

Polisvoorwaarden

Deze voorwaarden zijn onder voorbehoud van goedkeuring door de NZa alsmede onder voorbehoud van aanneming door de eerste kamer van de wetswijzigingen betreffende de artikelen 18.6 Generalistische GGZ, 18.7 Gespecialiseerde GGZ, 18.20 Verpleging en verzorging, 18.23 Zintuiglijke gehandicaptenzorg alsmede het vervallen van Dyslexiezorg (voorheen artikel 18.4).
Inhoudsopgave

1 Begripsomschrijvingen	
2 Grondslag van de verzekering	
3 Prestatiewijze en dekking	
4 Premie	
5 Verplicht eigen risico	
6 Vrijwillig gekozen eigen risico	
7 Algemeen	
8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde	
9 Regres	
10 Fraude	
11 Onrechtmatige inschrijving	
12 Premiebetaling en betalingsachterstand	
13 Declaraties en schorsing	
14 Kennisgeving relevante gebeurtenissen	
15 Herziening van premie of voorwaarden	
16 Begin en einde van de verzekering	
17 Geschillen en klachten	
18 Geneeskundige zorg	
Audiologische zorg	18.1
Buitenland	18.2
Dialyse	18.3
Erfelijkheidsonderzoek en -advies	18.4
Farmaceutische zorg	18.5
GGZ - Generalistische Basis GGZ	18.6
GGZ - Gespecialiseerde GGZ	18.7
Huisarts	18.8
Hulpmiddelenzorg	18.9
Mechanische beademing	18.10
Medisch specialistische zorg	18.11
Mondzorg	18.12
Oncologische zorg bij kinderen	18.13
Orgaantransplantaties	18.14
Paramedische zorg	18.15
Revalidatie	18.16
Stoppen met roken	18.17
Trombosedienst	18.18
Verloskundige zorg en kraamzorg	18.19
Verpleging en verzorging	18.20
Voetzorg bij diabetes mellitus	18.21
Ziekenvervoer	18.22
Zintuiglijk gehandicapten zorg	18.23

19 Uitsluitingen	
------------------	--

Clausule Terrorisme

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1.1 Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

1.2 Apotheeker

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

1.3 Apotheekzorg

Apotheekzorg betreft de vergoeding voor de terhandstelling van uitsluitend op recept verkrijgbare geneesmiddelen, het eerste terhandstellingsgesprek, de instructie van de patiënt voor hulpmiddelen bij uitsluitend op recept verkrijgbare geneesmiddelen, de medicatiebeoordeling van het chronisch geneesmiddelengebruik van uitsluitend op recept verkrijgbare geneesmiddelen, de farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek en de farmaceutische begeleiding bij ontslag uit het ziekenhuis.

1.4 Bedrijfsarts

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

1.5 Bekkenthérapeut

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

1.6 Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde betreft tandheelkundige zorg aan bijzondere patiëntengroepen die door de moeilijkheidsgraad van de verrichtingen of bepaalde omstandigheden niet door de huistandarts kan worden verleend.

1.7 Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

1.8 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 erfelijkheidsadvies.

1.9 CONO-beroepenstructuur

Beroepenstructuur voor beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn in de GGZ die is vastgesteld door het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding (CONO).

1.10 Consultatiebureauarts

Arts die is ingeschreven als Jeugdarts KNMG in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als

arts Maatschappij en Gezondheid in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is in de Jeugdgezondheidszorg.

1.11 Contractstarief

Het tarief dat voor een bepaalde behandeling of verstrekking door of namens De Amersfoortse is afgesproken met een zorgaanbieder.

1.12 Crisiszorg GGZ

Een behandeling voor een patiënt die spoedeisende hulp nodig heeft. Deze zorg wordt verleend door een behandelaar in dienst van een 24-uurs crisisdienst. Ook wel crisisbehandeling genoemd. Er is sprake van een crisissituatie wanneer spoedeisende hulp binnen 24 uur noodzakelijk is. Bijvoorbeeld in geval van dreigende suïcide.

1.13 Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

1.14 Dagbesteding (GGZ)

Het bevorderen, behouden, compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt. Dagbesteding vindt altijd plaats in het kader van de psychiatrische behandeling en is terug te vinden in het behandelplan van de patiënt.

Onder dagbesteding wordt niet verstaan:

- Een reguliere dagstructurering die in de woon-/verblijfsituatie wordt geboden;
- Een welzijnsactiviteit, zoals uitstapjes, zang, bingo.

