € 64,00.

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

Wordt een behandeling gedeclareerd in een zogeheten DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct? Dan worden deze kosten in mindering gebracht op het verplicht eigen risico van het kalenderjaar waarin de DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct is geopend.

3.5.6 Betaling van het verplicht eigen risico

Als wij de kosten voor uw behandeling rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, zullen wij, als dit er is, het nog openstaande verplicht eigen risico verrekenen of terugvorderen. Wanneer wij terugvorderen ontvangt u van ons hierover een schriftelijk verzoek tot betaling binnen 14 dagen of een bericht waarin wij aangeven dat wij het terug te vorderen bedrag binnen 14 dagen zullen incasseren.

Wij vergoeden uitsluitend de kosten die boven het bedrag uitkomen van het verplicht eigen risico en eventueel vrijwillig eigen risico. Het verplicht eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerde pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

3.6 Vrijwillig eigen risico

3.6.1 Wat is vrijwillig eigen risico

Als verzekeringnemer kunt u bij een zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico, mits de verzekerde 18 jaar of ouder is. U kunt dan kiezen uit een vrijwillig eigen risico van € 0,00 of € 500,00 per kalenderjaar. Het gekozen vrijwillig eigen risico staat op uw polisblad.

Bij het vrijwillig eigen risico moet u de kosten of vergoeding van zorg zelf betalen tot het gekozen bedrag. Dit bedrag komt dus nog bovenop het verplicht eigen risico uit artikel 3.5.1. Bij betaling van zorgkosten waarvoor een eigen risico van toepassing is wordt altijd eerst het verplicht eigen risico aangesproken daarna volgt het vrijwillig eigen risico. Ook het vrijwillig eigen risico kunt u alleen betalen via automatische incasso.

In ruil voor het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een bijbehorende korting op uw premie. Voor de korting met betrekking tot het vrijwillig eigen risico kunt u de offertemodule op zorgenzekerheid.nl raadplegen.

3.6.2 Voor welke zorg geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico geldt voor de zorg waarop het verplicht eigen risico van toepassing is (zie artikel 3.5.2).

Uitzondering hierop is artikel 3.5.2 onder g (behandeling op basis van een diagnose knie- of heupoperatie in een door ons geselecteerd ziekenhuis). Daarvoor geldt geen verplicht eigen risico, maar wel het vrijwillig eigen risico.

3.6.3 Wanneer kunt u het gekozen vrijwillig eigen risico wijzigen

U kunt het gekozen vrijwillig eigen risico alleen wijzigen per 1 januari van het nieuwe kalenderjaar. U kunt het vrijwillig eigen risico dus niet met terugwerkende kracht aanpassen van bijvoorbeeld € 500,00 naar € 100,00.

Wij moeten uw wijziging uiterlijk 31 december van het voorafgaande kalenderjaar hebben ontvangen om de wijziging per 1 januari van het nieuwe kalenderjaar in te laten gaan. Dit kunt u doen via MijnZZ.nl, telefonisch via 071 – 5 825 825 of bezoek een van onze winkels.

3.6.4 Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

Als de zorgverzekering gedurende het jaar aanvangt of eindigt, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico voor het betreffende kalenderjaar als volgt:

$$\text{Vrijwillig eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar zal lopen of heeft gelopen}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

De hoogte van het bedrag wordt afgerond naar hele euro's.

Voorbeeld 18 jarigen

Er is gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,00.

De zorgverzekering gaat in op 1 november i.v.m. het bereiken van de 18 jarige leeftijd.

Wij nemen in dit geval niet de volledige € 100,00 als vrijwillig eigen risico. Dit komt doordat hier rekening wordt gehouden met de periode waarover het vrijwillig eigen risico geldt.

Hier is dat 61 dagen (= het aantal dagen tot 1 januari van het volgend kalenderjaar).

Een kalenderjaar telt 365 dagen, tenminste als het geen schrikkeljaar is. Het vrijwillig eigen risico bedraagt dan:

$$€ 100,00 \times (61 / 365) = € 17,00 \text{ (afgerond naar hele euro's).}$$

Als het geldend vrijwillig eigen risico wijzigt tijdens een kalenderjaar, én vóór die wijziging al bij ons een zorgverzekering was afgesloten, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

Eerst tellen wij de volgende bedragen bij elkaar op.

(Jaarbedrag Vrijwillig Eigen Risico periode 1 x aantal dagen dat dit geldt) = bedrag 1

+

(Jaarbedrag Vrijwillig Eigen Risico periode 2 x aantal dagen dat dit geldt) = bedrag 2

Et cetera.

De opgetelde bedragen delen wij vervolgens door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar. De uitkomst ronden wij af op hele euro's.

3.6.5 Vrijwillig eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie (DBC)

Wordt een behandeling gedeclareerd op basis van een zogeheten DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct dan wordt dit in mindering gebracht op het vrijwillig eigen risico van het kalenderjaar waarin de betreffende DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct is geopend.

3.6.6 Betaling van het vrijwillig eigen risico

Als wij de kosten voor uw behandeling rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, zullen wij, als dit er is, het nog openstaande vrijwillig eigen risico verrekenen of terugvorderen. Wanneer wij terugvorderen ontvangt u van ons hierover een schriftelijk verzoek tot betaling binnen 14 dagen of een bericht waarin wij aangeven dat wij het terug te vorderen bedrag binnen 14 dagen zullen incasseren.

Als u zorgkosten rechtstreeks bij ons declareert, dan zullen wij, als dit er is, het nog openstaande vrijwillig eigen risico verrekenen met de te ontvangen vergoeding(en).

Het vrijwillig eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

3.6.7 Vrijwillig eigen risico na de 18e verjaardag

Wij benaderen u tenminste vier weken voor de eerste dag van de maand die volgt na de 18e verjaardag. Dit doen wij via een brief waarin wij u vragen binnen een bepaalde termijn aan te geven welk vrijwillig gekozen eigen risico u kiest. Als u niet binnen deze termijn schriftelijk uw keuze doorgeeft, dan wordt een premie berekend op basis van het vrijwillig eigen risico van de verzekeringnemer.

Artikel 4 Overige bepalingen

4.1 Verplichtingen

4.1.1 Wat zijn uw verplichtingen

- a. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid als de medisch adviseur daarom vraagt;
- b. aan de medisch adviseur of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving. Hieronder verstaan wij ook, op verwijzing van Zorg en Zekerheid, verlenen van medewerking aan het verkrijgen van een second opinion door een onafhankelijk specialist. De kosten van een dergelijk second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid;
- c. Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat de kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking; het is hem niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
- d. binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid te melden dat de verzekerde is gedetineerd en/of dat de detentie van verzekerde is afgelopen, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
- e. de originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen vóór 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. 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 DOT en/of een DBC worden alle kosten die met deze DOT en/of DBC-verband houden toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Als de nota's later worden ingediend dan heeft u geen recht meer op vergoeding van deze zorgkosten. Alleen originele nota's of computernota's die zijn gewaarmerkt door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of zittend ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/ zittend ziekenvervoer, zie hiervoor ook zorgenzekerheid.nl;
- f. voor zover een verwijzing in de polis voor het invoeren van de zorg is vereist, de verwijzing van de desbetreffende zorgverlener te overleggen als Zorg en Zekerheid hierom vraagt;
- g. de verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid te melden. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
 - vervallen van de wettelijke verzekeringsplicht;
 - echtscheiding, einde duurzaam samenwonen of einde geregistreerd partnerschap;
 - overlijden;

- geboorte;
- wijziging IBAN;
- adreswijziging;
- e-mail adreswijziging;
- aanvang en einde detentie.

Wanneer de wijziging niet binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de wijziging pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum. Uitzonderingen hierop zijn: vervallen van de wettelijke verzekeringsplicht, geboorte (zie artikel 2.1.1), overlijden, aanvang van detentie (datum van plaatsing in een penitentiaire instelling is de datum van opschorting van de zorgverzekering) en einde van detentie (de zorgverzekering herleeft op de dag dat de detentie eindigt).

4.2 Wat is niet verzekerd

4.2.1 Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor:

- a. eigen bijdragen/betalingen die u verschuldigd bent op basis van de Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet en /of bevolkingsonderzoek(en);
- b. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de toepasselijke ministeriële regeling anders is bepaald;
- c. griepvaccinatie;
- d. alternatieve geneeswijzen;
- e. geneesmiddelen ter voorkoming van ziekte in het kader van een reis;
- f. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofiel gaas voor verloskundige zorg;
- g. behandelingen waarvoor een verwijzing vereist is, en die verwijzing niet van te voren is aangevraagd /niet van te voren is afgegeven;
- h. declaraties als gevolg van het niet verschijnen op een afspraak met een zorgverlener;
- i. behandeling tegen snurken met uvuloplastiek;
- j. behandeling gericht op sterilisatie;
- k. behandeling van het ongedaan maken van sterilisatie;
- l. behandeling gericht op circumcisie (besnijdenis) van mannelijke verzekerden, tenzij dit medisch noodzakelijk is;
- m. behandeling van placiocefalie en brachycefalie zonder craniosynotose (afwijkingen van de schedel bij baby's, zonder dat het komt door de ziekte cranio) met een redressiehelm;
- n. gemaakt buiten Nederland met uitzondering van de kosten genoemd in artikel 22 buitenland;
- o. onderzoeken naar behandelingen die naar wetenschappelijke opvattingen of binnen de betrokken beroepsgroep niet algemeen aanvaard of niet gebruikelijk zijn, in het kader van de uitoefening van het beroep of specialisme of niet zijn opgenomen in de wettelijke omschrijving van de beroepsuitoefeningen;
- p. opname als voortzetting van een ziekenhuisopname, als onze medisch adviseur van oordeel is dat dit niet meer noodzakelijk is;
- q. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, als hiervoor geen medische indicatie is afgegeven;
- r. als dit een gevolg is van schade veroorzaakt door of ontstaan uit een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- s. als deze een gevolg zijn van of verband houden met een gewapend conflict, actieve deelname aan burgeroorlog, onlusten in binnen- en of buitenland, oproer, opstand, rellen opstoten en munitie.

4.2.2 Dubbele dekking

U heeft geen recht op zorg of de vergoeding van kosten wanneer deze zijn ontstaan door ziekten en/of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een verzekering van overheidswege, enigerlei subsidie regeling of – ware deze verzekeringsovereenkomst niet gesloten, een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit vloeiende kosten aanspraken kan doen gelden.

4.2.3 Aansprakelijkheid

- a. wij zijn niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van handelen of nalaten van uw zorgverlener;
- b. onze eventuele aansprakelijkheid voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen is beperkt tot het bedrag van de kosten die voor ons zouden gelden bij de juiste uitvoering van de zorgverzekering, tenzij sprake is van opzet of grove schuld.

4.3 Recht op zorg als gevolg van terrorisme

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van een terroristische handeling? Mogelijk komt u in aanmerking voor een deel van deze zorg. Hiervoor geldt de volgende regel. Wanneer de totale schade veroorzaakt door terroristische handelingen die in een kalenderjaar worden gedeclareerd bij schade-, levens- of natuuraanvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarvoor de Wet op financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting van de Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. hoger is dan

waarvoor die maatschappij een herverzekering heeft gesloten, dan heeft u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage wordt door de NHT bepaald en is voor iedere verzekerde gelijk.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak op zorg zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT. Het kan zijn dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen op grond van artikel 33 van de Zvw of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zvw.

Het Clausuleblad Terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. is op deze polis van toepassing. Het clausuleblad is gedeponereerd op 6 januari 2005 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 6/2005 en op 17 januari 2005 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het clausuleblad is te raadplegen via terrorismeverzekerd.nl en zorgzekerheid.nl. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

4.4 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens

Voor het aangaan, aanpassen of beëindigen van uw zorgverzekering verstrekt u persoonsgegevens aan ons. Wij verzamelen en verwerken uw persoonsgegevens voor het aangaan en uitvoeren van uw zorgverzekering en eventueel aanvullende verzekering. Deze persoonsgegevens nemen wij op in onze persoonsregistratie. Op deze registratie zijn de vigerende privacyregelgeving en de voor ons geldende gedragscodes van toepassing.

Wat doen wij nog meer met uw persoonsgegevens? Wij:

- stellen uw gegevens beschikbaar aan de zorgverlener voor het controleren van uw verzekeringsstatus;
- gebruiken uw gegevens voor statistische analyse;
- gebruiken uw gegevens voor controles en/of onderzoek onder verzekerden en zorgverleners of deze zorg daadwerkelijk is geleverd en/of doelmatig is;
- kunnen voor de uitvoering van de zorgverzekering uw gegevens verstrekken aan derden, met in achtname van de vigerende privacy regelgeving. Wanneer u dat wenst, vermelden wij daarbij niet uw adres. U kunt dit schriftelijk aan ons doorgeven;
- voeren in het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid, conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. Conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen wordt een incidentenregister gevoerd en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

4.5 Hoe gaan wij om met fraude

Wanneer u of iemand namens u fraude pleegt, dan vervalt uw recht, en de vergoeding hiervan, op zorg. Wij vorderen alle eerder uitgekeerde kosten terug per de datum dat sprake is van fraude. Ook brengen wij kosten voor onderzoek naar fraude bij u in rekening.

Daarnaast hebben wij het recht uw lopende verzekeringsovereenkomst(en) bij Zorg en Zekerheid (zorgverzekering en/of aanvullende zorgverzekeringen) te beëindigen per de datum dat sprake is van fraude.

Bij fraude registreren wij u en/of de verzekerde in het Extern verwijzingsregister. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit. Bij fraude of een sterk vermoeden hiervan kunnen wij ook aangifte doen bij de politie.

4.6 Klachten en geschillen

4.6.1 Heeft u een klacht

Als u ontevreden bent met een beslissing van ons of met onze dienstverlening dan kunt u binnen 8 weken een klacht indienen. U kunt uw klacht eenvoudig bij ons indienen door het invullen van het online klachtenformulier op onze website zorgzekerheid.nl/klacht. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan onze Klachtencommissie.

Zorg en Zekerheid
T.a.v. de Klachtencommissie
Postbus 400
2300 AK LEIDEN

Bent u niet tevreden met ons antwoord op uw klacht of heeft u binnen 10 weken (wij streven ernaar u binnen deze termijn te antwoorden) geen antwoord van ons ontvangen dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist. U kunt het geschil ook voorleggen aan de burgerlijke rechter.

4.6.2 Klachten over onze formulieren

Vindt u dat onze formulieren ingewikkeld of overbodig zijn? Dan kunt u uw klacht daarover voorleggen aan de NZa. De NZa zal dan een uitspraak doen, die wordt aangemerkt als bindend advies. U kunt uw klacht schriftelijk voorleggen, gebruikt u het volgende adres: NZa Postbus 3017 3502 GA Utrecht.

4.7 Slotbepaling

In gevallen die niet in deze polisvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid. Vastgesteld door de Ledenraad op 1 november 2018 met ingang van 1 januari 2019.

Rubriek B Omvang dekking

Geneeskundige zorg

Artikel 5 Huisartsenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is (bijvoorbeeld een praktijkverpleegkundige);
- geneeskundige zorg door de dienstenstructuur (de huisartsenpost) waarbij de huisarts is aangesloten;
- samenhangend onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek op voorschrift van de huisarts, in rekening gebracht door de huisarts, een ziekenhuis of laboratorium.

Wat zijn de voorwaarden?

De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- een griepvaccinatie;
- medische keuringen.

De complete lijst met uitsluitingen is opgenomen in Rubriek A artikel 4.2 van deze polisvoorwaarden.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

Bij hulp voor huisartsenzorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het door de NZa vastgestelde maximumtarief voor niet-gecontracteerde huisartsenzorg.

Als de NZa voor een prestatie geen maximumtarief speciaal voor niet-gecontracteerde huisartsenzorg heeft vastgesteld, en de zorg niet contract plichtig is, vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijk tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 6 Medisch specialistische zorg (excl. geestelijke gezondheidszorg)

6.1 Algemeen

Voor in de artikelen 6 tot en met 16 genoemde vormen van zorg (met uitzondering van acute zorg) is een verwijzing vooraf noodzakelijk door uw huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts, medisch specialist (inclusief sportarts) of physician assistent, spoedeisende hulp arts, verpleegkundig specialist, GGD-arts, arts infectieziekten, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, verpleegkundig specialist, optometrist, klinisch fysicus audioloog of, in het geval dat het verloskundige zorg betreft, door een verloskundige of in het geval dat het tandheelkunde of orthodontie betreft te verlenen door een kaakchirurg, tandarts of orthodontist. De geldigheidsduur van een verwijzing is 1 jaar, tenzij de verwijzer een andere geldigheidsduur aangeeft.

De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg te verlenen door een kaakchirurg bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18. Voor wat betreft de zorg geleverd door een sportarts bestaat alleen aanspraak als het medisch specialistische zorg betreft die zich richt op herstel, genezing dan wel voorkomen van (verergering van) een aandoening. De zorg kan bestaan uit:

- inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding binnen een revalidatietraject en/of;
- diagnostiek en behandeling van blessures van het houdings- en bewegingsapparaat ontstaan door bewegen en/of door overbelasting.

6.1.1 Voorwaardelijk toegelaten behandelingen

Sommige behandelingen zijn voorwaardelijk toegelaten tot de basisverzekering conform artikel 2.1 lid 5 van het Besluit zorgverzekering (Bz) en artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering (Rz). De effectiviteit van deze behandelingen is nog onvoldoende aangetoond. Maar deze behandelingen worden wel tijdelijk vergoed vanuit de basisverzekering. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan in de loop van het kalenderjaar nieuwe behandelingen voorwaardelijk toelaten. In het document 'Voorwaardelijk toegelaten behandelingen' staan alle behandelingen bedoeld in dit artikel beschreven, de actuele versie kunt u inzien op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

6.2 Verblijf (ziekenhuisopname)

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- opname in de laagste klasse van een centrum voor medisch specialistische zorg voor een onafgebroken periode tot een maximum van 1.095 dagen. Hierbij wordt een onderbreking van ten hoogste dertig dagen niet als onderbreking beschouwd. Deze dagen tellen dan ook niet mee voor de berekening van 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen daarentegen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- medisch specialistische behandelingen en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen (met uitzondering van de geneesmiddelen die zijn uitgesloten in artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering), hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden;
- er dient sprake te zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met medisch specialistische zorg;
- op het moment dat niet langer gronden voor medisch specialistische hulp in combinatie met verblijf in een centrum voor medisch specialistische zorg aanwezig zijn, dient dit direct aan Zorg en Zekerheid te worden gemeld.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor behandeling van astma met verblijf (bijvoorbeeld in het Nederlands Astmacentrum Davos of in Heideheuvel) is vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid vereist.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

- bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg;
- in geval van spoedeisende zorg vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 100% van het in de markt gebruikelijke of Wmg-tarief.