1.15 DBC-Zorgproduct

Een DBC-Zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit subtrajecten en zorgactiviteiten via door de NZa vastgestelde beslisbomen. Een DBC-zorgproduct kent een maximale duur van 120 dagen.

1.16 Diëtist

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

1.17 Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wet Marktordening Gezondheidszorg dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

1.18 DSM IV stoornis

Een psychiatrische stoornis als bedoeld in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (kortweg DSM), versie DSM-IV-TR. De DSM is een classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen. Het biedt een geclusterde beschrijving van alle stoornissen op basis van symptomen.

1.19 Ergotherapeut

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

1.20 EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, 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.

1.21 Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van apotheekzorg alsmede advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden. Apotheekzorg betreft de vergoeding voor terhandstelling van uitsluitend op recept verkrijgbare geneesmiddelen en medicatiebeoordeling chronisch.

1.22 Fraude

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 een (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendsels.

1.23 Fysiotherapeut

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

1.24 Gecontracteerde zorg

De zorg die de zorgverzekeraar op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst te verlenen dan wel te vergoeden.

1.25 Gedeclareerd tarief

Het bedrag dat de zorgaanbieder in rekening brengt via de nota.

1.26 Gemiddeld contractstarief

Het gemiddelde tarief van alle zorgaanbieders waarmee De Amersfoortse voor een bepaalde behandeling of verstrekking een prijsafspraken heeft gemaakt.

1.27 Generalistische basis GGZ

De (aanvullende) diagnostiek en generalistische behandeling van lichte tot matig ernstige, niet complexe psychische stoornissen.

1.28 Geriatrisch fysiotherapeut

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

1.29 Gespecialiseerde GGZ

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

1.30 Gezondheidszorgpsycholoog

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

1.31 GGZ-instelling

Instelling die geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in verband met een psychiatrische aandoening mag leveren, al dan niet gepaard gaande met verblijf. Deze zorginstelling moet zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

1.32 Huidtherapeut

Een huidtherapeut, die voldoet aan de eisen uit het Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist,

oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.

1.33 Huisarts

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

1.34 Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement Hulpmiddelen Flexibel 2015 inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

1.35 IVF of ICSI

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode of intracytoplasmatische sperma-injectie methode inhoudende:

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

1.36 Jeugdarts

Arts die is ingeschreven als Jeugdarts KNMG in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is in de Jeugdgezondheidszorg.

1.37 Kaakchirurg

Een tandarts–specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS).

1.38 Ketenzorg

Zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

1.39 Kinderfysiotherapeut

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

1.40 Klinisch psycholoog

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

1.41 Kraambureau

Een instelling voor het verlenen van kraamzorg, conform bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling. Hieronder wordt tevens verstaan een kraamcentrum.

1.42 Kraamhotel

Een instelling verblijf met kraamzorg, conform bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

1.43 Kraamzorg

De zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zorg verleent zoals kraamverzorgers die plegen te bieden.

1.44 Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat volgens bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

1.45 Logopedist

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

1.46 Manueel therapeut

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

1.47 Marktconform tarief

Het marktconforme tarief is het tarief dat naar de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

1.48 Medisch adviseur

Een arts die ingeschreven is als arts Beleid en Advies in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is bij een zorgverzekeraar.

1.49 Medisch specialist

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

1.50 Mondhygiënist

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

1.51 NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit.

1.52 Oedeemtherapeut

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

1.53 Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

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

1.54 Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een

medisch specialist noodzakelijk moet zijn.

1.55 Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS)..

1.56 Orthoptist

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

1.57 Pedicure

Een pedicure die met de aantekening voor diabetes- of risicovoet geregistreerd staat in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP).

1.58 Podotherapeut

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

1.59 Psychiater

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

1.60 Psychotherapeut

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

1.61 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 instelling voor revalidatie, dat als zodanig conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten.

1.62 Second opinion

Het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts.

1.63 SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International, Hoogoorddreef 58, 1101 BE Amsterdam. Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

1.64 Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die is ingeschreven als specialist ouderengeneeskunde in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld register van erkende specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.65 Tandarts

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

1.66 Tandprotheticus

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

1.67 TSN Kraamzorg

Voor kraamzorgbemiddeling. Telefoon: (079) 343 04 68, www.tsn-kraamzorg.nl.

1.68 V&VN

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, beroepsvereniging van zorgprofessionals.