6.3 Niet-klinische medisch specialistische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- medisch specialistische behandeling in of door een daartoe door Zorg en Zekerheid gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg;
- medisch specialistische behandeling van de daartoe door Zorg en Zekerheid gecontracteerde extramuraal werkende medisch specialist;
- de met de behandeling gepaard gaande dagverpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient sprake te zijn van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor aanspraak op mondzorg, in geval van behandeling door een kaakchirurg, is vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid vereist als het gaat om parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

Behandelingen van plastisch chirurgische aard, met inachtneming van de voorgaande leden, als die noodzakelijk zijn 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;

- verlamde of verslakte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- elektrische epilatie bij transseksuelen zoals bedoeld onder artikel 17.8 van deze polisvoorwaarden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor een beperkt aantal ingrepen dient u vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid te hebben. Bedoelde ingrepen zijn opgenomen in de lijst met DBC-zorgproducten waarvoor toestemming nodig is. Deze lijst kunt u raadplegen op zorgzekerheid.nl. Bij het verlenen van toestemming kunnen aanvullende medische voorwaarden gesteld worden.

Waar heb ik geen recht op?

- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- abdominoplastiek, tenzij er bijvoorbeeld sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in de huidplooien of van een zeer ernstige beperking in de bewegingsvrijheid.

Sommige medisch specialistische behandelingen zijn niet verzekerd in de basisverzekering. Voor enkele behandelingen heeft Zorg en Zekerheid een vergoeding opgenomen in een aantal van haar aanvullende verzekeringen. Kijk voor meer informatie op zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij Medisch Specialistische hulp.

Tevens heeft Zorg en Zekerheid voor aanvullend verzekerden kortingsafspraken gemaakt bij een aantal medisch specialistische centra. Voor meer informatie kunt u terecht op zorgzekerheid.nl/zorgzoeker.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

6.5 Eerstelijnsdiagnostiek

Eerstelijnsdiagnostiek bestaat uit laboratoriumonderzoek (onder andere bloedanalyses en urineonderzoek), beeldvormende diagnostiek (onder andere röntgenonderzoek) en functieonderzoek (onder andere ECG's). Eerstelijnsdiagnostiek wordt aangevraagd door een eerstelijnszorgverlener, waarbij de uitslagen bij die betreffende zorgverleners terugkomen.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op eerstelijnsdiagnostiek wanneer deze wordt uitgevoerd:

- door de huisartsenpraktijk;
- door een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC);
- door een ziekenhuis of ZBC;
- door een verloskundige (zie artikel 7 voor de voorwaarden);
- door een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten, als dat nodig is voor zorg tijdens eerstelijns verblijf.

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient een aanvraag te zijn van de huisarts voor alle eerstelijnsdiagnostiek.

In uitbreiding hierop mag de aanvraag ook gedaan worden door:

- de verloskundige voor een prenatale screening (zie verder artikel 7);
- de bedrijfsarts voor diagnostiek in verband met arbeidsrelevante aandoeningen;
- de GGD-arts voor individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 7 Verloskundige zorg en kraamzorg

7.1 Prenatale screening

De prenatale screening valt onder de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Voor de hierna genoemde specifieke onderdelen van prenatale screening geldt dat de uitvoerende zorgverlener een overeenkomst moet hebben met één van de Regionale Centra voor Prenatale screening, tenzij sprake is van een medische indicatie. Deze centra hebben een WBO-vergunning en definiëren de kwaliteitseisen waaraan de uitvoerende zorgverlener moet voldoen.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op een prenatale screening, de aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden. Deze screening omvat de volgende onderdelen:

- counseling door de verloskundige, de verloskundig actieve huisarts of medisch specialist die de verzekerde begeleidt gedurende de zwangerschap. Hiermee wordt bedoeld: het verschaffen van informatie die het mogelijk maakt om een weloverwogen keuze te maken voor het al dan niet ondergaan van prenatale screening;
 - structureel echoscopisch onderzoek (seo), ook wel aangeduid als de '20 weken echo';
 - combinatietest of een Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) uitsluitend als er sprake is van een medische indicatie.
- Alle zwangere verzekerden die een combinatietest (bestaande uit een nekplooiemeting en bloedonderzoek) of een NIPT in Nederland of elders hebben ondergaan waarvan de uitslag "positief" is, hebben een indicatie voor vervolgonderzoeken zoals invasieve diagnostiek.

In sommige van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor een combinatietest voor vrouwen. Kijk voor onze vergoedingen op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

Bij prenatale screening door een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

7.2 Bevalling en verloskundige zorg

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben recht op verloskundige zorg zoals verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen deze plegen te bieden. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

Bevalling en/of kraambed met medische noodzaak in een ziekenhuis

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- medisch specialistische (verloskundige) zorg, als bedoeld in artikel 6, al dan niet in combinatie met behandeling en verpleging alsmede verblijf in het ziekenhuis. Dit geldt voor moeder en (met ingang van de dag van de bevalling) haar kind;
- verblijf bij de opgenomen moeder van de gezonde zuigeling wegens borstvoeding, zolang Zorg en Zekerheid voor de moeder vergoeding van de opname en behandelkosten is verschuldigd.

Wat zijn de voorwaarden?

Er dient, naar het oordeel van de verloskundige, de huisarts of de medisch specialist een medische noodzaak te zijn voor bevalling en/of verblijf in het ziekenhuis.

Heb ik een verwijzing nodig?

Er dient sprake te zijn van een gerichte verwijzing door een verloskundige of huisarts.

Wat moet ik nog meer weten?

Als moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten, voordat de kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, dan bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 7.3.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op (met ingang van de dag van de bevalling):

- verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door verloskundige of verloskundig actieve huisarts;
- het gebruik van een verloskamer van het ziekenhuis of geboortecentrum gedurende de bevalling, inclusief de partusassistentie verzorgd door het ziekenhuis of geboortecentrum.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor bevalling en/of kraambed zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum is zowel voor moeder als kind een eigen bijdrage verschuldigd van € 35,00 per opnamedag (€ 17,50 voor moeder en € 17,50 voor kind). De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 250,00 (€ 125,00 voor moeder en € 125,00 voor kind) per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis of geboortecentrum dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis of geboortecentrum. Als de bevalling alsnog medisch wordt, dat wil zeggen overdracht aan de gynaecoloog tijdens de bevalling, vervalt de eigen bijdrage.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?

Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

In de meeste van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor deze eigen bijdrage. Kijk voor meer informatie op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker of in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Wat moet ik nog meer weten?

Als moeder en kind samen het ziekenhuis of geboortecentrum verlaten, voordat de kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, dan bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Bevalling en/of kraambed thuis*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door de verloskundige of de verloskundig actieve huisarts.

Wat wordt er vergoed als er een niet-gecontracteerde zorgverlener komt?

Bij hulp door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

7.3 Kraamzorg*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op (de vrouwelijke verzekerde en haar kind) kraamzorg zoals kraamverzorgenden deze plegen te bieden, door een gediplomeerd kraamverzorgende of een O&G-verpleegkundige. De kraamzorg bestaat uit de inschrijving en intake door het kraamcentrum, de partusassistentie bij een thuisbevalling en de kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

De omvang van de kraamzorg wordt bepaald door uw persoonlijke situatie na de bevalling. Het aantal uren kraamzorg dat u krijgt, wordt in overleg met u, door de verloskundige of gynaecoloog vastgesteld op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

Wat zijn de voorwaarden?

- u dient zich uiterlijk in de 20^e week van de zwangerschap aan te melden voor kraamzorg via de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn' (telefoonnummer: (071) 5 825 555) of via zorgenzekerheid.nl zoek op kraamzorg;
- bij opname in een ziekenhuis: als moeder en kind samen het ziekenhuis verlaten voordat de kraamperiode (de periode van 10 dagen gerekend vanaf de dag van de bevalling) is verstreken, bestaat voor de resterende dagen recht op kraamzorg conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. De dag van ontslag wordt hierbij niet als opnamedag gerekend;
- de kraamzorg dient te worden verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum op aanwijzing van de 'Zorg en Zekerheid Kraamlijn';
- de kraamzorg dient te worden geleverd door een kraamverzorgende die is verbonden aan een kraamcentrum.

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor aanvullende kraamzorg. Kijk voor onze vergoedingen op zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker of in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de kosten van kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,40 per uur.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?

Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

In de meeste van onze aanvullende verzekeringen is een vergoeding opgenomen voor deze eigen bijdrage. Kijk voor meer informatie op zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker of in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij geboortezorg.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

Bij hulp voor kraamzorg van een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 8 Revalidatie

8.1 Revalidatie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op revalidatie in een klinische (opname) of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) situatie.

Wat zijn de voorwaarden?

- de zorg dient voor de verzekerde als meest doeltreffend te zijn aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
- de hulp dient de verzekerde in staat te stellen een dusdanige mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen van de verzekerde, redelijkerwijs mogelijk is;
- voor aanspraak op klinische revalidatie dient er de verwachting te zijn dat binnen een korte termijn betere resultaten worden behaald dan met niet-klinische revalidatie.

8.2 Geriatrische revalidatie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op geriatrische revalidatie die start vanuit:

- een klinische opname eventueel gevolgd door een deeltijd- of dagbehandeling in de thuissituatie (ambulante geriatrische revalidatie). De zorg moet aansluiten (of maximaal binnen een week na ontslag uit het ziekenhuis bij een gestelde indicatie voor revalidatiezorg) op en gaat voor aanvang gepaard met verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, een zogeheten ziekenhuisopname;
- Of;
- de thuissituatie bij een acute mobiliteitsstoornis of afname van zelfredzaamheid na een geriatrische assessment.

Wat zijn de voorwaarden?

- de zorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid;

- de geriatrische revalidatie is gericht op het verminderen van de functionele beperkingen zodat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is;
- de indicatie voor geriatrische revalidatiezorg is aanwezig indien de internist ouderengeneeskunde en/of de klinisch geriater na een (schriftelijk) verwijzing van de medisch specialist van het ziekenhuis dit vaststelt;
- u heeft geen recht op geriatrische revalidatie als u voorafgaand aan de ziekenhuisopname was opgenomen in een Wlz-instelling en u daar behandeling op grond van de Wlz heeft ontvangen;
- de totale duur van de behandeling bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid een langere periode toestaan.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor een behandeling van een indicatie die (naar verwachting) langer duurt dan 120 dagen, dient voor het voortzetten van deze behandeling vanaf de 121^e dag, vooraf (uiterlijk 4 weken voor de afloop van de eerste 120 dagen) schriftelijke toestemming te worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid.

8.3 Niet-gecontracteerde revalidatie

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid als ik naar een niet-gecontracteerde zorginstelling ga? Om te kunnen beoordelen of er sprake is van een aanspraak op zorg dient u vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen als u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat voor revalidatie. Dit geldt niet voor geriatrische revalidatie.

Artikel 9 Organtransplantaties

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- transplantaties van weefsels en organen als de transplantatie is verricht in een EU- en EER-staat of in een andere staat als de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van u is;
- medisch specialistische zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- medische zorg conform deze polis van de donor gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie na de datum van ontslag uit het ziekenhuis waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen. De zorg dient verband te houden met een door deze verzekering gedekte organtransplantatie;
- vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van openbaar vervoer dan wel, als 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. Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten komen de kosten van dit vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor;
- 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. Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, komen de kosten van dit vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor.

Welke kosten worden niet vergoed?

Niet vergoed worden de verblijfskosten in Nederland van de in het buitenland woonachtige donor, noch diens eventuele gedeelde inkomsten.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerde zorginstelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 10 Dialyse

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op, bij niet-klinische dialyse via hemodialyse of peritoneaaldialyse alsmede de hiermee in verband houdende medisch specialistische zorg verleend in een dialysecentrum:

- het daarmee verband houdende onderzoek, behandeling, verpleging en de farmaceutische zorg;
- door het dialysecentrum verleende psychosociale begeleiding alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

In het geval van thuisdialyse gelden, naast bovengenoemde aanspraken, ook:

- de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- vergoeding van overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.

In het geval van thuisdialyse gelden, naast bovengenoemde aanspraken, ook (betaald uit de DBC):

- de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- vergoeding van de kosten van het in bruikleen geven van de dialyseapparatuur met toebehoren, regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede vergoeding van de kosten van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor de vergoeding van niet-medische kosten bij thuisdialyse dient u vooraf schriftelijk toestemming te hebben van Zorg en Zekerheid, waarbij nadere (administratieve) voorwaarden kunnen worden gesteld.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerde instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 11 Mechanische beademing

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op noodzakelijke mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een erkend beademingscentrum.

U heeft bij noodzakelijke mechanische beademing thuis recht op:

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

Wat zijn de voorwaarden?

De beademing ten huize van de verzekerde dient plaats te vinden onder de verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Waar heb ik geen recht op?

Verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing, binnen dit artikel.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor beademing vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 12 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKioN).

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist.

Artikel 13 Trombosedienst

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op het door de trombosedienst:

- regelmatig afnemen van bloedmonsters;
- verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed;
- ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten;
- opleiden in het gebruik, van de bij het voorafgaande streepje, aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden bij uw metingen;
- geven van adviezen omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Heb ik een verwijzing nodig?

Er dient sprake te zijn van een verwijzing door een huisarts of medisch specialist.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp door een niet-gecontracteerde trombosedienst vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 14 Erfelijkheidsadvies

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- de centrale (referentie) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door een centrum voor erfelijkheidsadvies. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- de erfelijkheidsadvisering en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding;
- advisering en onderzoek bij andere personen als noodzakelijk voor het advies aan de verzekerde.

Wat zijn de voorwaarden?

De hulp dient plaats te vinden in een centrum voor erfelijkheidsadvies met een vergunning voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv).

Heb ik een verwijzing nodig?

Er dient sprake te zijn van een verwijzing door uw huisarts of medisch specialist.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerd centrum voor erfelijkheidsonderzoek vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 15 Audiologische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op zorg verleend door een audiologisch centrum bestaande uit:

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

Heb ik een verwijzing nodig?

Er dient sprake te zijn van een verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts, jeugdgezondheidszorgarts of keel-, neus- en oorarts (KNO-arts).

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerd audiologisch centrum vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 16 Vruchtbaarheid gerelateerde zorg

16.1 IVF

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op de eerste drie IVF-pogingen per te realiseren zwangerschap per behandelde vrouwelijke verzekerde (inclusief de medicatie).

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van een medische indicatie;
- de vrouwelijke verzekerde dient jonger te zijn dan 43 jaar bij aanvang van de poging;
- een verzekerde van 43 jaar of ouder bij wie de IVF-poging al is gestart voordat de verzekerde de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt, heeft recht op afronding van die poging;
- als de vrouwelijke verzekerde jonger is dan 38 jaar wordt er maximaal één embryo teruggeplaatst bij de eerste en tweede poging;
- als de vrouwelijke verzekerde een leeftijd heeft tussen de 38 en 42 jaar kunnen twee embryo's teruggeplaatst worden, als dat om medische redenen aangewezen is;
- de behandeling dient plaats te vinden in een IVF-centrum met een vergunning voor de toepassing van IVF op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv).

Heb ik een verwijzing nodig?

Er dient sprake te zijn van een verwijzing door uw huisarts.

Waar heb ik geen recht op?

De vierde en volgende IVF-poging(en) per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken, te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie, en als de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.

Wat moet ik nog meer weten?

- als er tijdens de IVF-poging meerdere bruikbare embryo's ontstaan kunnen deze worden ingevroren en op een later tijdstip worden teruggeplaatst. Deze terugplaatsingen gelden dan als onderdeel van de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan;
- onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan:
 - a. een doorgaande zwangerschap van tenminste 12 weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie bij een spontane (fysiologische) zwangerschap;
 - b. een doorgaande zwangerschap van tenminste 10 weken na het moment van follikelpunctie bij IVF (bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling en spreken we na tenminste negen weken en drie dagen van een doorgaande zwangerschap).

16.2 Overige vruchtbaarheid gerelateerde zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op vruchtbaarheid gerelateerde zorg, niet zijnde een IVF-poging.

Wat zijn de voorwaarden?

- er dient sprake te zijn van een medische indicatie;
- de vrouwelijke verzekerde dient jonger te zijn dan 43 jaar.

Heb ik een verwijzing nodig?

Er dient sprake te zijn van een verwijzing door uw huisarts.

16.3 Niet-gecontracteerde vruchtbaarheid gerelateerde zorg

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde instelling ga?