1.69 Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

1.70 Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders dan lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland. Deze staten zijn: 'Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië, Turkije en Australië (alleen tijdelijk verblijf).

1.71 Verloskundige

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

1.72 Verpleegkundige

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

1.73 Verpleegkundige (niveau 5)

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

1.74 Verpleegkundig specialist GGZ

Een verpleegkundig specialist GGZ die als zodanig geregistreerd staat in een Specialistenregister conform artikel 14 Wet BIG.

1.75 Verwijsbrief

Het advies van een zorgverlener of zorginstelling aan een verzekerde om zich onder behandeling te stellen van of een behandeling voort te zetten bij een andere zorgverlener of instelling. Op een verwijsbrief moet staan: naam verzekerde, geboortedatum verzekerde, naam en handtekening arts, datum afgifte, reden van verwijzing en eventuele overige relevante gegevens.

1.76 Verzekerde

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

1.77 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

1.78 Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

1.79 Wiz

Wet langdurige zorg.

1.80 WMO

Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

1.81 WTZi

Wet Toelating Zorginstellingen.

1.82 Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), zoals bedoeld in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

1.83 Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, zoals bedoeld in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlandse Astma Centrum Davos.

1.84 ZiNL

Zorginstituut Nederland.

1.85 Zintuigelijk gehandicaptenzorg

Zintuigelijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, 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.

1.86 Zorgverzekeraar

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.

1.87 Zvw-pgb

Persoonsgebonden budget volgens de Zorgverzekeringswet.

1.88 ZZZP GGZ-zorgproduct (ZZP GGZ)

Een ZZZP GGZ is een volledig pakket van intramurale geestelijke gezondheidszorg met behandeling dat aansluit op de kenmerken van de patiënt en de soort zorg die de patiënt nodig heeft. Een ZZZP GGZ bestaat uit een beschrijving van het type patiënt (een patiëntprofiel), het aantal uren zorg dat bij dit patiëntprofiel beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van die zorg. Het betreft de volgende prestaties: ZZZP's GGZ B3 t/m B7 inclusief en exclusief dagbesteding en ZZZP GGZ Klinische Intensieve Behandeling (KIB).

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

lid 1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.

De modelovereenkomst, als bedoeld in artikel 1 sub h van de Zorgverzekeringswet, is vastgelegd in de zorgpolis als bedoeld in artikel 1 sub i van de Zorgverzekeringswet. Deze zorgpolis (welke is neergelegd in het polisblad) wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekeringnemer. Indien deze een andere persoon is dan de verzekerde, wordt het polisblad verstrekt aan verzekerde.

lid 2 Naast de zorgpolis verstrekt de verzekeraar als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een verzekeringspas op vertoon waarvan de verzekerde de zorg kan inroepen bij de door de verzekeraars (gecontracteerde) zorgaanbieder(s) waar op basis van deze polis aanspraak bestaat.

lid 3 De kosten van zorg op basis van deze zorgpolis kunnen behoudens eigen bijdragen door de verzekerde bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd, tenzij er een overeenkomst is tussen zorgaanbieder en verzekeraar op grond waarvan rechtstreekse declaratie bij de zorgverzekeraar plaatsvindt.

Voor zover met name genoemd, wordt de zorg op basis van deze zorgpolis behoudens eigen bijdragen rechtstreeks door de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar gedeclareerd op basis van een tussen beide partijen gesloten overeenkomst. De overeenkomst omvat in ieder geval afspraken over de hoogte van de prijs, kwaliteit en doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg kan worden verleend.

Een lijst met gecontracteerde zorgaanbieders is te vinden op www.amersfoortse.nl/zorg.

lid 4 De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in deze zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

lid 5 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 3 Prestatiewijze en dekking

lid 1 Deze zorgpolis omvat de aanspraak op zorg en/of de vergoeding van kosten. Deze zorgpolis kan door of ten behoeve van elke verzekeringsplichtige in Nederland alsmede in buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen worden afgesloten.

lid 2 Maximale vergoeding

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;
- het wettelijke maximum tarief dat op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld.
- wanneer er geen wettelijk tarief is vastgesteld, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg en er geen tarieven zijn overeengekomen met de zorgaanbieder die de zorg heeft verleend, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het marktconforme tarief.

lid 3 Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting tijdig kan worden verleend door een door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en de verzekerde zich desalniettemin wendt tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, vindt vergoeding plaats tot maximaal het gemiddelde contractstarief. Een overzicht van de gecontracteerde zorg en de contractstarieven is terug te vinden op www.amersfoortse.nl/zorg of op te vragen bij de afdeling Zorg Claimbehandeling via (033) 464 20 61.