Bij hulp in een niet-gecontracteerde vergunning houdende instelling vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid de kosten tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 17 Paramedische zorg

17.1 Algemeen

De aanspraak op paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, diëtetiek, ergotherapie en logopedie. Paramedische zorg omvat ook de verbijzonderingen van deze zorg. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten en logopedisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is binnen de paramedische zorg. Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zenden wij u desgevraagd toe of kunt u raadplegen op zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

17.2 Algemene voorwaarden fysiotherapie en/of oefentherapie (ook van toepassing op 17.3 en 17.4)

- de fysiotherapiebehandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- de oefentherapiebehandeling moet worden uitgevoerd door een oefentherapeut;
- in geval van oedeem- en litteken therapie kan de behandeling (ook) uitgevoerd worden door een huidtherapeut;
- de fysiotherapeut staat geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie, Keurmerk Fysiotherapie of dient aan te tonen dat hij/zij voldoet aan de eisen zoals gesteld door één van beide registratiesystemen;
- de oefentherapeut en huidtherapeut staan geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- in geval van een zitting manuele therapie, kindfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie of geriatrische fysiotherapie, moet de behandeling worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die voor de betreffende verbijzondering staat geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie of dient aan te tonen dat hij/zij voor de betreffende verbijzondering voldoet aan de eisen zoals gesteld door één van beide registratiesystemen;
- in geval van een zitting kinderoefentherapie moet de oefentherapeut geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- een chronische aandoening moet benoemd zijn in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Voor een aantal van deze aandoeningen is de vergoeding beperkt tot de behandelduur of leeftijd, zoals in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering is aangegeven;
- voor een chronische aandoening fysiotherapie en/of oefentherapie geldt dat de therapie medisch noodzakelijk is en door een behandelend arts is voorgeschreven. Een verklaring is noodzakelijk, zie voor verdere details onder 17.3 en 17.4;
- de fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling bestaat uit zogenaamde prestaties. Elke prestatie telt als één behandeling. Dit betekent bijvoorbeeld dat ook een “screening” en een “intake en onderzoek na screening” elk als één behandeling kunnen tellen;
- elk behandeltraject start met “screening” en “intake en onderzoek na screening” of met “screening, intake en onderzoek” of met “intake en onderzoek na verwijzing”;
- per dag komt maximaal één zitting fysiotherapie of oefentherapie voor vergoeding in aanmerking, tenzij:
 - a. er medische noodzaak bestaat voor meerdere zittingen op één dag en dit is vastgesteld door een arts, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven aan de therapeut;
 - b. het gaat om “screening”, “screening en intake en onderzoek”, “intake en onderzoek na screening”, “intake en onderzoek na verwijzing” of “instructie/overleg ouders/verzorgers van de patiënt”. Deze prestaties mogen in combinatie met bepaalde prestaties wel op één dag plaatsvinden. Uw therapeut weet om welke prestaties het gaat.
- als u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen voor dezelfde aandoening, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut en/of oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én als deze ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting;
- in bijzondere gevallen heeft u vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor fysiotherapie en/of oefentherapie. Het gaat hier om de volgende indicaties (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering):
 - a. Div D5 Revalidatie(dag)behandeling 12 maanden in aansluiting op ontslag;
 - b. Div D5 Verpleeghuisopname, 12 maanden in aansluiting op ontslag;
 - c. Div D5 Ziekenhuisopname, 12 maanden in aansluiting op ontslag.
 De aanvraag tot toestemming van Zorg en Zekerheid moet worden ingediend door uw behandelend fysiotherapeut of oefentherapeut;
- handelingen die worden verricht tijdens de zitting, zoals shockwave en dry needling, zijn onderdeel van de reguliere behandeling en mag de fysiotherapeut en/of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;

- de kosten van tijdens de behandeling verstrekte (hulp-) en verbandmiddelen, zijn onderdeel van de behandeling en mag de fysiotherapeut en/of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;
- in geval van behandeling voor claudicatio intermittens moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten zijn bij ClaudicatioNet;
- in geval van behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen, moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten zijn bij ParkinsonNet;
- in geval van kinderfysiotherapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening behorend binnen de Domeinbeschrijving Kinderfysiotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapeuten (NVFK). De lijst is bekend bij de kinderfysiotherapeut;
- in geval van manuele therapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening behorend binnen de Domeinbeschrijving Manuele Therapie van de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT). De lijst is bekend bij de fysiotherapeut;
- in geval van bekkenfysiotherapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening die voldoet aan de gestelde richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek (NVFB);
- in geval van geriatrie fysiotherapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening behorend binnen de criteriumlijst van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG).

17.3 Fysiotherapie en/of oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Chronische aandoening

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijke behandelingen, zoals aangegeven in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering, fysiotherapie en/of oefentherapie per verzekerde per kalenderjaar.

Heb ik een verklaring nodig?

Als u behandeling nodig heeft voor een aandoening die op de chronische lijst staat, heeft u een schriftelijke verklaring nodig van een arts.

Niet-chronische aandoening

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- maximaal 9 behandelingen (kinder)fysiotherapie en/of -oefentherapie per aandoening per kalenderjaar;
- in aansluiting op deze behandelingen bestaat er bij ontoereikend resultaat, recht op maximaal 9 extra behandelingen (kinder)fysiotherapie en/ of -oefentherapie per aandoening per kalenderjaar.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de fysiotherapeut is direct toegankelijk.

Wat zijn de voorwaarden?

Alle zittingen voor eerstelijns fysiotherapie, ook als deze gegeven worden door een huid- of oefentherapeut tellen mee voor de genoemde maxima. Dit geldt ook voor eerstelijnszittingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.

Zorg en Zekerheid biedt in haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij paramedische behandelingen.

Niet-gecontracteerde fysiotherapie en/of oefentherapie

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut ga?

Bij hulp door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut (oedeem- of littekentherapie) vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

17.4 Fysiotherapie en/of oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Chronische aandoening

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- de medisch noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie voor aandoeningen die zijn benoemd in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (de chronische lijst), voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden;
- vergoeding 'littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma' door een fysiotherapeut en/of huidtherapeut;
- vergoeding voor maximaal 37 zittingen gesuperviseerde looptraining per jaar in geval van perifeer arterieel vaatlijden stadium 2 (claudicatio intermittens);

- vergoeding voor ten hoogste 12 zittingen gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van het heup- of kniegewricht gedurende maximaal 12 maanden;
- vergoeding voor zittingen gesuperviseerde oefentherapie bij COPD, afhankelijk van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties:
 - klasse A: ten hoogste 5 zittingen gedurende maximaal 12 maanden vanaf de eerste behandeling;
 - klasse B: ten hoogste 27 zittingen gedurende maximaal 12 maanden vanaf de eerste behandeling en maximaal 3 zittingen per 12 maanden in de aansluitende jaren;
 - klasse C en D: ten hoogste 70 zittingen gedurende maximaal 12 maanden vanaf de eerste behandeling en maximaal 52 zittingen per 12 maanden in de aansluitende jaren.

Wat zijn de voorwaarden?

Alle zittingen voor eerstelijns fysiotherapie, ook als deze gegeven worden door een huid- of oefentherapeut tellen mee voor de genoemde maxima. Dit geldt ook voor eerstelijnszittingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.

Heb ik een verklaring nodig?

Heeft u een aandoening die op de chronische lijst staat? Dan heeft u voor de behandeling een schriftelijke verklaring nodig van een arts.

Waar heb ik geen recht op?

- de eerste 20 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie, als er sprake is van een eerste behandelserie bij een chronische aandoening. Dit geldt niet voor behandeling bij "claudicatio intermittens", "artrose van het heup- of kniegewricht" en "gesuperviseerde oefentherapie bij COPD vanaf GOLD classificatie II";
- de eerste 20 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie in een bestaande behandelserie bij een chronische aandoening bij overgang van de leeftijd van 17 naar 18 jaar. Dit geldt evenmin voor behandeling bij "claudicatio intermittens" en "artrose van het heup- of kniegewricht".

Niet-chronische aandoening

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op de eerste 9 zittingen bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie, mits gegeven in het kader van "stepped care".

Wat zijn de voorwaarden?

Alle zittingen voor eerstelijns fysiotherapie tellen mee in de genoemde maxima. Dit geldt ook voor eerstelijnszittingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de fysiotherapeut is direct toegankelijk.

Zorg en Zekerheid biedt in haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij paramedische behandelingen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut ga?

Bij hulp door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut (oedeem- of littekentherapie) vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

17.5 Ergotherapie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op ergotherapie gedurende maximaal 10 behandeluren per verzekerde per kalenderjaar.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij ergotherapie.

Wat zijn de voorwaarden?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een ergotherapeut;
- de ergotherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de ergotherapie heeft als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen;
- alle behandelingen eerstelijns ergotherapie tellen mee in het genoemde maximum aantal behandeluren, ook eerstelijnsbehandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling;

- elk behandeltraject start met “screening” en “intake en onderzoek na screening” of met “screening, intake en onderzoek”, of met “intake en onderzoek na verwijzing”;
- per dag komt maximaal één zitting ergotherapie voor vergoeding in aanmerking, tenzij:
 - a. er medische noodzaak bestaat voor meerdere zittingen op één dag en dit is vastgesteld door een arts, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven aan de therapeut;
 - b. het gaat om “screening”, “screening en intake en onderzoek”, “intake en onderzoek na screening”, “intake en onderzoek na verwijzing” of “instructie/overleg ouders/verzorgers van de patiënt”. Deze prestaties mogen in combinatie met bepaalde prestaties wel op één dag plaatsvinden. Uw therapeut weet om welke prestaties het gaat.
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw ergotherapeut is aangesloten bij ParkinsonNet.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de ergotherapeut is direct toegankelijk.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde ergotherapeut ga?

Bij hulp door een niet-gecontracteerde ergotherapeut vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

17.6 Logopedie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op logopedische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een logopedist;
- de behandeling moet een geneeskundig doel dienen;
- van de behandeling kan herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen worden verwacht;
- de logopedist moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- elk behandeltraject start met “screening” en “intake en onderzoek na screening” of met “screening, intake en onderzoek” of met “intake en onderzoek na verwijzing”;
- in geval van een behandeling voor afasie, preverbale logopedie of stotteren, moet de behandeling worden uitgevoerd door een logopedist die als zodanig staat ingeschreven in het kwaliteitsregister van de Nederlandse Vereniging Logopedie en Foniatrie (status kwaliteitsgeregistreerd);
- per dag komt maximaal één zitting logopedie voor vergoeding in aanmerking, tenzij:
 - a. er medische noodzaak bestaat voor meerdere zittingen op één dag en dit is vastgesteld door een arts, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf schriftelijke toestemming heeft gegeven aan de therapeut;
 - b. het gaat om “screening”, “screening en intake en onderzoek”, “intake en onderzoek na screening”, “intake en onderzoek na verwijzing” of “instructie/overleg ouders/verzorgers van de patiënt”. Deze prestaties mogen in combinatie met bepaalde prestaties wel op één dag plaatsvinden. Uw therapeut weet om welke prestaties het gaat;
 - c. het behandeling volgens het Hänen Ouderprogramma betreft. Naast dit programma mag voor dezelfde verzekerde tegelijkertijd ook een behandeling voor een andere indicatie gestart worden.
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw logopedist is aangesloten bij ParkinsonNet.

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de logopedist is direct toegankelijk.

Waar heb ik geen recht op?

- onder logopedische behandeling wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en/of anderstaligheid. Wanneer er alleen een achterstand is in het Nederlands, en dit is de tweede taal, dan is er geen sprake van een ontwikkelingsstoornis, maar van het leren van de tweede taal. Dit vergoedt Zorg en Zekerheid niet;
- logopedische behandelingen gegeven op school komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- als u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen voor dezelfde aandoening, al dan niet gegeven door een andere logopedist. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én als deze ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde logopedist ga?

Bij hulp door een niet-gecontracteerde logopedist vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

17.7 Diëtetiek

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op diëtetiek met een medisch doel, tot een maximum van 3 behandeluren per kalenderjaar.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt vanuit uw basisverzekering voor mensen met ondervoeding of overgewicht. Kijk voor meer informatie op zorgenzekerheid.nl/vergoedingenzoeker of in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij preventieve cursussen.

Wat zijn de voorwaarden?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een diëtist;
- de diëtist moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- alle behandelingen eerstelijns diëtetiek tellen mee in het genoemde maximum aantal behandeluren, ook eerstelijnsbehandelingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis;
- de behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen wordt alleen vergoed als uw diëtist is aangesloten bij ParkinsonNet;
- elk behandeltraject start met "screening" en eventueel "intake en onderzoek na screening" of met "screening, intake en onderzoek" of met "intake en onderzoek na verwijzing".

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de diëtist is direct toegankelijk.

Waar heb ik geen recht op?

Diëtetiek voor de indicatie diabetes, COPD of CVRM kan onderdeel uitmaken van multidisciplinair gecoördineerde ketenzorg, die wordt ingekocht bij een zorggroep. Als u diëtetiek via multidisciplinair gecoördineerde ketenzorg ontvangt, heeft u geen recht op de bovengenoemde 3 behandeluren diëtetiek voor dezelfde indicatie of voor aan deze indicatie gerelateerde problematiek.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde diëtist ga?

Bij hulp door een niet-gecontracteerde diëtist vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

17.8 Elektrische epilatie of laserbehandeling bij transseksuelen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op elektrische epilatie en/of laserbehandeling van de baard (gezicht en hals).

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op epilatie van romp en ledematen.

Wat zijn de voorwaarden?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een daartoe bevoegd huidtherapeut;
- de huidtherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd).

Heb ik een verwijzing nodig?

Nee, de huidtherapeut is direct toegankelijk.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor de vergoeding van meer dan in totaal 10 sessies elektrische epilatie en/of laserbehandeling voor transseksuelen moet de behandelaar vooraf schriftelijke toestemming vragen aan Zorg en Zekerheid.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde huidtherapeut ga?

Bij hulp door een niet-gecontracteerde huidtherapeut vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 18 Mondzorg

18.1 Algemene bepalingen

Waar heb ik recht op?

- mondzorg omvat de zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, als het slechts tandheelkundige zorg betreft die noodzakelijk is;
- de mondzorg kan worden verleend door een wettelijke daartoe bevoegde zorgverlener zoals een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus en mondhygiënist.

Waar heb ik geen recht op?

- de mondzorg omvat geen behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig niet doelmatig zijn;
- prothetische voorzieningen vervaardigd en gedeclareerd door een tandtechnicus komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Mondzorg buiten reguliere praktijk

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg ter plaatse van waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent), is een schriftelijk advies van de huisarts of specialist vereist.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Als u voor een volledige gebitsprothese al dan niet op implantaten naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Een volledig overzicht van de gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/zorgzoeker.

18.2 Mondzorg tot 18 jaar*Waar heb ik recht op?*

U heeft bij een vrijgevestigde mondhygiënist recht op:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf het doorbreken van de blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde meer keren per jaar op die tandheelkundige hulp is aangewezen;
- e. sealing;
- f. parodontale hulp.

Behandelingen en bijbehorende prestatiecodes die voor vergoeding in aanmerking komen kunt u vinden in het document Vergoedingen vrijgevestigde mondhygiënisten aanvullende verzekeringen op zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

U heeft bij de overige zorgverleners zoals genoemd in artikel 18.1 recht op:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf het doorbreken van de blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde meer keren per jaar op die tandheelkundige hulp is aangewezen;
- e. sealing;
- f. parodontale hulp;
- g. anesthesie;
- h. endodontische hulp, met uitzondering van uitwendig bleken;
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- j. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
- k. chirurgische tandheelkundige hulp door een tandarts of een kaakchirurg met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- l. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg;
- m. uitneembare prothetische voorzieningen, niet op implantaten, voor de boven- en/of onderkaak (inclusief reparatie en rebasen daarvan);
- n. mondzorg in bijzondere gevallen zoals bepaald in artikel 18.4;
- o. medisch noodzakelijk verblijf zoals bepaald in 18.5.

Waar heb ik geen recht op?

- kroon en brugwerk;
- orthodontie met uitzondering van artikel 18.4.

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding mondzorg die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

Wat wordt er vergoed voor mondzorg buiten de reguliere praktijken?

De verzekerde tot 18 jaar heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg als het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voorafgaande schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid is vereist voor:

- het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg als bedoeld in artikel 18.2 onder k, als het een extractie onder narcose of een osteotomie betreft;
- prestaties opgenomen op de meest recente versie van de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie. Deze is te vinden op de website via zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden;
- het maken en beoordelen van een kaakoverzichtsfoto;
- het maken en beoordelen van een meerdimensionale kaakfoto;
- mondzorg in bijzondere gevallen zoals bedoeld in artikel 18.4;
- als de volledige prothese (met uitzondering van een immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen.

De aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid bevat een schriftelijke motivatie van de tandarts, kaakchirurg of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

De toestemming kan worden ingetrokken als:

- de mondzorg niet meer is aangewezen;
- de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
- een andere behandelaar de behandeling overneemt;
- er een andere behandeling uitgevoerd wordt dan waar de toestemming voor gegeven is.

18.3 Mondzorg vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- a mondzorg in bijzondere gevallen zoals bepaald in artikel 18.4;
- b chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties, mits er geen sprake is van Mondzorg in bijzondere gevallen zoals bepaald in artikel 18.4;
- c uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten (daartoe behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur), mits er geen sprake is van Mondzorg in bijzondere gevallen zoals bepaald in artikel 18.4;
- d medisch noodzakelijk verblijf zoals bepaald in artikel 18.5.

Zorg en Zekerheid biedt in de meeste aanvullende verzekeringen een aanvulling op de vergoeding mondzorg die u ontvangt vanuit uw basisverzekering. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de prothesezorg gelden de volgende eigen bijdragen:

- van de volledige prothese, niet op implantaten bedoeld in artikel 18.3 onder b wordt voor de verzekerde van 18 jaar en ouder 75% van het gecontracteerde tarief vergoed. De overige 25% betreft de eigen bijdrage. Voor een implantaatgedragen prothese geldt dit voor het prothetische gedeelte inclusief het vaste gedeelte van de suprastructuur:
 - op implantaten in de onderkaak is de maximale vergoeding 90% van het gecontracteerde tarief, de overige 10% is de eigen bijdrage;
 - op implantaten in de bovenkaak is de maximale vergoeding 92% van het gecontracteerde tarief, de overige 8% is de eigen bijdrage.
- bij een reparatie of een rebasing van de (implantaatgedragen) gebitsprothese is de eigen bijdrage 10% van het gedeclareerde bedrag;
- bij de verzekerde van 18 jaar en ouder kan voor zorg zoals bepaald in artikel 18.4.1 onder a, b en c een eigen bijdrage in rekening worden gebracht. Dit betekent dat voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een eigen bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht als artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

De verzekerde van 18 jaar en ouder heeft voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor:

- het tot gelding brengen van de aanspraak op zorg als bedoeld in artikel 18.3 onder a, als het een extractie onder narcose of een osteotomie betreft;
- prestaties opgenomen in de meest recente versie van de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie. Deze is te vinden op de website via zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden;
- het tot gelding brengen van de zorg als bedoeld in artikel 18.3 onder b, als de volledige prothese niet op implantaten (met uitzondering van een immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen;
- het tot gelding brengen van de zorg als bedoeld in artikel 18.3 onder b, als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat en het tarief van deze niet-gecontracteerde zorgverlener hoger is dan het met gecontracteerde zorgverleners overeengekomen tarief. Een volledig overzicht van de gecontracteerde tandarts/tandprotheticus en de daarmee overeengekomen tarieven kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/mondzorgdocumenten;
- mondzorg in bijzondere gevallen zoals bedoeld in artikel 18.4;
- het maken en beoordelen van meerdimensionale kaakfoto's;
- het maken en beoordelen van kaakoverzichtsfoto's;
- prothesen op implantaten;
- alle implantologische zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener.

De aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg (zie art. 6.2 en 6.3) of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

De toestemming kan worden ingetrokken als:

- de mondzorg niet meer is aangewezen;
- de verzekerde de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt;
- de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
- een andere behandelaar de behandeling overneemt;
- er een andere behandeling uitgevoerd wordt dan waar de toestemming voor gegeven is.

18.4 Mondzorg in bijzondere gevallen*Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*

Voor mondzorg zoals bepaald in artikel 18.4.1 tot en met 18.4.3 is voorafgaande schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor mondzorg zoals bepaald in artikel 18.4.1 tot en met 18.4.3 is voor verzekerden een eigen bijdrage verschuldigd zoals bepaald in artikel 18.3.

18.4.1 Mondzorg in bijzondere gevallen*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op de noodzakelijke tandheelkundige zorg en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, en het hierbij medisch noodzakelijke verblijf zoals bedoeld in artikel 18.5, in de volgende gevallen:

- a. als de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel 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;
- b. als 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;
- c. als 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.

18.4.2 Implantaten in een tandeloze kaak*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Wat zijn de voorwaarden?

- implantaten mogen alleen worden geplaatst door een tandarts of kaakchirurg;
- de mesostructuur mag alleen worden geplaatst door een tandarts;
- de prothese op implantaten mag alleen worden geplaatst door een tandarts of tandprotheticus.

18.4.3 Orthodontie in bijzondere gevallen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op orthodontische hulp in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Wat zijn de voorwaarden?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist;
- de aanvraag voor toestemming van Zorg en Zekerheid bevat ook een schriftelijke motivatie van de orthodontist of centrum bijzondere tandheelkunde, een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de behandeling orthodontie in bijzondere gevallen is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor orthodontie in het algemeen tot 18 jaar. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij mondzorg.

18.5 Medisch noodzakelijk verblijf

Verblijf in de laagste klasse van een ziekenhuis gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals omschreven in artikel 18 al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg:

- een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- in afwijking van het gestelde onder a tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

18.6 Tandheelkundige implantaten jonger dan 23 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen (kronen en bruggen) en tandheelkundige implantaten ter vervanging van:

- ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd;
- Of;
- als direct gevolg van een ongeval ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden.

Wat zijn de voorwaarden?

- de verzekerde is jonger dan 23 jaar;
- de noodzaak van de zorg is vastgesteld voordat de verzekerde 18 jaar is geworden;
- er is geen sprake van "Mondzorg in bijzondere gevallen" zoals bedoeld in artikel 18.4.1.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voorafgaand aan de implantaatbehandeling is schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag voor toestemming van Zorg en Zekerheid dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de behandelaar en een schriftelijk behandelplan en een begroting van de kosten.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de behandeling is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Artikel 19 Farmaceutische zorg

19.1 Farmaceutische zorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op farmaceutische zorg conform het Besluit en de Regeling Zorgverzekering en het Farmaceutisch Reglement zoals terug te vinden is op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden. Deze zorg omvat levering van geneesmiddelen en advies en begeleiding zoals apothekers, apotheekhoudende huisartsen en overige medisch gespecialiseerde leveranciers (hierna: apotheker) die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen. Hier valt onder:

- de terhandstelling van een geneesmiddel waar een recept voor vereist is;
- de terhandstelling en een begeleidingsgesprek voor een geneesmiddel dat voor u nieuw is en waar een recept voor vereist is;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een geneesmiddel waar een recept voor vereist is. Maximaal 1 instructie per hulpmiddel, met uitzondering van geconstateerd foutief gebruik;
- beoordeling van medicatie van chronisch recept plichtig geneesmiddelengebruik. Maximaal 1 beoordeling per jaar;

- uitgifte in een week doseerverpakking indien er een geldige medische indicatie is van de huisarts. De apotheker toetst in dit kader of er sprake is van noodzakelijke en doelmatige zorg;
- farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;
- farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname en in verband met ontslag uit het ziekenhuis. Beide maximaal 1 keer.

Wat zijn de voorwaarden?

De farmaceutische zorg heeft betrekking op geneesmiddelen die voor vergoeding in aanmerking komen.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet gecontracteerde zorgverlener ga?

Ten aanzien van farmaceutische zorg geleverd door een niet-gecontracteerde apotheker, apotheekhoudend huisarts of medisch gespecialiseerde farmaceutische leverancier, vindt een kostenvergoeding plaats van 75% van de vergoedingsprijs van het geneesmiddel en het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Dit betreft de kostenvergoeding voor geneesmiddelen en de (deel)prestatieerhandstelling van een UR-geneesmiddel (uitsluitend recept geneesmiddel) en/of de instructie UR-geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel, medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik, farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, farmaceutische begeleiding bij ontslag uit het ziekenhuis en farmaceutische begeleiding dagbehandeling/polikliniekbezoek, zoals omschreven in de geldende beleidsregel Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg door de NZa.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners is in te zien op zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker en wordt desgewenst toegestuurd door Zorg en Zekerheid. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825.

19.2 Geneesmiddelen

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- de levering van de in de Regeling Zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover aangewezen door Zorg en Zekerheid. Maakt u gebruik van een ander middel dan het aangewezen geneesmiddel, dan vergoeden wij dit niet, tenzij uw voorschrijvend arts aangeeft dat het om medische noodzaak gaat. Onder medische noodzaak wordt het volgende verstaan:
De verzekerde moet – indien beschikbaar - minimaal 2 merkloze geneesmiddelen uitprobeerd hebben en er moet aantoonbaar door de arts geconstateerd zijn dat een hulpstof in een of meerdere merkloze geneesmiddelen zodanige effecten heeft dat het medisch niet verantwoord is om deze geneesmiddelen te gebruiken. Als de apotheker twijfelt over medische noodzaak, zal hij dit afstemmen met de voorschrijver.

In het farmaceutisch reglement van Zorg en Zekerheid vindt u een lijst met voorkeursgeneesmiddelen die Zorg en Zekerheid voor vergoeding heeft aangewezen. Deze zijn afkomstig uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Dit houdt in dat wij binnen de betreffende productcategorie van onderling uitwisselbare geneesmiddelen, op werkzame stof, sterkte en vergelijkbare toedieningsvorm, één voorkeursgeneesmiddel hebben aangewezen voor vergoeding. U hebt uitsluitend aanspraak op deze voorkeursgeneesmiddelen.

Voor de levering van geneesmiddelen uit de overige productcategorieën met onderling uitwisselbare geneesmiddelen (generieke geneesmiddelen), waar het voorkeursbeleid niet van toepassing is, geldt een maximale vergoeding gebaseerd op de laagste prijs met een bandbreedte van 3% aan de zorgaanbieder. Indien van toepassing geldt dit ook voor geneesmiddelen die met een verklaring medische noodzaak worden geleverd. Spécialité geneesmiddelen vallen niet onder het laagste prijsbeleid. Uitsluitend de voorkeursgeneesmiddelen zijn vrijgesteld van het verplicht en vrijwillig eigen risico;

Wij kunnen de lijst met voorkeursgeneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U kunt de meest recente lijst vinden in het farmaceutisch reglement op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

- op recept bereide geneesmiddelen als er nagenoeg geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel is zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub a van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is. Voor een aantal apotheekbereidingen gelden specifieke voorwaarden. Deze kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/geneesmiddelen en bij de apotheek opvragen;
- doorgeleverde apotheekbereidingen met de laagste prijs zoals vermeld in de openbare prijslijst, of een doorgeleverde bereiding die niet meer afwijkt dan 3% van die laagste prijs;
- niet-geregistreerde geneesmiddelen, voor zover het rationele farmacotherapie is. Het bereide geneesmiddel komt alleen voor vergoeding in aanmerking als er geen gelijkwaardig geregistreerd geneesmiddel vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Op de landelijke vergoedingenlijst staat vermeld welke geneesmiddelen

- voldoen aan bovenstaande voorwaarden. Deze landelijke vergoedingslijst kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/geneesmiddelen onder de doorverwijzing naar de website van de KNMP;
- een geneesmiddel zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, en bereid in Nederland bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning, voor zover het rationele farmacotherapie is;
 - geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, voor zover het rationele farmacotherapie is, die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar zijn ingevoerd binnen Nederland en bestemd zijn voor de verzekerde die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners;
 - een geneesmiddel, zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub c van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
 - een geneesmiddel, zoals bedoeld in artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet.

Wat zijn de voorwaarden?

- tenzij anders afgesproken met een apotheker/apotheekhoudend huisarts door Zorg en Zekerheid, dienen geneesmiddelen te zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige en dienen ter hand gesteld te worden door een apotheker/apotheekhoudende huisarts;
- voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en mogelijk een toestemmingsvereiste. Dit is te vinden op: znformulieren.nl. Aan de hand van een ingevulde artsverklaring door uw voorschrijver, toetst de apotheek direct of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. De artsverklaring dient u tegelijk met het recept in bij de apotheek of kunt u uit privacyoverwegingen rechtstreeks naar Zorg en Zekerheid sturen;
- voor vergoeding van Totale Parenterale Voeding (TPV) bestaat alleen recht op vergoeding als het wordt geleverd door een Medisch gespecialiseerde leverancier en er vooraf toestemming is afgegeven door Zorg en Zekerheid
- per voorschrift van een geneesmiddel bestaat slechts aanspraak op farmaceutische zorg voor een periode van:
 - maximaal 30 dagen indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
 - maximaal 15 dagen indien het een geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie betreft;
 - maximaal één maand indien de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1.000,00 inclusief BTW bedragen of de kleinste handelsverpakking indien de kosten per handelsverpakking meer dan € 1.000,00 inclusief BTW bedragen, tenzij anders is overeengekomen met de apotheker. Met uitzondering van verblijf in buitenland tot maximaal 3 maanden;
 - minimaal 3 maanden en voor maximaal 12 maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten (te bepalen door de voorschrijver). Indien het betreffende geneesmiddel ter behandeling van chronische ziekten echter meer kost dan € 1.000,00 inclusief BTW per maand of indien het benzodiazepinen, hypnotica, anxiolytica betreft, dan bestaat per voorschrift aanspraak voor een periode van maximaal één maand;
 - maximaal 12 maanden indien het orale anticonceptiva betreft. Indien u voor de eerste maal orale anticonceptiva gebruikt, is de maximale termijn 3 maanden;
 - maximaal 1 maand in overige gevallen;
 - maximaal 6 maanden indien er sprake is van langdurig verblijf in het buitenland (langer dan 3 maanden) en er sprake is van een chronische indicatie.
- voor insuline en de anticonceptiepill is alleen bij de eerste levering een recept nodig.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- farmaceutische zorg wat geen verzekerde zorg is zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering;
- voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroepen;
- advies farmaceutische zelfzorg;
- advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
- advies ziekterisico bij reizen;
- preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
- geneesmiddelen voor onderzoek zoals bedoeld in artikel 40, lid 3, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel wat niet door VWS is aangewezen;
- geneesmiddelen als bedoeld in art 40, lid 3, onder f van de Geneesmiddelenwet met uitzondering van geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 19.2 onder d.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor geneesmiddelen die gedurende het jaar worden toegevoegd aan bijlage 2 en voor nieuw geïntroduceerde geneesmiddelen geldt een toestemmingsvereiste van Zorg en Zekerheid en kunnen bijkomende voorwaarden worden gesteld. Wanneer geen toestemming nodig is vermelden wij dit op onze website. De bijkomende voorwaarden kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/geneesmiddelen.
- voor een aantal geneesmiddelen zoals opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aanvullende voorwaarden en mogelijk een toestemmingsvereiste. Dit is te vinden op: znformulieren.nl.

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor sommige geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat er een limiet aan de vergoeding zit. Alles boven deze limiet, tot een bedrag van € 250,00 per jaar, komt hierdoor voor uw rekening. Deze bijbetaling telt niet mee voor het verplicht of vrijwillig eigen risico.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet gecontracteerde zorgverlener ga?

Ten aanzien van geneesmiddelen, geleverd door een niet-gecontracteerde apotheker, apotheekhoudend huisarts of medisch gespecialiseerde farmaceutische leverancier, vindt een kostenvergoeding plaats van 75% van de vergoedingsprijs van het geneesmiddel en het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners is in te zien op zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825.

19.3 Dieetpreparaten*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op dieetpreparaten (polymere, oligomere, monomere en modulaire) en het daarbij behorende advies en de begeleiding. Als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

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

U heeft bij dieetvoeding voor medisch gebruik aanspraak op het volgende:

- de eerste levering (waaronder een smaakpakket) is voor maximaal 1 maand;
- eventuele (automatische) vervolgafliveringen zijn voor maximaal 1 maand;
- de levering van dieetvoeding vindt plaats per stuk of per kleinste handelsverpakking;
- de aflevering van dieetpreparaten en/of toedieningssystemen inclusief toebehoren vindt plaats op het huisadres van de verzekerde, binnen 24 uur na bestelling;

Wat zijn de voorwaarden?

- sondevoeding dient te worden geleverd door een medisch gespecialiseerde leverancier;
- de 'Verklaring dieetpreparaten Zorg en Zekerheid', dient in aanvulling op het landelijke ZN formulier voor dieetpreparaten znformulieren.nl te zijn ingevuld door een diëtist of medisch specialist en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan;
- bij het eerste voorschrift bedraagt het gebruik van dieetpreparaten maximaal een periode van 1 maand;
- voor de vergoeding van aangepaste zuigelingenvoeding bij koemelkallergie dient de eliminatie-provocatietest uitgevoerd te worden;
- aangepaste zuigelingenvoeding wordt alleen vergoed wanneer de "Verklaring dieetpreparaten van Zorg en Zekerheid" is ingevuld en de leverancier van de voeding heeft vastgesteld dat aan de voorwaarden is voldaan.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor de vergoeding van dieetpreparaten na 1 maand, moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben van Zorg en Zekerheid;
- voor de vergoeding van zuigelingenvoeding na 1 maand, moet u vooraf schriftelijke toestemming hebben van Zorg en Zekerheid.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet gecontracteerde zorgverlener ga?

Ten aanzien van dieetpreparaten, geleverd door een niet-gecontracteerde apotheker, apotheekhoudend huisarts of medisch gespecialiseerde farmaceutische leverancier, vindt een kostenvergoeding plaats van 75% van de vergoedingsprijs van het geneesmiddel en het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners is in te zien op zorgzekerheid.nl/zorgzoeker. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825.

Artikel 20 Hulpmiddelen

De omvang van de aanspraak of vergoeding wordt bepaald door de verzekeringsovereenkomst en het door Zorg en Zekerheid nader vastgestelde Reglement Hulpmiddelen. Daar waar Zorg en Zekerheid dit heeft aangegeven in het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. Het Reglement Hulpmiddelen is te raadplegen via zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer: (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verstrekking van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden?

- het hulpmiddel moet noodzakelijk, doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, één en ander ter beoordeling van Zorg en Zekerheid;
- aanspraak op verstrekking van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen;
- het hulpmiddel moet voorgeschreven zijn door de behandelend arts;
- voor verbandmiddelen moet samen met de eerste nota een medische noodzakelijkheidverklaring van de huisarts of medisch specialist worden ingediend.

Waar heb ik geen recht op?

- de kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de ministeriële regeling 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;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen die voorgeschreven worden aan een verzekerde die behandeld wordt in een Wlz instelling waar hij verblijft en die worden geacht noodzakelijk te zijn voor de zorg die deze instelling verleent.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij aflevering van hulpmiddelen en verbandmiddelen door een niet-gecontracteerde leverancier vindt een kostenvergoeding plaats van 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 21 Ziekenvervoer

21.1 Algemene bepaling

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden:

- vervoer per ambulance, hiervan is sprake bij medisch noodzakelijk vervoer per ambulance;
- zittend ziekenvervoer, hiervan is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of (eigen) auto.

21.2 Ambulancevervoer

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer over een afstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid schriftelijke toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

Wat zijn de voorwaarden?

Het betreft ziekenvervoer:

- a. naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
- b. naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven;
- c. naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
- d. vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling:
 - waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt.
- e. naar uw eigen woning (of naar een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de verzorging kunt krijgen) als u komt van een zorgverlener/zorginstelling zoals bedoeld onder a t/m d.

Wat moet ik nog meer weten?

Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is, of als het de begeleiding van een kind, jonger dan 16 jaar, betreft. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid vervoer van twee begeleiders toestaan.

21.3 Zittend ziekenvervoer op medische indicatie*Waar heb ik recht op?*

U heeft recht op medisch noodzakelijk zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer in de laagste klasse, vervoer per (eigen) auto of taxi) van en naar een zorgverlener of zorginstelling over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer tenzij Zorg en Zekerheid toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

Wat zijn de voorwaarden?

- het betreft ziekenvervoer voor als:
 - a. u nierdialyse moet ondergaan;
 - b. u oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - c. u naar en van consulten, onderzoek en controles moet gaan die voor de hierboven in sub a en b genoemde behandelingen noodzakelijk zijn of die noodzakelijk zijn voor een behandeling die valt onder de hardheidsclausule zittend ziekenvervoer;
 - d. u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
 - e. uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
 - f. u jonger bent dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of een lichamelijk handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid.
- het moet verder gaan om ziekenvervoer:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin u zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b. naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg (Wlz) zal gaan verblijven;
 - c. vanuit een Wlz instelling naar:
 1. een persoon bij wie of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wlz een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wlz wordt verstrekt.
 - d. naar uw woning (of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen) indien u komt van een van de personen of instellingen, zoals bedoeld onder a tot en met c.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- voor openbaar vervoer en vervoer per taxi dient u vooraf schriftelijk toestemming te hebben verkregen van Zorg en Zekerheid. Daarvoor dient u het zittend ziekenvervoer aan te vragen zoals omschreven in artikel 21.4;
- als het zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is kan Zorg en Zekerheid vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

Wat moet ik nog meer weten?

- de vergoeding voor vervoer per (eigen) auto bedraagt € 0,30 per kilometer. De vergoeding wordt berekend op basis van de kortst gebruikelijke afstand. De afstand wordt berekend aan de hand van de 'optimale route' volgens de routeplanner, Routenet (www.routenet.nl);
- kosten voor openbaar vervoer of gebruik van de (eigen) auto worden vergoed op basis van de kortste gebruikelijke afstand;
- het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is, of als het de begeleiding van een kind, jonger dan 16 jaar betreft. In bijzondere gevallen kan Zorg en Zekerheid vervoer van twee begeleiders toestaan;
- buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule als hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig en gedurende meerdere keren per week is aangewezen op zittend ziekenvervoer over een bepaalde afstand of met een bepaalde reistijd, 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, met een verklaring van de behandelend arts.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij vervoer door een niet-gecontracteerde vervoerder vindt een kostenvergoeding plaats van 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

21.4 Wijze van aanvragen zittend ziekenvervoer*Hoe kan ik zittend ziekenvervoer aanvragen?*

- als sprake is van genoemde indicaties dient de verzekerde contact op te nemen met de Vervoerslijn, telefoonnummer: (071) 5 825 700 om de desbetreffende indicatie te melden;

- door de Vervoerslijn wordt bepaald op welk soort vervoer de verzekerde recht heeft;
- als de Vervoerslijn aangeeft dat taxivervoer noodzakelijk is, dient de verzekerde contact op te nemen met de Zorgvervoercentrale Nederland, telefoonnummer (010) 280 81 88, om het (rolstoel)taxivervoer te bestellen.

21.5 Eigen bijdrage zittend ziekenvervoer

Moet ik een eigen bijdrage betalen?

Voor de kosten van zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van maximaal € 103,00 per verzekerde per kalenderjaar.

- de eigen bijdrage is niet verschuldigd voor vervoer van een instelling: waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de verplichte verzekering voor langdurige zorg is opgenomen naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de verplichte verzekering voor langdurige zorg wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
- 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 zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die 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.

Telt de eigen bijdrage mee voor het eigen risico?

Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het voor de polis geldende eigen risico.

Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor de eigen bijdrage zittend ziekenvervoer. Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen bij overige.

21.6 Wijze van declareren zittend ziekenvervoer

Hoe kan ik de kosten declareren?

Voor het declareren van de kosten als sprake is van eigen vervoer, dient u het declaratieformulier zittend ziekenvervoer in te vullen en dit samen met uw nota's en afsprakenkaart naar Zorg en Zekerheid te sturen. Voor inzendtermijnen zie voorwaarden 4.1.1 onder e.

Artikel 22 Buitenland

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op (naar keuze):

- zorg verleend door een zorgverlener die door Zorg en Zekerheid is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener. De hoogte van de vergoeding vindt u bij de zorgsoort waar het om gaat, onder "Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?". Dit geldt niet als u toestemming van ons heeft gekregen voor de behandeling. Dan krijgt u maximaal 100% van het Wmg-(maximum)tarief vergoed. Is er geen Wmg-(maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;
- spoedeisende zorg: dit is medisch noodzakelijke zorg binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht, die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar het woonland. U krijgt bij spoedeisende zorg een vergoeding van de kosten tot maximaal 100% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;
- zorg waar u recht op heeft op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of een verdrag. De vergoeding van de kosten wordt ook geregeld door de EU-sociale zekerheidsverordening of het verdrag.

Let op! Het is mogelijk dat bijbetalingen van het betreffende land van toepassing zijn, bijvoorbeeld Belgische remgelden. Deze tellen wel mee voor het toepasselijke eigen risico of eigen bijdrage.

Wat zijn de voorwaarden?

- de zorg voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in deze polisvoorwaarden;
- de zorgverlener is bevoegd de zorg te verlenen in het betreffende land;
- de verwijzing naar een zorgverlener buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- voor nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld moet de verzekerde een vertaling, door een beëdigd tolk, bijvoegen. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

Heb ik toestemming nodig?

Voor intramurale zorg (opname van tenminste 1 nacht) heeft u voorafgaande toestemming nodig.

Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg

23.1 Generalistische Basis GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op Generalistische Basis GGZ zoals klinisch psychologen en psychiaters als zorg plegen te bieden. Deze zorg is toegankelijk vanaf 18 jaar en bestaat uit vijf prestaties, namelijk: kort, middel, intensief, chronisch en onvolledig behandeltraject.

U heeft recht op Generalistische Basis GGZ in een vrije vestiging geleverd door de volgende regiebehandelaren:

- a. een gezondheidszorgpsycholoog;
- b. een psychotherapeut;
- c. een klinisch (neuro)psycholoog;
- d. verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken, mogen de zorg ook ontvangen van de volgende regiebehandelaren:
 - een kinder- en jeugdpsycholoog;
 - een orthopedagoog generalist.

Mocht u generalistische basis GGZ ontvangen in een GGZ-instelling dan kan de voorgaande lijst van regiebehandelaren aangevuld worden met:

- de verpleegkundig specialist GGZ;
- de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater (als dementie de hoofddiagnose is);
- de verslavingsarts in profielregister KNMG (als verslaving en/of gokproblematiek de hoofddiagnose is).

Wat zijn de voorwaarden?

- de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar bij direct contact (activiteiten die in direct contact met u plaatsvinden) zijn:
 - a. het vaststellen, mede beoordelen van de diagnose en vaststellen van het dossier tijdens de diagnostiekfase. De diagnose wordt tevens onderbouwd;
 - b. het opstellen van een behandelplan gericht op verantwoorde behandeling naar de stand van de wetenschap en conform de richtlijn;
 - c. het evalueren van de behandeling en als nodig bijstellen van het behandelplan.
- de zorgverlener heeft een kwaliteitsstatuut GGZ dat geregistreerd is bij ggzkwakeitsstatuut.nl, wat voldoet aan het meest actuele model kwaliteitsstatuut GGZ.

Waar heb ik geen recht op?

De zorg omvat niet:

- de specialistische zorg bedoeld in artikel 23.2;
- een intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen;
- orthopedagogische zorg;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit eerder genoemde stoornis volgens DSM-5;
- hulp bij overspanning en burn-out, tenzij dit zich uit in eerder genoemde stoornis volgens DSM-5;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Interventies die niet door het Zorginstituut Nederland zijn beoordeeld, worden beoordeeld door Zorg en Zekerheid aan de stand van de wetenschap en praktijk. Leidraad hierbij is het advies van Zorgverzekeraars Nederland 'Therapieën GGZ' of opvolgend(e)/aanvullend(e) advies(zen). Dit advies kunt u vinden in de 'brochure therapieën' op zorgzekerheid.nl/ggzdocumenten.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor de generalistische basis GGZ is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Op de verwijsbrief moeten de volgende gegevens vermeld worden:

- persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
- reden van verwijzing (diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn);
- waarnaar wordt verwezen (generalistische basis GGZ);
- naam, functie en agb-code van de verwijzer;
- handtekening verwijzer;
- datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).

Een verwijzing is uiterlijk 9 maanden geldig. Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 9 maanden wordt onderbroken is er voor de vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

Wij volgen het 'besluit verwijzingen GGZ' van het ministerie van VWS van 21 april 2017. U kunt dit document (brochure afspraken verwijzing GGZ) vinden op zorgzekerheid.nl/ggzdocumenten.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

23.2 Gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op Gespecialiseerde GGZ zoals een psychiater en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg is toegankelijk vanaf 18 jaar. De zorg omvat niet de generalistische basis GGZ als bedoeld in artikel 23.1.

Wat zijn de voorwaarden?

- er moet sprake zijn van een regiebehandelaar;
- de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar bij direct contact (activiteiten die in direct contact met u plaatsvinden) zijn:
 - a. het vaststellen, mede beoordelen van de diagnose en vaststellen van het dossier tijdens de diagnostiekfase. De diagnose wordt tevens onderbouwd;
 - b. het opstellen van een behandelplan gericht op verantwoorde behandeling naar de stand van de wetenschap en conform de richtlijn;
 - c. het evalueren van de behandeling en als nodig bijstellen van het behandelplan.
- de regiebehandelaar draagt hiernaast de verantwoordelijkheid voor:
 - a. de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor het hulppersoneel verantwoordelijk is;
 - b. het voldoen van de dossiervoering aan de gestelde eisen. Medebehandelaars hebben daarin ook een eigen verantwoordelijkheid;
 - c. zich te laten informeren door medebehandelaars en andere bij de behandeling betrokken professionals, zoveel als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten bijdragen aan, en passen in, het vastgestelde behandelplan;
 - d. de zorg dat hij en medebehandelaars elkaar treffen in persoonlijk contact en in teamverband met de daartoe noodzakelijke frequentie op geleide van de problematiek van de patiënt;
 - e. goede communicatie met de patiënt en diens naasten (als van toepassing en akkoord door patiënt) over het beloop van de behandeling in relatie tot het behandelplan;
 - f. het afsluiten van de behandeling conform de dbc-spelregels.
- bij een instelling voor Gespecialiseerde GGZ kan gebruik worden gemaakt van hulppersoneel. Hulppersoneel is bevoegd om een gedeelte van de behandeling onder supervisie van de regiebehandelaar uit te voeren;
- uitsluitend zorgverleners die zijn opgenomen in de beroepentabel DBC-GGZ, zoals opgenomen in bijlage 3 bij de geldende Regeling gespecialiseerde GGZ van de NZa, kunnen taken als hulppersoneel vervullen. Deze regeling kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/ggzdocumenten;
- de zorg wordt verleend in de praktijk of kliniek van de zorgverlener. Voor thuisbehandeling wordt een uitzondering gemaakt wanneer er sprake is van medische noodzaak;
- de zorgverlener heeft een kwaliteitsstatuut GGZ dat geregistreerd is bij ggzkwakeitsstatuut.nl, wat voldoet aan het meest actuele model kwaliteitsstatuut GGZ en wordt nageleefd.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor de gespecialiseerde GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg/crisiszorg.

Op de verwijsbrief moeten de volgende gegevens vermeld worden:

- persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
- reden van verwijzing (diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn);
- waarnaar wordt verwezen (Gespecialiseerde GGZ);
- naam, functie en agb-code verwijzer;
- handtekening verwijzer;
- datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).

U moet ten aanzien van de periode waarvoor de verwijzing is verleend, beschikken over een geldige verwijzing, die niet ouder is dan 9 maanden ten opzichte van de aanvang van de zorg. Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is geen nieuwe verwijzing nodig, als de vervolgbehandeling binnen 9 maanden na einde van de eerdere behandeling aanvangt. Wanneer de behandeling langer dan 9 maanden wordt onderbroken, is er voor een vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

Wij volgen het 'Besluit verwijzingen GGZ' van het ministerie van VWS van 21 april 2017. U kunt dit document (brochure afspraken verwijzing GGZ) vinden op zorgzekerheid.nl/ggzdocumenten.

23.2.1 Klinische gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- opname in een GGZ-instelling, instelling voor specialistische verslavingszorg of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 3 jaar (1.095 dagen). Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als een onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1.095 dagen). Onderbrekingen wegens weekend- of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 3 jaar (1.095 dagen);
- specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de opname is medisch noodzakelijk in het kader van de behandeling;
- er moet sprake zijn van een regiebehandelaar. Bij klinische specialistische GGZ zijn dat:
 - a. de psychiater in alle gevallen;
 - b. de klinisch psycholoog in alle gevallen;
 - c. de verpleegkundig specialist in geval van patiënten/cliënten waar de primaire focus van de behandeling niet (meer) gericht is op biologische en psychologische factoren, maar meer op de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft in het (inter)persoonlijk functioneren;
 - d. de psychotherapeut bij vormen van psychotherapie binnen verschillende therapeutische referentiekaders;
 - e. de GGZ-psycholoog bij patiënten waar de primaire focus van de behandeling niet gericht is op biologische factoren of de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft, maar meer op de psychologische factoren, op voorwaarde dat een psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
 - f. de verslavingsarts in profielregister KNMG bij preventie, diagnostiek en behandeling van misbruik en verslaving van middelen, waaronder alcohol en tabak, illegale middelen en geneesmiddelen alsook zogenaamde gedragsverslavingen; wanneer er geen sprake is van co-morbiditeit met ernstige, complexe psychiatrische stoornissen;
 - g. de klinisch neuropsycholoog bij zorgvragen met specifieke neuropsychologische componenten;
 - h. de klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd waarbij multi-morbiditeit (van zowel psychiatrische als somatische aard) een grote rol speelt in de klachtenpresentatie;
 - i. verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken, mogen de zorg ook ontvangen van de volgende regiebehandelaren:
 - een kinder- en jeugdpsycholoog;
 - een orthopedagoog generalist.

Waar heb ik geen recht op?

- neurofeedback;
- psychoanalyse;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit eerdergenoemde diagnose volgens DSM-5;
- hulp bij overspanning en burn-out, die zich niet uit in diagnose volgens DSM-5, die wel vergoeding biedt;
- een intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen;
- orthopedagogische zorg;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Interventies die niet door het Zorginstituut Nederland zijn beoordeeld, worden beoordeeld door Zorg en Zekerheid aan de stand van de wetenschap en praktijk. Leidraad hierbij is het advies van Zorgverzekeraars Nederland 'Therapieën GGZ' of opvolgend(e)/aanvullend(e) advie(s)(zen). Dit advies kunt u vinden in de 'brochure therapieën' op zorgzekerheid.nl/ggzdocumenten;
- gespecialiseerde (verslavings-) zorg waarbij resocialisatie het primaire doel betreft;
- opname op basis van een sociale indicatie (bijvoorbeeld bij het niet beschikken over huisvesting).

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor verblijf dat (naar verwachting) langer duurt dan één jaar, (tweede en derde jaar verblijf) moet, voor het voortzetten van het verblijf, vooraf, te weten uiterlijk 2 maanden voor afloop van het eerste verblijfsjaar, schriftelijke toestemming worden aangevraagd bij Zorg en Zekerheid.

In de toestemmingsaanvraag moet de motivatie voor de noodzaak van verblijf worden vastgelegd, evenals het zorgzwaartepakket en een indicatie van de verwachte duur van het voortgezet verblijf. In individuele gevallen

kan de adviserend geneeskundige verzoeken om inzage in het behandelplan. Er dient een checklist LGGZ aanwezig te zijn die de indicatie tot langdurige GGZ aangeeft. Een dergelijke checklist LGGZ kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/ggzdocumenten.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij consultatie van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

23.2.2 Ambulante gespecialiseerde GGZ vanaf 18 jaar

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op gespecialiseerde GGZ:

- in een vrije vestiging door één van de volgende regie-behandelaren:
 - a. psychotherapeut;
 - b. klinisch (neuro)psycholoog;
 - c. psychiater.
- in een GGZ-instelling door één van de volgende regie-behandelaren:
 - a. de psychiater in alle gevallen;
 - b. de klinisch psycholoog in alle gevallen;
 - c. de verpleegkundig specialist in geval van patiënten/cliënten waar de primaire focus van de behandeling niet (meer) gericht is op biologische en psychologische factoren, maar meer op de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft in het (inter)persoonlijk functioneren;
 - d. de psychotherapeut bij vormen van psychotherapie binnen verschillende therapeutische referentiekaders;
 - e. de GGZ-psycholoog bij patiënten waar de primaire focus van de behandeling niet gericht is op biologische factoren of de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft, maar meer op de psychologische factoren, op voorwaarde dat een psychiater structureel aanwezig is bij het multidisciplinair overleg (MDO);
 - f. de verslavingsarts in profielregister KNMG bij preventie, diagnostiek en behandeling van misbruik en verslaving van middelen, waaronder alcohol en tabak, illegale middelen en geneesmiddelen alsook de zogenaamde gedragsverslavingen; wanneer er geen sprake is van co-morbiditeit met ernstige, complexe psychiatrische stoornissen;
 - g. de klinisch neuropsycholoog bij zorgvragen met specifieke neuropsychologische componenten;
 - h. de klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd waarbij multi-morbiditeit (van zowel psychiatrische als somatische aard) een grote rol speelt in de klachtenpresentatie
 - i. verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken, mogen de zorg ook ontvangen van de volgende regiebehandelaren:
 - een kinder- en jeugdpsycholoog;
 - een orthopedagoog generalist.

Wat zijn de voorwaarden?

De zorgverlener heeft een kwaliteitsstatuut GGZ dat geregistreerd is bij ggzkwaliteitsstatuut.nl, wat voldoet aan het meest actuele model kwaliteitsstatuut GGZ en wordt nageleefd.

Waar heb ik geen recht op?

- neurofeedback;
- psychoanalyse;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen, tenzij dit voortvloeit uit eerder genoemde diagnose volgens DSM-IV;
- hulp bij overspanning en burn-out;
- een intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg;
- begeleiding zoals cursussen en trainingen;
- orthopedagogische zorg;
- hulp bij psychische klachten zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Interventies die niet door het Zorginstituut Nederland zijn beoordeeld, worden beoordeeld door Zorg en Zekerheid aan de stand van de wetenschap en praktijk. Leidraad hierbij is het advies van Zorgverzekeraars Nederland 'Therapieën GGZ' of opvolgend(e)/aanvullend(e) advies(s)(zen). Deze adviezen kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/ggzdocumenten.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder ga?

Bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 24 Ketenzorg

24.1 Ketenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op multidisciplinaire gecoördineerde zorg ook wel ketenzorg genoemd, als u een specifieke chronische aandoening heeft. Voor de definitie van ketenzorg verwijzen wij naar de begripsomschrijvingen.

Waar heb ik geen recht op?

Zelfmanagement (niet door een huisarts of praktijkondersteuner gegeven) cursussen valt uitdrukkelijk niet onder de keten. Deze zorg wordt vergoed in sommige van onze aanvullende verzekeringen.

Wat zijn de voorwaarden?

De ketenzorg wordt geleverd bij een specifieke chronische aandoening (COPD, Astma, CVRM en Diabetes mellitus type 2). De zorg wordt door verschillende zorgverleners op een gecoördineerde wijze geleverd en is conform de vastgestelde zorgstandaard van de desbetreffende aandoening. Voor een overzicht van welke zorgaanbieders deelnemen aan de keten, kunt u terecht op onze website zorgzekerheid.nl. Onder het kopje Zorg en gezondheid en vervolgens onder ketenzorg is het overzicht te vinden.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling ga?

Bij hulp voor ketenzorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 75% van het door de NZa vastgestelde maximumtarief van niet-gecontracteerde ketenzorg. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

24.2 Voetzorg buiten de keten

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op voetzorg zoals huisartsen die plegen te bieden aan verzekerden met diabetes mellitus type 1 of 2. Deze zorg kan geleverd worden door podotherapeuten en/of door pedicures in opdracht van een podotherapeut. Deze zorg kan zowel binnen de Ketenzorg (artikel 24.1) als buiten de Ketenzorg verleend worden.

Wat zijn de voorwaarden?