lid 4 Als aanspraak op zorg bestaat en als de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling en recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed. De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het wettelijke maximum tarief van dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voor zover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het gedeclareerde tarief. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten die daadwerkelijk gemaakt zijn. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden. Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

lid 5 In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft, wordt de toestemming tot het invoeren van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten. De verzekerde dient in dat geval de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

lid 6

Door budgetafspraken met zorginstellingen kan het voorkomen dat sommige zorginstellingen gedurende het jaar hun omzetplafond bereiken. In die gevallen is de cruciale zorg voor verzekerden gegarandeerd (dit wil zeggen ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde en crisisopvang GGZ) alsook de zorg voor verzekerden die bij die zorginstelling al in behandeling zijn. Indien de zorginstelling nieuwe verzekerden later dan gewenst kan behandelen verzoeken wij verzekerde om contact op te nemen met de afdeling Managed Care, voor advies of bemiddeling bij deze of naar een andere zorginstelling.

lid 7 Ook om andere redenen dan in lid 4 en 6 genoemd, kan de verzekerde aanspraak maken op bemiddeling. Meer informatie over zorgbemiddeling is te vinden in artikel 20 van deze voorwaarden: Diensten Managed Care.

lid 8 Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde/verzekeringnemer geacht aan de zorgverzekeraar een volmacht tot incasso te hebben verleend op naam van de zorgverzekeraar van het voor/door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

lid 9 Voor kosten gemaakt in het buitenland gelden andere vergoedingsregels. Zie hiervoor artikel 18.2 Buitenland.

Artikel 4 Premie

lid 1 Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

lid 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

lid 3 De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico (zie premiebijlage). De korting wegens het gekozen eigen risico wordt direct op de premiegrondslag in mindering gebracht.

Artikel 5 Verplicht eigen risico

lid 1 Voor iedere verzekerde van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 375,- aan kosten van zorg of overige diensten die voor rekening van verzekerde blijft.

Op het verplichte eigen risico zijn niet van toepassing:
- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief

in rekening te brengen;

- de kosten van verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 18.20;
- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van nacontroles van levende donoren van een nier of lever ten behoeve van nier- of levertransplantaties. Het gaat om die controles, die ten laste van de zorgverzekering van de donor komen. Dit zijn de nacontroles die plaatsvinden nadat een periode van 13 weken, respectievelijk een half jaar zijn verstreken;
- de kosten van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomanagement en COPD. Onder ketenzorg wordt verstaan: Zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het volmaken van het verplichte eigen risico.

lid 2 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het verplichte eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering heeft gelopen dan wel zal lopen en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

lid 3 Voor de bepaling van de hoogte van het verplichte eigen risico is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekerde in de loop van het kalenderjaar achttien jaar is geworden, wordt het verplichte eigen risico berekend door het bedrag in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover premie verschuldigd is en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

lid 4 Voor de berekening van het verplichte eigen risico wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

lid 5 Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risico worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.

lid 6 Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplichte eigen risico, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.

Artikel 6 Vrijwillig gekozen eigen risico

lid 1 Het vrijwillig gekozen eigen risico is € 0,- tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.

lid 2 Een verzekerde van achttien jaar of ouder kan voor de verzekering een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar overeenkomen.

lid 3 Indien een eigen risico wordt overeengekomen, geldt

de korting op de premiegrondslag, zoals vermeld op de premiebijlage.

lid 4 Op het vrijwillige eigen risico zijn niet van toepassing:
 - de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de kosten van verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 18.20;
 - de kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
 - de kosten van nacontroles van levende donoren van een nier of lever ten behoeve van nier- of levertransplantaties. Het gaat om die controles, die ten laste van de zorgverzekering van de donor komen. Dit zijn de nacontroles die plaatsvinden nadat een periode van 13 weken, respectievelijk een half jaar zijn verstreken;
 - de kosten van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomangement en COPD. Onder ketenzorg wordt verstaan: Zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het volmaken van het vrijwillig gekozen eigen risico.

lid 5 Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplichte eigen risico, bedoeld in artikel 5 en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.

lid 6 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het vrijwillig gekozen eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering heeft gelopen dan wel zal lopen en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

lid 7 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende vrijwillig gekozen eigen risico wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het vrijwillig gekozen eigen risico op de volgende wijze berekend;
 a. ieder bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat vrijwillig gekozen risico gold of zal gelden;
 b. de op grond van onder a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 c. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond op hele euro's.

lid 8 Voor de berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

lid 9 Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risico worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.