- er moet sprake zijn van medisch noodzakelijke zorg;
- er moet sprake zijn van minimaal een Zorgprofiel 2. Uitzondering hierop is de jaarlijkse voetcontrole, waarvoor een Zorgprofiel 1 als minimum geldt;
- de zorg moet worden verleend door een podotherapeut of pedicure die onder contract staat van een podotherapeut. Meer informatie kunt u vinden op zorgzekerheid.nl;
- de podotherapeut moet de declaratie rechtstreeks en digitaal bij Zorg en Zekerheid indienen;
- de pedicure kan niet rechtstreeks bij Zorg en Zekerheid declareren maar declareert via de podotherapeut;
- de podotherapeut dient geregistreerd te staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd).

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist als de zorg niet verleend wordt door de huisarts of medisch specialist.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 25 Stoppen met roken

Waar heb ik recht op?

Deze zorg omvat geneeskundige zorg gericht op gedragsverandering met als doel te stoppen met roken. U heeft recht op geneesmiddelen die zijn voorgeschreven als onderdeel van het programma. U kunt het programma alleen volgen of in een groep.

Wat zijn de voorwaarden?

U heeft recht op één stoppen met roken programma per kalenderjaar.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 26 Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op (extramurale) zintuiglijk gehandicaptenzorg. Deze zorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (zoals doventolk zorg);
- complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen pre linguaal doven.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft voor aanvang van de zorg een schriftelijke verwijzing nodig voor:

Auditieve of communicatieve beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS).

- u moet zijn doorverwezen door een medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC);
- bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Visuele beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking.

- voor de verwijzing moet u zijn doorverwezen door een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG);
- bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Heeft u medisch noodzakelijk verblijf in een instelling nodig in combinatie met extramurale zintuiglijk gehandicaptenzorg? Dan moet u voor de start van het verblijf schriftelijk toestemming aan ons vragen. Bij de aanvraag moeten de volgende gegevens vermeld en bijgevoegd worden:

- de verwijsbrief;
- een onderbouwing van de medische noodzaak van het verblijf;
- de verwachte verblijfsduur.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Wat zijn de voorwaarden?

- een hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- de zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop;

- de zorg gaat niet gepaard met verblijf zoals bedoeld in artikel 6.2, artikel 18.5 en artikel 27.2;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg met een minimaal benodigd deskundigheidsniveau.
- de zorg betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;
- voor het Zvw-pgb gelden hiernaast de voorwaarden volgens het Reglement persoonsgebonden budget;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen;
- verpleging en verzorging ten laste van de zorgverzekeringswet als u aan de voorwaarden van de Wlz voldoet.

Heb ik een verwijzing nodig?

- voor verpleging en verzorging voor verzekerden onder de 18 jaar is een verwijzing nodig van een kinderarts;
- voor palliatief terminale zorg is een verklaring nodig van de behandelend arts. Uit de verklaring moet blijken dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U moet vooraf schriftelijk toestemming aanvragen als er meer zorg nodig is dan gemiddeld 12 uur per etmaal. Het machtigingsformulier kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/wijkverpleging bij downloads.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid als ik naar een niet-gecontracteerde zorginstelling ga?

U dient vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (ZVW-PGB)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

27.3 Eerstelijns verblijf

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf in een Eerstelijns verblijf (ELV) instelling in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorg bestaat uit:

- verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging;
- generalistische geneeskundige zorg (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden);
- paramedische zorg voor zover dit onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname;
- geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de huisarts of medisch specialist heeft de indicatie gesteld en een verwijzing afgegeven voor ELV;
- de zorg wordt geleverd door een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) met minimaal niveau 3 onder toezicht van een HBO-verpleegkundige;
- bij de opname in een ELV instelling is er zicht op herstel en terugkeer naar de eigen omgeving, tenzij er sprake is van palliatieve zorg;
- er is een Zorgplan opgesteld door een behandelaar in de ELV instelling met inschatting van de duur van het verblijf;
- de duur van ELV is tenminste 24 uur en in de regel niet langer dan 91 dagen maanden. Na 1095 dagen bestaat geen recht meer op ELV;
- de ELV instelling beschikt over een toelating op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI).

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op ELV als:

- respijtzorg (Wmo/Wlz), crisiszorg (Wmo/Wlz) of (geriatrische) revalidatiezorg aangewezen is;
- er sprake is van een indicatie voor verblijf in een medisch-specialistische zorg (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) of specialistische GGZ-zorg instelling.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor het voortzetten van een behandeling die (naar verwachting) langer duurt dan 91 dagen heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag moet uiterlijk 2 weken voor het verstrijken van de 91 dagen ingediend zijn bij Zorg en Zekerheid.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorginstelling ontvangt u een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte tot maximaal 75% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Bij het indienen van een restitutenota, moet u de verwijzing van de huisarts of medisch specialist toevoegen. Diagnose-informatie op de verwijzing hoeft niet zichtbaar te zijn.

Artikel 28 Gecombineerde Leefstijlinterventie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), bestaande uit een behandelingsfase en een onderhoudsfase. Dit programma kent een doorlooptijd van 24 maanden;
- het programma is gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering;
- het programma bestaat uit een intake, individuele bijeenkomsten en groepsbijeenkomsten en een outtake;
- tijdens dit programma wordt u begeleid door een leefstijlcoach.

Wat zijn de voorwaarden?

- u heeft recht op de GLI als u een matig verhoogd gewicht gerelateerd gezondheidsrisico (GGR) heeft volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas;
- u bent 18 jaar of ouder. Uitzondering hierop is als u 16 of 17 jaar bent en sprake is van een matig verhoogd GGR (of hoger) en de behandelaar inschat dat de jeugdige baat kan hebben bij een GLI die op de leest voor volwassenen is geschied;
- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt is kwaliteits geregistreerd voor de betreffende GLI. Registratie vindt plaats in het register van de BLCN of in het register van de eigen paramedische beroepsgroep. In dit laatste geval betreft dit een specifieke registratie als leefstijlcoach;
- de GLI moet bewezen effectief zijn volgens het Loket Gezond Leven (loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies) van het RIVM;
- tijdens het aanbieden van de GLI blijft de huisarts betrokken: de zorgverlener van de GLI stemt af met de huisarts, koppelt regelmatig resultaten terug en overlegt zo nodig over eventuele aanvullende zorg;
- binnen de GLI moet de zorgverlener de contacten onderhouden met de huisarts, met andere zorgverleners en in voorkomende gevallen met het sociale domein.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- de daadwerkelijke begeleiding bij het bewegen zelf;
- Gecombineerde Leefstijlinterventies die niet bewezen effectief zijn volgens het Loket Gezond Leven van het RIVM.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de huisarts.

Rubriek C Informatie

Heeft u vragen? Op zorgenzekerheid.nl vindt u veel informatie. Ook kunt u de medewerkers van ons Contact Center bellen. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 8.00 tot 18.00 uur op telefoonnummer: (071) 5 825 825. Of u kunt een bezoek brengen aan één van onze winkels.

MijnZZ

Verzekerden van Zorg en Zekerheid hebben toegang tot MijnZZ. Via MijnZZ is het mogelijk ingediende declaraties, eigen risico, persoonlijke gegevens en polis gegevens te raadplegen en (op moment van toepassing) te wijzigen. Bovendien kunt u via MijnZZ uw nota's online declareren. U kunt in MijnZZ inloggen met uw DigiD account via zorgenzekerheid.nl/mijnzz.

Hoe krijg ik mijn nota vergoed?

Zorg en Zekerheid vergoedt alleen kosten op basis van de originele nota's (dus geen pinbonnen en/of kassabonnen), of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener.

U kunt uw nota's op de volgende manier indienen:

- schrijf uw relatienummer op de originele nota en declareer uw nota('s) online via MijnZZ zorgenzekerheid.nl/mijnzz. De originele nota dient u minimaal drie jaar na uploaden te bewaren. Binnen deze periode kunnen wij de nota nog opvragen voor controle;
- Of;
- dien uw declaratie in via de **Zorg en Zekerheid app** (gratis te downloaden via App Store of Google Play Store);
- de inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming te vragen, welke dat zijn kunt u terugvinden in deze polisvoorwaarden onder Rubriek B Omvang dekking.

Hoe krijg ik mijn buitenland nota vergoed?

Bij de declaratie van in het buitenland gemaakte geneeskundige kosten moet u naast de originele nota ook een declaratieformulier indienen. Dit formulier is te downloaden via zorgenzekerheid.nl/brochures of verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid. De originele nota kunt u samen met het declaratieformulier voldoende gefrankeerd opsturen naar:

Zorg en Zekerheid
T.a.v. de Afdeling Declaraties Buitenland
Postbus 428
2300 AK LEIDEN

Eén IBAN

Bij declaraties is het niet nodig uw IBAN te vermelden. Zorg en Zekerheid gebruikt voor het uitbetalen van uw declaraties zoveel mogelijk hetzelfde IBAN als voor de incasso of betaling van de premies. Dit IBAN staat vermeld op uw polisblad.

Rubriek A Omvang dekking

In deze rubriek vindt u de aanspraken en/of de vergoedingen waarop u, als verzekerde, recht heeft. In de artikelen is aangegeven onder welke voorwaarden en tot welk bedrag er maximaal recht op vergoeding bestaat. De Ledenraad heeft dit besloten op 1 november 2018. De vergoedingen voor de (medische) kosten vanuit de aanvullende verzekeringen van Zorg en Zekerheid zijn gebaseerd op het door of namens ons met de zorgverlener overeengekomen tarief. Als er geen tarief is overeengekomen, vergoeden wij de (medische) kosten volgens het in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) vastgestelde tarief. Als er geen Wmg-tarief is vastgesteld, vergoeden wij de (medische) kosten volgens de tarieven die staan op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker. U heeft als verzekerde slechts recht op zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Of dit zo is, wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten. De verzekeringsvoorwaarden en deze rubriek samen vormen de Algemene Voorwaarden van uw aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid.

Artikel 1 Buitenland

1.1 Algemene voorwaarden voor vergoeding van de kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke zorg in het buitenland

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige hulp en/of tandheeskundige hulp en/of kosten voor hulpverlening in het buitenland worden vergoed als:

- bij het vertrek naar het buitenland niet kon worden voorzien dat de geneeskundige en/of tandheeskundige hulp nodig zou zijn;
- het verkrijgen van geneeskundige en/of tandheeskundige hulp niet uitsluitend of mede het doel van het verblijf in het buitenland is;
- uitstel van de behandeling tot na terugkeer in Nederland niet medisch verantwoord is;
- bij een ziekenhuisopname, in geval van een langdurige medische behandeling, bij meer dan twee poliklinische behandelingen en zonder uitstel contact is opgenomen met de ANWB Alarmcentrale. Dit kan bij voorkeur per telefoon (+31 71 5 825 444) of eventueel per e-mail (alarmcentrale@anwb.nl) of fax (+31 70 3 147 040);
- bij de declaratie van genees- en verbandmiddelen een afschrift van het recept of een bewijs van consult bij een huisarts/medisch specialist wordt meegestuurd.

De vergoeding is per kalenderjaar.

1.2 Spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De kosten moeten zijn gemaakt gedurende vakantie- of zakenreis (inclusief ski- en langlaufsport), stage- of studieperiode.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
100%

1.2.1 Geneeskundige kosten

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor onderstaande geneeskundige kosten:

- geneeskundige hulp door een arts of een medisch specialist;
- ziekenhuisverpleging in de laagste klasse;
- (plaatselijk) medisch noodzakelijk ambulancevervoer van de verblijfplaats in het buitenland naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, arts of specialist en weer terug naar de reguliere verblijfplaats in het buitenland;
- medisch noodzakelijk vervoer per taxi, eigen en openbaar vervoer. Maakt u gebruik van eigen vervoer, dan vergoedt Zorg en Zekerheid € 0,30 per kilometer. De vergoeding bedraagt in alle gevallen maximaal € 115,00 per vakantie en/of zakenreis;
- fysiotherapiebehandelingen van een chronische aandoening fysiotherapie, die reeds gestart zijn in Nederland;
- genees- en verbandmiddelen op voorschrift van een arts of medisch specialist in het buitenland.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
100%

1.2.2 Tandheeskundige kosten

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van tandheelkundige noodhulp op basis van kostprijs.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het moet gaan om kosten van tandheelkundige noodhulp.

Welke kosten worden niet vergoed?

Uitgesloten zijn de kosten van kronen, brugwerk en implantaten.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
Geen vergoeding

1.2.3 Medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland en toezending geneesmiddelen*Wat wordt er vergoed?*

In aanmerking komen de kosten voor medisch noodzakelijke repatriëring en de noodzakelijke toezending van geneesmiddelen.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het betreft:

- medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland van de zieke of gewonde verzekerde, respectievelijk overbrenging van het stoffelijk overschot van de verzekerde naar Nederland;
- medisch noodzakelijke begeleiding bij de hiervoor vermelde repatriëring;
- de toezending van geneesmiddelen voor zover de douanebepalingen dit toelaten. De geneesmiddelen moeten dringend noodzakelijk zijn, niet verkrijgbaar zijn in het land van verblijf en op voorschrift van een arts worden verstrekt.

Tevens worden de repatriëring, de begeleiding en de toezending van geneesmiddelen, na vooraf verleende goedkeuring, door of in opdracht van de ANWB Alarmcentrale uitgevoerd.

Welke kosten worden niet vergoed?

Kosten van repatriëring op sociale (niet-medische) gronden, anders dan in geval van overbrenging van een stoffelijk overschot, worden niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
100%

1.2.4 De kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale*Wat wordt er vergoed?*

In aanmerking komen de kosten van hulpverlening door de ANWB Alarmcentrale.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het betreft de kosten van organisatie en bemiddeling door de ANWB Alarmcentrale in verband met de volgende gebeurtenissen:

- ziekte, ongeval en overlijden;
- opname in een ziekenhuis;
- langdurige medische behandeling en meer dan tweemaal poliklinische behandeling door een arts of specialist;
- medisch noodzakelijke repatriëring van de verzekerde naar Nederland;
- toezending van geneesmiddelen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
100%

1.3 Uitsluitingen

Welke kosten worden niet vergoed?

Er bestaat geen recht op vergoeding van geneeskundige en/of tandheelkundige kosten en/of kosten uit uw aanvullende verzekering voor hulpverlening in het buitenland in het geval er sprake is van:

- verblijf in een land waarvoor een negatief reisadvies geldt van het Ministerie van Buitenlandse Zaken (zie www.minbuza.nl) of de ANVR;
- kosten die voortvloeien uit skispringen, skivliegen, skijöring, ski-alpinisme, tourskiën, gletscherskiën, gletschertochten, bobsleeën, wedstrijdrodelen, skeleton, ijshockey, paraskiën, heliskiën, het onderdeel figuurspringen van freestyleskiën en de voorbereiding tot en deelname aan wintersportwedstrijden (behalve Gästerennen). Als u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland declaraties@zorgenzekerheid.nl;
- kosten die voortvloeien uit risicovolle sporten, zoals deltavliegen, parachutespringen, zeilvliegen en dergelijke, vechtsporten, wielervedstrijden, rugby, wildwatervaren, paardenrenwedstrijden, zeezeilen in wedstrijdverband en bergtochten anders dan op begaanbare wegen en paden, sportduiken (zonder brevet of zonder professionele begeleiding);
- als u een sport gaat beoefenen die hier niet wordt vermeld, verzoeken wij u contact op te nemen met het Team Buitenland declaraties@zorgenzekerheid.nl;
- kosten die verband houden met zwangerschap of bevalling na de 31ste week;
- kosten die verband houden met tandheelkundige zorg voor verzekerden met een AV-Gemak;
- kosten die verband houden met alternatieve zorg zowel behandelingen als medicatie;
- kosten die verband houden met paramedische zorg met uitzondering van de vooraf gemachtigde behandelingen;
- kosten vermeld op nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

Artikel 2 Farmaceutische hulp

2.1 Anticonceptiva

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor anticonceptiva (orale geneesmiddelen, hulpmiddelen). Onder deze kosten vallen ook de verrichtingskosten van de huisarts of verloskundige.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de kosten worden vergoed exclusief de eventuele GVS-eigen bijdrage;
- de anticonceptiva moeten worden voorgeschreven door uw (huis)arts en verstrekt worden door een gecontracteerde apotheek;
- bij de verstrekking door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 100% van het in de markt gebruikelijke tarief;
- het Reglement Farmaceutische Zorg is van kracht. Het reglement is te raadplegen via zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
100% vanaf 21 jaar (exclusief de GVS-eigen bijdrage)

Artikel 3 Paramedische behandelingen

3.1 Algemene voorwaarden fysiotherapie en/of oefentherapie

- de fysiotherapiebehandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut;
- de oefentherapiebehandeling moet worden uitgevoerd door een oefentherapeut Mensendieck dan wel een oefentherapeut Cesar;
- in geval van oedeemtherapie en littekentherapie kan de behandeling ook uitgevoerd worden door een huidtherapeut;
- de fysiotherapeut moet geregistreerd staan in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie, Keurmerk Fysiotherapie of dient aan te tonen dat hij/zij voldoet aan de eisen zoals gesteld door één van beide registratiesystemen;
- de oefentherapeut en huidtherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd); in geval van een zitting manuele therapie, kindfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie of geriatrie fysiotherapie moet de behandeling worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die voor de betreffende verbijzondering staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie;

- in geval van een zitting kinderoefentherapie moet de behandeling worden uitgevoerd door een oefentherapeut die voor de betreffende therapie geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici (status kwaliteitsgeregistreerd);
- een chronische aandoening moet benoemd zijn in Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering. Of sprake is van een chronische aandoening kan afhangen van de leeftijd van de verzekerde. Voor een aantal van deze aandoeningen is de vergoeding bovendien beperkt tot de maximale behandelduur, zoals in Bijlage 1 bij het besluit Zorgverzekering is aangegeven;
- voor een chronische aandoening geldt dat de therapie medisch noodzakelijk is en door een behandelend arts is voorgeschreven;
- de fysiotherapeutische of oefentherapeutische behandeling bestaat uit zogenaamde prestaties. Elke prestatie telt als één behandeling. Dit betekent dat bijvoorbeeld ook een “screening” en een “intake en onderzoek na screening” elk als één behandeling kunnen tellen;
- elk behandeltraject start met “screening” en “intake en onderzoek na screening” of met “screening en intake en onderzoek” of met “intake en onderzoek na verwijzing”;
- fysiotherapie of oefentherapie voor een niet-chronische aandoening is direct toegankelijk (er is geen verwijzing nodig). Deze Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) omvat de “screening” en “intake en onderzoek na screening” of “screening en intake en onderzoek”;
- per dag komt maximaal één zitting fysiotherapie of oefentherapie voor vergoeding in aanmerking tenzij:
 - a. er medische noodzaak bestaat voor meerdere zittingen op één dag en dit is vastgesteld door een arts, deze zittingen verantwoord gespreid zijn en Zorg en Zekerheid vooraf toestemming heeft gegeven aan de therapeut;
 - b. het gaat om “screening”, “screening en intake en onderzoek”, “intake en onderzoek na screening”, “intake en onderzoek na verwijzing” of “instructie/overleg ouders/verzorgers van de patiënt”. Deze prestaties mogen in combinatie met bepaalde prestaties wel op één dag plaatsvinden. Uw therapeut weet om welke prestaties het gaat.
- als u zittingen in groepsverband ontvangt, heeft u geen recht op vergoeding van individuele zittingen voor dezelfde aandoening, al dan niet gegeven door een andere fysiotherapeut of oefentherapeut. Dit geldt niet wanneer de individuele zittingen deel uitmaken van de groepsbehandeling én als deze ingezet worden als beginmeting, tussentijdse evaluatie en/of eindmeting;
- het maximale aantal behandelingen dat is aangegeven per aanvullend pakket geldt voor de fysiotherapiebehandelingen die zijn omschreven onder 10.1.1, 10.1.2 en 10.1.3 samen;
- handelingen die worden verricht tijdens de zitting, zoals shockwave en dry needling zijn onderdeel van de reguliere behandeling en mag de fysiotherapeut of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;
- de kosten van tijdens de behandeling verstrekte materialen, zoals (hulp-)verbandmiddelen, zijn onderdeel van de behandeling en mag de fysiotherapeut of oefentherapeut niet apart bij u in rekening brengen;
- in geval van behandeling voor claudicatio intermittens moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten zijn bij ClaudicatioNet. U vindt de gegevens van de gecontracteerde ClaudicatioNet fysiotherapeuten op zorgzekerheid.nl/zorgzoeker of u kunt ze opvragen via ons Contact Center (071) 5 825 825 of bij een van onze verzekeringswinkels;
- Zorg en Zekerheid vergoedt alleen gesuperviseerde looptraining na 37 zittingen uit de basisverzekering bij Claudicatio Intermittens gegeven door een fysiotherapeut of oefentherapeut die is aangesloten bij ClaudicatioNet;
- in geval van behandeling voor de ziekte van Parkinson en Parkinsonismen moet uw fysiotherapeut of oefentherapeut aangesloten zijn bij ParkinsonNet.

Wat wordt niet vergoed?

- behandelingen op basis van de indicatie artrose aan heup- en kniegewrichten;
- behandelingen op basis van de indicatie COPD.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- in bijzondere gevallen heeft u vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid voor fysiotherapie of oefentherapie. Het gaat hier om de volgende indicaties (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering):
 - a. Div D5 Revalidatie(dag)behandeling, 12 maanden in aansluiting op ontslag;
 - b. Div D5 Verpleeghuisopname, 12 maanden in aansluiting op ontslag;
 - c. Div D5 Ziekenhuisopname, 12 maanden in aansluiting op ontslag.
- de aanvraag tot toestemming van Zorg en Zekerheid moet worden ingediend door uw behandelend fysiotherapeut of oefentherapeut.

3.1.1 Fysiotherapie door een gecontracteerde fysiotherapeut

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie per verzekerde per kalenderjaar, voor zowel chronische als niet-chronische aandoeningen, voor zover er geen recht is op vergoeding uit de basisverzekering.

Welke verbijzonderingen fysiotherapie worden vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeemtherapie, psychosomatische fysiotherapie en geriatrie fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een gecontracteerde fysiotherapeut. U vindt de gegevens van deze gecontracteerde fysiotherapeuten op zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker of u kunt ze opvragen via ons Contact Center: (071) 5 825 825 of bij een van onze verzekeringswinkels;
- voor de verbijzonderingen fysiotherapie gelden de aanvullende voorwaarden zoals bepaald in artikel 3.1.3;
- alle zittingen voor eerstelijns fysiotherapie, ook als gegeven door een huidtherapeut, en -oefentherapie tellen mee in de genoemde maxima, ook eerstelijnszittingen die hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis of instelling.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
Maximaal 9 behandelingen * vergoeding tezamen met oefentherapie

3.1.2 Fysiotherapie door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut**Wat wordt er vergoed?**

In aanmerking komen de kosten van fysiotherapie per verzekerde per kalenderjaar voor chronische en niet chronische aandoeningen, voor zover er geen recht is op vergoeding volgens de basisverzekering. Hiertoe behoren ook de behandelingen manuele therapie, kinderfysiotherapie, bekkenfysiotherapie, oedeem- en huidtherapie, psychosomatische en geriatrie fysiotherapie. Voor deze verbijzonderingen fysiotherapie gelden de aanvullende voorwaarden zoals bepaald in artikel 3.1.3.

Bij hulp door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut (oedeem- of littekentherapie) vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. De vergoeding voor een verbijzonderde zitting (bijv. manuele therapie) door een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut is gelijk aan de vergoeding voor een reguliere zitting bij een niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut (er wordt geen opslag toegekend).

Wat wordt er niet vergoed?

- de prestaties "screening", "intake en onderzoek na screening" en "screening en intake en onderzoek" (Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie) door een niet-gecontracteerde zorgverlener;
- de "toeslag voor behandeling aan huis", "toeslag voor behandeling in een instelling" en de "toeslag voor behandeling op de werkplek" door een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
Maximaal 9 behandelingen * vergoeding tezamen met oefentherapie

3.1.3 Verbijzonderingen fysiotherapie**Manuele therapie**

Als onderdeel van het aantal behandelingen per aanvullende verzekering, aangegeven in artikel 3.1.1 en 3.1.2, worden zo nodig maximaal 9 behandelingen manuele therapie vergoed. Zowel de behandelingen in de basisverzekering als de behandelingen in de aanvullende verzekering tellen mee voor deze 9.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als manueel therapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de behandeling manuele therapie wordt vergoed voor aandoeningen behorend binnen de Domeinbeschrijving Manuele Therapie van de Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT). De lijst van deze aandoeningen is bekend bij uw fysiotherapeut.

Kinderfysiotherapie**Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?**

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of Keurmerk Fysiotherapie (status kwaliteitsgeregistreerd);
- de behandeling kinderfysiotherapie wordt vergoed voor aandoeningen behorend binnen de Domeinbeschrijving Kinderfysiotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVFK). De lijst van deze aandoeningen is bekend bij uw fysiotherapeut.

Bekkenfysiotherapie

Als er sprake is van klachten in het gebied van bekken, buik en bekkenbodem, zoals urine-incontinentie of zwangerschap gerelateerde bekken(bodem)klachten, kan er een behandelindicatie zijn voor bekkenfysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie (status kwaliteitsgeregistreerd);
- voor de behandeling bekkenfysiotherapie geldt dat sprake moet zijn van een aandoening die voldoet aan de gestelde richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek (NVFB). De lijst van deze aandoeningen is bekend bij uw fysiotherapeut.

Oedeemtherapie

Als er sprake is van aandoeningen aan het lymfatisch- of veneuze stelsel dan kan er sprake zijn van een behandelindicatie voor oedeemtherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapeut (status kwaliteitsgeregistreerd) of door een huidtherapeut die gecontracteerd is door Zorg en Zekerheid;
- bij behandeling van een chronische indicatie door een huidtherapeut is een geldige verwijzing van een arts aanwezig.

Psychosomatische fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met psychisch disfunctioneren, kan er een behandelindicatie zijn voor psychosomatische fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als psychosomatisch fysiotherapeut geregistreerd is in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie (status kwaliteitsgeregistreerd). De lijst van deze aandoeningen is bekend bij uw fysiotherapeut;
- er dient sprake te zijn van matig tot zwaar gecompliceerde psychische herstelbelemmerende factoren, een en ander ter beoordeling van de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid, met inachtneming van de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek (NFP);
- de verzekerde is 18 jaar of ouder.

Geriatric fysiotherapie

Als er sprake is van lichamelijke klachten waarbij een duidelijke relatie bestaat met geriatrische problematiek, kan er een behandelindicatie zijn voor geriatric fysiotherapie.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut die als geriatric fysiotherapeut is geregistreerd in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of het Keurmerk Fysiotherapie (status kwaliteitsgeregistreerd). De lijst van deze aandoeningen is bekend bij uw fysiotherapeut;
- er moet sprake zijn van aandoeningen die worden vastgesteld op basis van de criteriumlijst van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatric (NVFG).

3.2 Oefentherapie Mensendieck/Cesar

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van oefentherapie Mensendieck/Cesar uitgevoerd door een gecontracteerde zorgverlener per verzekerde per kalenderjaar, voor zowel chronische als niet-chronische indicaties, voor zover er geen recht is op vergoeding volgens de basisverzekering.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde oefentherapeut ga?

- bij hulp door een niet-gecontracteerde oefentherapeut vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. De vergoeding voor een verbijzonderde zitting (bijv. kinderoefentherapie) door een niet-gecontracteerde oefentherapeut is gelijk aan de vergoeding voor een reguliere zitting bij een niet-gecontracteerde oefentherapeut (er wordt geen opslag toegekend);
- de prestaties "screening", "intake en onderzoek na screening" en "screening en intake en onderzoek" (directe toegankelijkheid) door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed;
- de "toeslag voor behandeling aan huis", "toeslag voor behandeling in een instelling" en "toeslag voor behandeling op de werkplek" door een niet-gecontracteerde zorgverlener worden niet vergoed.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
Maximaal 9 behandelingen * vergoeding tezamen met fysiotherapie

Artikel 4 Tandheelkundige hulp

Wat zijn de algemene voorwaarden voor vergoeding?

Kosten van een tandheelkundige behandeling worden alleen vergoed als die behandeling volgens Zorg en Zekerheid doelmatig is, in de beroepsgroep gebruikelijk is en als de behandeling niet onnodig kostbaar of ingewikkeld is. Zorg in de aanvullende verzekering is een aanvulling op de basisverzekering, daarom kan zorg uit de basisverzekering niet onder de aanvullende verzekering vallen. Voor vergoeding komen alleen de kosten in aanmerking die niet gedekt zijn door de zorgverzekering of op een andere wijze; zie ook Rubriek B, artikelen 8.f en 9. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of orthodontist, tenzij anders vermeld.

Behandelingen gericht op controle, preventie, mondhygiëne en tandvleesproblemen kunnen ook uitgevoerd en in rekening gebracht worden door een vrijgevestigde mondhygiënist. De bijbehorende behandelingen zijn beschreven in artikel 4.2.1 en 4.2.2. De vergoeding van de bijbehorende prestatiecodes vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

De behandelingen worden vergoed volgens de tariefbeschikking zoals opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit.

De bedragen zoals gemeld in de vergoedingentabellen zijn per verzekerde per kalenderjaar, tenzij anders vermeld.

Welke kosten worden niet vergoed?

- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;
- niet tijdig afgemelde afspraken;
- de kosten voor röntgendiagnostiek in combinatie met controle boven de € 35,00 per kalenderjaar;
- de kosten voor M01 (preventieve voorlichting), M02 (evaluatie) en M03 (gebitsreiniging) tezamen boven de 30 minuten per kalenderjaar;
- vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;
- maken en beoordelen van meerdimensionale kaakfoto's;
- maken en beoordelen van kaakoverzichtsfoto's tot 18 jaar;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- bleken van elementen;
- bij orthodontie het gebruik van een elektronische chip en bespreken van de gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur, inclusief de techniekkosten;
- bij orthodontie de vacuümgevormde hoesjes (ook wel genoemd doorzichtige beugel), categorie 7 beugel, zoals bijvoorbeeld de Invisalign®;
- de kosten die bij u in rekening worden gebracht als u voor de volledige gebitsprothese naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat;
- de behandeling trigger point met botox.

4.1 Tandheelkundige hulp aan verzekerden tot 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor tandheelkundige hulp.

Wat wordt er niet vergoed?

De kosten voor orthodontische hulp.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
75% tot maximaal € 250,00

4.2 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 18 jaar

4.2.1 Controle

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de volledige kosten voor tandheelkundige behandelingen met betrekking tot controles, indien de behandelingen uitgevoerd en gedeclareerd worden door een tandarts of mondhygiënist.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
75% tot maximaal € 250,00

Het maximumbedrag per aanvullende verzekering geldt voor tandheelkundige behandelingen zoals genoemd onder 4.2.1 en 4.2.2 samen.

4.2.2 Overige tandheelkundige behandelingen

Wat wordt er vergoed?

- benodigde tandheelkundige behandelingen, gedeclareerd door een tandarts of mondhygiënist;
- orthodontische behandeling, gedeclareerd door een orthodontist of tandarts;
- de eigen bijdrage in de kosten van de volledige gebitsprothese in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- de eigen bijdrage in de kosten van een volledige gebitsprothese op implantaten in boven en/of onderkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- gedeeltelijke prothetische voorziening in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- mondbeschermer gemaakt en gedeclareerd door een tandarts.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Gemak
75% tot maximaal € 250,00

Het maximumbedrag geldt voor tandheelkundige behandelingen zoals genoemd onder 4.2.1 en 4.2.2 samen.

Rubriek B Verzekeringsvoorwaarden van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

1 Algemeen

Regelingen met betrekking tot de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde onderwerpen welke door Zorg en Zekerheid afzonderlijk worden voorgesteld, worden geacht van deze verzekeringsvoorwaarden deel uit te maken nadat deze aan de verzekerden zijn mede gedeeld.

2 Aanmelding

2.1 Aanvraag

De aanvraag voor de verzekering dient online te geschieden. De aanvrager verleent alle medewerking aan Zorg en Zekerheid bij het verkrijgen van inlichtingen of bij onderzoeken die Zorg en Zekerheid noodzakelijk acht voor de beoordeling van de aanvraag.

De AV-Gemak is een online verzekering. Als u deze verzekering heeft afgesloten heeft u toestemming verleend voor het digitaal ontvangen van de polis en overige correspondentie (zoals declaratiespecificaties en facturen) van Zorg en Zekerheid. Alle communicatie tussen u en Zorg en Zekerheid verloopt online.

2.2 Voorwaarden inschrijving

Als verzekerden voor de aanvullende verzekeringen van Zorg en Zekerheid kunnen worden ingeschreven:

- Personen woonachtig in Nederland of een ander EU/EER-land die als verzekerde zijn ingeschreven bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a., gevestigd te Leiden;
- Verzekerden woonachtig in Nederland die beschikken over een zorgverzekering bij een zorgverzekeraar voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert;
- Degenen die daartoe bij besluit van het bestuur van Zorg en Zekerheid zijn toegelaten.

2.3 Weigering van aanvraag

Zorg en Zekerheid kan de aanvraag weigeren indien er eerder sprake is geweest van een verzekering die is beëindigd omdat de verschuldigde premie niet is voldaan. Tevens kan Zorg en Zekerheid de aanvraag weigeren indien de verzekering eerder is beëindigd in verband met hetgeen is bepaald in 3.3.b bij het eerste streepje onder 1, 2 en 3.

2.4 Aanvaarding van de aanvullende verzekering

Door aanvaarding van de aanvullende verzekering neemt de verzekeringnemer de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat deze in voor de juistheid en volledigheid van de aan Zorg en Zekerheid verstrekte mededelingen.

2.5 Verzwijging

Zorg en Zekerheid is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering, zonder inachtneming van een opzegtermijn, op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen indien de gegevens op het aanvraagformulier of gegevens die op andere (schriftelijke) wijze aan Zorg en Zekerheid zijn verstrekt onvolledig of in strijd met de waarheid zijn. Dit geldt tevens indien omstandigheden verzwegen worden welke van dien aard zijn dat de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten wanneer Zorg en Zekerheid daarvan kennis had genomen. Dit laat onverkort het recht van Zorg en Zekerheid een beroep te doen op nietigheid van de verzekering conform de toepasselijke bepalingen in Titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek. Als Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van verzwijging onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald.

2.6 Persoonsregistratie

- De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde

persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing;

- b. Zorg en Zekerheid verstrekt in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst informatie aan zorgverleners of zorginstellingen omtrent uw verzekeringsstatus. Zorg en Zekerheid behoudt zich in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst het recht voor persoonsgegevens aan derden te verstrekken, met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Indien u niet wenst dat uw adres daarbij getoond wordt, kunt u dit schriftelijk doorgeven aan Zorg en Zekerheid;
- c. In het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert Zorg en Zekerheid conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. Conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen wordt een Incidentenregister gevoerd en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

3. Aanvang en beëindiging van de verzekering

3.1 Ingang verzekering

- a. De verzekering gaat in op de eerste van de maand volgend op die waarin het verzoek tot aanvraag voor de verzekering bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen, dit geldt voor inschrijvingen voor kinderen, wijzigingen bij verzekerden die 18 jaar worden en verzekerden die uit een collectiviteit komen;
- b. Pasgeborenen worden ingeschreven per de geboortedatum, indien de pasgeborene(n) binnen 4 maanden na de geboorte is/zijn aangemeld. Bij aanmelding buiten deze 4 maanden termijn geldt dat de inschrijving ingaat op de ontvangstdatum van de aanvraag voor de verzekering;
- c. Als Zorg en Zekerheid voor het afhandelen van de aanvraag voor de verzekering nadere informatie heeft opgevraagd, gaat de verzekering in op de eerste van de maand volgend op die waarin de benodigde informatie bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen;
- d. Als u geen aanvullende verzekering heeft en/of naar een hogere of lagere aanvullende verzekering wenst te gaan (m.u.v. het genoemde onder 3.1.a) gaat de verzekering niet eerder in dan per 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar.

3.2 Termijn

- a. De verzekering gaat in op de datum die op het originele/gewijzigde polisblad als ingangsdatum is vermeld. U (verzekeringnemer) mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de aanvullende verzekering niet op, dan verlengen wij de aanvullende verzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan plaatsvinden:
 - door uzelf (verzekeringnemer/verzekerde). U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk, telefonisch of per e-mail opzeggen;
 - door§ gebruik te maken van de opzegservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering afsluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
- b. Als de verzekering ingaat op een andere datum dan 1 januari, wordt de verzekering afgesloten voor de resterende duur van het lopende kalenderjaar.

3.3 Beëindiging

- a. De verzekering eindigt:
 - na afloop van de overeengekomen termijn indien de verzekeringnemer vóór 1 januari enig jaar schriftelijk, telefonisch of per e-mail opzegt;
 - op het tijdstip waarop de verzekerde niet langer zijn vaste woonplaats heeft in Nederland of een ander EU/EER-land;
 - bij overlijden van verzekeringnemer of verzekerde;
 - bij opzegging door de verzekerde wegens wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, verzekeringspakket en/of de premie, zoals bedoeld in 7.1 en wel op de wijze als in 7.3 is bepaald.
- b. De verzekering kan door Zorg en Zekerheid worden beëindigd:
 - door middel van schriftelijke opzegging en met ingang van een door Zorg en Zekerheid te bepalen tijdstip in geval van:
 1. Onjuiste opgave of verzwijging als bedoeld in 2.5;
 2. Niet tijdige betaling als bedoeld in 6.1.g onder 1;
 3. (Poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdrijvingen door de verzekerde.
 - als niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving als bedoeld in 2.2;
 - door opzegging van dan wel ontzetting uit het lidmaatschap door het Bestuur van Zorg en Zekerheid en wel op de dag dat het lidmaatschap deswege eindigt;
 - als Zorg en Zekerheid vanwege voor haar van belang zijnde redenen de verzekering uit de markt haalt.

3.4 Onwaarachtige weergave van feiten

Verlies van uitkering en einde van lopende verzekeringsovereenkomst(en) bij Zorg en Zekerheid (zorgverzekering en/of aanvullende verzekeringen):

- a. Iedere aanspraak op vergoedingen en/of verstrekkingen vervalt als door of namens verzekeringnemer/verzekerde wordt gefraudeerd dan wel opzettelijk enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of opzettelijk enige onjuiste opgave is gedaan;
- b. Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. bij verzekeringnemer terug;
- c. Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. de lopende verzekeringsovereenkomst(en) bij Zorg en Zekerheid te beëindigen;
- d. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald;
- e. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Bij vastgestelde fraude zal Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer/verzekerde registreren in het Extern Verwijzingsregister. Bij vastgestelde fraude of een sterk vermoeden van fraude kan aangifte worden gedaan bij de politie.

4 Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde

4.1 Verplichtingen

- a. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk, telefonisch of per e-mail aan Zorg en Zekerheid wordt meegedeeld. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
 - adreswijziging;
 - e-mail adres;
 - huwelijk, aangaan van een samenlevingsverband;
 - geboorte (binnen 4 maanden) en overlijden;
 - aanvang detentie en einde detentie;
 - wijziging IBAN;
 - scheiding.
- b. De verzekeringnemer/verzekerde moet erop toezien dat op het polisblad de noodzakelijke wijzigingen zijn aangebracht;
- c. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking;
- d. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht aan de medisch adviseur of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving. Hieronder verstaan wij ook, op verwijzing van Zorg en Zekerheid, verlenen van medewerking aan het verkrijgen van een second opinion door een onafhankelijk specialist. De kosten van een dergelijk second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid;
- e. Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
- f. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen voor 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Alleen originele nota's, of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener, worden in behandeling genomen;
- g. Alle gevolgen voortvloeiend uit het niet of niet tijdig nakomen van de genoemde verplichtingen zijn voor risico van de verzekeringnemer/verzekerde;
- h. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht zich te onthouden van handelingen waar door Zorg en Zekerheid in haar belangen kan worden geschaad. Wanneer de belangen van Zorg en Zekerheid worden geschaad door het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden. Wanneer er reeds tot vergoeding is overgegaan kan Zorg en Zekerheid deze vergoedingen terug vorderen;
- i. Kennisgevingen van Zorg en Zekerheid aan de verzekeringnemer, gericht aan diens laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt;
- j. Uw rechtsvordering, met betrekking tot het recht op vergoeding van zorgkosten, op Zorg en Zekerheid verjaart in principe door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op de dag dat de betreffende zorg is geleverd;
- k. Als Zorg en Zekerheid uw verzoek om vergoeding van zorgkosten geheel of gedeeltelijk afwijst, zal Zorg en Zekerheid u hiervan schriftelijk op de hoogte brengen. In geval van afwijzing verjaart uw rechtsvordering op Zorg en Zekerheid door verloop van zes maanden na dagtekening van de schriftelijke afwijzing;
- l. Om te voorkomen dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart, moet u Zorg en Zekerheid binnen de verjaringstermijn schriftelijk mededelen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op uitkering. Ook het instellen van een rechtsvordering tegen de afwijzing voorkomt dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart;

- m. In geval van detentie wordt de dekking van de aanvullende verzekering voor de desbetreffende verzekerde opgeschort per de ingangsdatum van detentie, tenzij u ons meedeelt dat dit niet gewenst is. In geval van de hier bedoelde opschorting bent u geen premie verschuldigd. Ook wordt géén dekking verleend voor kosten gemaakt tijdens deze periode van opschorting. Uw aanvullende verzekering gaat weer in per de einddatum van de detentie, indien dit binnen 30 dagen na deze datum aan ons wordt doorgegeven. Wanneer u de einddatum niet binnen 30 dagen doorgeeft, zal de dekking van uw aanvullende verzekering pas weer ingaan op de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht per de einddatum van de detentie;
- n. Heeft u, als verzekeringnemer of verzekerde, uitdrukkelijk toestemming verleend voor het elektronisch toesturen van de polis en/ of van overige correspondentie? Dan verloopt zoveel mogelijk communicatie tussen Zorg en Zekerheid en u digitaal, voor zover wet- en regelgeving hieraan niet in de weg staan.

4.2 Vrije keuze

De verzekerde is vrij in de keuze van zorgverlener/ zorg verlenende inrichting of instantie, tenzij anders bepaald in de voorwaarden.

5 Dekking

5.1 Dekking gedurende de looptijd

- a. Er bestaat uitsluitend recht op verstrekkingen c.q. vergoeding van kosten die zijn gemaakt gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst. De datum van de behandeling of levering zijn bepalend voor de vaststelling van het recht op vergoeding. Eén en ander met inachtneming van hetgeen is bepaald in de artikelen 2.5, 6.1.g onder 1;
- b. De dekking is beperkt tot de bedragen of aantallen zoals aangegeven in de polisvoorwaarden;
- c. De inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van verstrekking en/of vergoedingen worden door het Bestuur vastgesteld, gehoord de Ledenraad. De verstrekkingen en/of vergoedingen worden via de polisvoorwaarden bekend gemaakt aan de verzekeringnemer/verzekerde op een door het Bestuur te bepalen wijze.

5.2 Pakketkeuze

- a. De verzekeringnemer/verzekerde kan kiezen voor verschillende aanvullende verzekeringen. Het is niet mogelijk om gelijktijdig voor meer dan één pakket te zijn verzekerd;
- b. Kinderen volgen het meest uitgebreide pakket van de ouder(s) waarbij ze op de polis staan indien en zover deze beschikken over een verzekering van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.;
- c. Indien de verzekeringnemer/verzekerde wil overgaan naar een pakket met een beperktere dekking dan moet de verzekeringnemer/verzekerde dit voor 1 januari van enig jaar schriftelijk, telefonisch of per e-mail aan Zorg en Zekerheid kenbaar maken. De verzekering wijzigt op 1 januari daaropvolgend;
- d. Indien de verzekeringnemer/verzekerde wil overgaan naar een pakket met een uitgebreidere dekking dan moet de verzekeringnemer/verzekerde dit voor 1 januari van enig jaar schriftelijk, telefonisch of per e-mail aan Zorg en Zekerheid kenbaar maken. De verzekering wijzigt op 1 januari daaropvolgend.

6 Premie

6.1 Premiebetaling

- a. Premie is verschuldigd voor elke verzekerde. Het bedrag wordt vastgesteld door het Bestuur, gehoord de Ledenraad;
- b. Verzekerden jonger dan 18 jaar zijn geen premie verschuldigd indien één van de ouders ook een aanvullende verzekering heeft afgesloten bij Zorg en Zekerheid. Indien geen van de ouders een aanvullende verzekering heeft afgesloten dan is de verzekerde jonger dan 18 jaar premieplichtig conform artikel 6.1 onder a;
- c. De premie is, per door het Bestuur te bepalen tijdvak, bij vooruitbetaling verschuldigd en moet op een door het Bestuur te bepalen wijze worden betaald;
- d. Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan de premie te verrekenen met de door Zorg en Zekerheid te verlenen uitkeringen;
- e. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht tot tijdige premiebetaling en kan zich, onder meer bij ingebrekestelling wegens het niet betalen van de premie op de vervaldag, nimmer beroepen op het feit dat de premie niet tijdig is geïnd;
- f. De verplichting tot premiebetaling gaat in op de ingangsdatum en eindigt op de datum van beëindiging van de verzekering;
- g. Niet tijdige betaling:
 - 1. Als de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten kan Zorg en Zekerheid de verzekering beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos schriftelijk is aangemaand tot betaling binnen een in de aanmaning gestelde termijn van tenminste 14 dagen;
 - 2. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. De verzekering gaat in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar;

3. Als een verzekeringnemer al is aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft Zorg en Zekerheid bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur de verzekeringnemer niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- h. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen de daaruit voortvloeiende kosten zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die de premie is verschuldigd. De buitengerechtigde kosten worden gesteld op ten minste een bedrag van € 15,00. De buitengerechtigde kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die de premie is verschuldigd in gebreke is.

6.2 Assurantiebelasting

Als Zorg en Zekerheid voor verzekerden in het buitenland over de verzekeringspremies belasting moet afdragen, dan zal Zorg en Zekerheid deze bij u in rekening brengen. U bent verplicht deze belastingen binnen de door Zorg en Zekerheid gesteld termijnen te voldoen. Als u niet tijdig geheel voldoet aan de verplichting tot betaling, zal dit leiden tot schorsing van de dekking en beëindiging van de aanvullende verzekering zoals bepaald in artikel 6.1 lid g lid 1 van deze polisvoorwaarden.

7 Wijziging van de premie en/of voorwaarden

7.1 Wijziging

Zorg en Zekerheid heeft het recht de voorwaarden en/of premie van de bij Zorg en Zekerheid lopende verzekering en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. De wijzigingen worden op een door Zorg en Zekerheid vast te stellen datum doorgevoerd. Zorg en Zekerheid maakt, eventueel op premienota's, de wijzigingen bekend.

7.2 Kennisgeving wijziging

Zorg en Zekerheid zal, voor de datum van ingang van de wijziging van de voorwaarden en/of premie, deze wijzigingen bekend maken aan verzekeringnemer/verzekerde tenzij het wijzigingen van ondergeschikte aard betreft die een vermeerdering van de rechten van de verzekerde inhouden.

7.3 Recht van opzegging

De verzekeringnemer/verzekerde die zich met de gewijzigde voorwaarden en/of premie niet kan verenigen, kan door opzegging de verzekering beëindigen. De verzekeringnemer/verzekerde moet dit verzoek tot beëindiging van de verzekering binnen 30 dagen nadat de wijziging door Zorg en Zekerheid bekend is gemaakt schriftelijk of per e-mail bij Zorg en Zekerheid indienen. Zorg en Zekerheid beëindigt de verzekering met ingang van de datum van de wijziging met restitutie van de reeds voldane premie.

7.4 Voortzetting verzekering

Heeft Zorg en Zekerheid voor de 31ste dag na de bekendmaking van de wijziging geen schriftelijk of per e-mail verzoek tot beëindiging van de verzekering van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen, dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

7.5 Geen recht van opzegging

De mogelijkheid tot opzegging van de verzekering is niet van toepassing:

- a. Bij een herziening van de voorwaarden en/of premie, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen, daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de Zorgverzekeringswet of Wlz aanspraak bestaat;
- b. Bij een verlaging van de premie en/of vermeerdering van de dekking.

8 Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten als:

- a. Deze een gevolg zijn van of verband houden met opzet of grove schuld van de verzekerde of als zij het gevolg zijn van of verband houden met enig misdrijf waaraan de verzekerde opzettelijk heeft deelgenomen;
- b. Deze een gevolg zijn van of verband houden met een gewapend conflict, actieve deelname aan burgeroorlogen, onlusten in binnen- en/of buitenland, oproer, opstand, rellen en opstoten, mitterij;
- c. Deze een gevolg zijn van of verband houden met terrorisme voor zover niet anders is bepaald in het Clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden NV. Het clausuleblad is op 6 januari 2005 gedeponneerd bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 6/2005 en op 17 januari 2005 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het clausuleblad is te raadplegen op terrorisneverzekerd.nl en zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden. Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met ons Contact Center via het telefoonnummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan een van onze winkels;
- d. De schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
- e. De uitsluiting in 8.d geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten de kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden mits er een door de

rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979225);

- f. En voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt hetgeen is bepaald in 8.e geen toepassing;
- g. En voor zover u daarop aanspraken heeft ingevolge de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering of op grond van de Wlz;
- h. De kosten gemaakt zijn buiten Nederland met uitzondering van de kosten zoals bedoeld in Rubriek A 3;
- i. Kosten gemaakt worden voor behandelingen waarvoor van te voren een verwijzing noodzakelijk is en/of toestemming dient te worden aangevraagd en die verwijzing en/of toestemming niet van te voren is aangevraagd noch is afgegeven;
- j. De zorg verleend wordt door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij Zorg en Zekerheid hieraan voorafgaand toestemming heeft verleend.

9 Dubbele dekking

- a. U kunt geen aanspraak maken op vergoeding of verstrekkingen indien de kosten zijn ontstaan door ziekten en/of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of, ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten, een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden;
- b. Deze verzekering geldt slechts als excedent boven de dekking die onder de in lid a genoemde verzekeringen en regelingen is verleend of zou zijn verleend, indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan.

10 Geschillen

Op deze verzekering is uitsluitend het Nederlands recht van toepassing. Wanneer u het niet eens bent met een beslissing met betrekking tot de uitvoering van deze verzekering kunt u schriftelijk, binnen 12 weken nadat de beslissing aan u is meegedeeld, een klacht indienen bij:

Zorg en Zekerheid
T.a.v. de Klachtencommissie
Postbus 400
2300 AK LEIDEN

Indien u het niet eens bent met de beslissing die Zorg en Zekerheid heeft genomen over uw klacht of u heeft binnen 1 maand na het indienen van de klacht geen reactie ontvangen, heeft u de mogelijkheid zich te wenden tot:

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)
T.a.v. de Ombudsman Zorgverzekeringen
Postbus 291
3700 AG ZEIST

11 Slotbepaling

In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur. Aldus door de Ledenraad vastgesteld op 1 november 2018 met ingang van 1 januari 2019.

Rubriek C Informatie

Heeft u vragen? Op zorgzekerheid.nl vindt u veel informatie. Ook kunt u de medewerkers van ons Contact Center bellen op (071) 5 825 825. Zij zijn op werkdagen bereikbaar van 8.00 tot 18.00 uur. Of u kunt een bezoek brengen aan één van onze winkels.

MijnZZ

Verzekerden van Zorg en Zekerheid hebben toegang tot MijnZZ. Via MijnZZ is het mogelijk ingediende declaraties, eigen risico, persoonlijke gegevens en polis gegevens te raadplegen of indien van toepassing te wijzigen. Bovendien kunt u via MijnZZ uw nota's online declareren. U kunt in MijnZZ inloggen met uw DigiD account via zorgzekerheid.nl/mijnzz.

Hoe krijg ik mijn nota vergoed?

Zorg en Zekerheid vergoedt alleen kosten op basis van de originele nota's (dus geen pinbonnen en/of kassabonnen), of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener.

- schrijf uw Relatienummer op de originele nota en declareer uw nota('s) online via [MijnZZ zorgzekerheid.nl/mijnzz](http://MijnZZ.zorgzekerheid.nl/mijnzz).
- Of
- dien uw declaratie in via de Zorg en Zekerheid declaratie app (gratis te downloaden via App Store of Google Play Store);
- de originele nota dient u minimaal drie jaar na uploaden te bewaren. Binnen deze periode kunnen wij de nota nog opvragen voor controle; de inzendtermijn voor nota's loopt tot 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- voor een aantal medische behandelingen dient u vóóraf toestemming te vragen, welke dat zijn kunt u terugvinden in deze polisvoorwaarden onder rubriek A Omvang dekking.

Hoe krijg ik mijn buitenland nota vergoed?

- bij de declaratie van in het buitenland gemaakte kosten moet u naast de originele nota ook een declaratieformulier indienen. Dit formulier is te downloaden via zorgzekerheid.nl of verkrijgbaar bij Zorg en Zekerheid. De originele nota kunt u samen met het declaratieformulier voldoende gefrankeerd opsturen naar:

Zorg en Zekerheid

T.a.v. de Afdeling declaraties Buitenland

Postbus 428

2300 AK LEIDEN

- de originele nota's moeten zodanig zijn gespecificeerd dat Zorg en Zekerheid er zonder navraag uit kan opmaken tot welke vergoeding zij is gehouden. Computernota's moeten door de zorgverlener zijn gewaarmerkt;
- nota's dienen bij voorkeur in het Frans, Duits of Engels te worden opgesteld. Originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden;
- als Zorg en Zekerheid het noodzakelijk acht dat de ingediende nota('s) moet(en) worden vertaald, dan kan Zorg en Zekerheid de verzekerde verzoeken om de nota('s) te laten vertalen door een beëdigd vertaler;
- vertaalkosten, als bedoeld in het voorgaande gedachtestreepje komen niet voor een vergoeding in aanmerking;
- de vergoeding van de gemaakte kosten vindt plaats in Nederland in euro's. Dit met inachtneming van de omrekenkoers conform de richtlijnen van de Europese Centrale Bank (ECB). Mocht deze koers ontbreken, dan wordt de omrekenkoers gehanteerd naar de dag van behandeling, tenzij er sprake is van een duidelijke afwijking van de parallelkoers of van het ontbreken van een notering.

Eén IBAN

Bij declaraties is het niet nodig uw IBAN te vermelden. Zorg en Zekerheid gebruikt voor het uitbetalen van uw declaraties zoveel mogelijk hetzelfde IBAN als voor de incasso of betaling van de premies. Dit IBAN staat vermeld op uw polisblad.

Postbus 400, 2300 AK Leiden
T. (071) 5 825 825
F. (071) 5 825 011
zorgenzekerheid.nl
K.v.K. 28050216
AFM nummer 12001019