Artikel 7 Algemeen

lid 1 Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de polis omschreven

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

lid 2 Opname in een andere dan de verzekerde klasse

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

lid 3 Begin en einde van de vergoeding

Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

lid 4 Registratie van de persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gegevens gebruikt de zorgverzekeraar voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij de gegevens raadplegen bij de Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 91627, 2509 EE te Den Haag.

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kan de zorgverzekeraar, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, de persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door de zorgverzekeraar getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS.

Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Ook het van toepassing zijnde privacyreglement is daar te vinden.

lid 5 BurgerServiceNummer

De zorgverzekeraar is wettelijk verplicht het

burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde in de administratie op te nemen. De zorgaanbieder, het indicatieorgaan of de zorgverzekeraar zijn wettelijk verplicht dit BSN te gebruiken bij het verstrekken van persoonsgegevens. Dit geldt alleen bij:

- indicatiestelling voor zorg;
- verlening van zorg;
- verzekering van zorg.

lid 6 Machtiging

Een door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan gedurende de looptijd van de verzekering en is afgegeven onder voorbehoud van wijziging in wet en regelgeving. Indien in de machtiging een periode is vermeld die langer strekt dan de looptijd van de verzekering, dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over.

lid 7 Kennisgeving

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan het laatst bekende adres of aan het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Artikel 8 Verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde

lid 1 De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht:

- a. bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een geldig legitimatiebewijs zijnde een rijbewijs, paspoort of Nederlandse identiteitskaart;
- b. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de medisch adviseur daarom vraagt;
- c. aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacy wet- en regelgeving;
- d. binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar te melden dat de verzekerde gedetineerd is. Bij einde detentie dient dit eveneens binnen 30 dagen te worden gemeld aan de zorgverzekeraar. Dit in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting en premieplicht tijdens de duur van de detentie.

lid 2 De originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de datum van behandeling bij de zorgverzekeraar in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn. Een betalingsoverzicht, offerte, orderbevestiging, bewijs van aanbetaling of voorschotnota worden niet beschouwd als nota.

lid 3 Indien de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft de verzekerde geen aanspraak op zorg dan wel behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden of mag deze de kosten terugvorderen.

Artikel 9 Regres

De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- a. de zorgverzekeraar inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde.

b. alvorens met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt - daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde - een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, contact op te nemen met de zorgverzekeraar.

In geen geval mag de verzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling te treffen, waaronder mede begrepen het verlenen van kwijting, waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou worden benadeeld.

Indien verzekerde geheel of gedeeltelijk niet voldoet aan het bepaalde, is hij tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar geleden schade.

Indien verzekerde het verplicht of vrijwillig gekozen eigen risico moet betalen voor medische hulp ten gevolge van een ongeval waarbij een schuldige tegenpartij betrokken is, dient verzekerde dit zelf bij de tegenpartij te verhalen.

Artikel 10 Fraude

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige of medepleger in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken.

Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige en medepleger:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie, de NZa en/of iSZW.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat wij gedurende een periode van 5 jaar kunnen weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende zorgverzekering(en) kunnen ook worden beëindigd. U kunt in dat geval gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van a.s.r.

Artikel 11 Onrechtmatige inschrijving

lid 1 Indien ten behoeve van een verzekerde een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringwet of aanmelding via Regeling onverzekerden van het ZiNL en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen of niet langer verzekeringsplicht bestaat.

lid 2 Indien de verzekerde op grond van Regeling onverzekerden van het ZiNL is verzekerd kan deze de zorgverzekering gedurende een periode van twee weken,

te rekenen vanaf de datum waarop het ZiNL hem daarvan mededeling heeft gedaan, vernietigen indien de verzekerde aan het ZiNL en de zorgverzekeraar aantoonbaar in de periode bedoeld in de Regeling onverzekerden van het ZiNL reeds bij een andere zorgverzekeraar verzekerd is.

lid 3 De zorgverzekeraar zal de premie die de verzekerde vanaf de dag dat de verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de sindsdien voor zijn rekening genoten zorg en het saldo aan de verzekerde uitbetalen dan wel bij hem in rekening brengen.

Artikel 12 Premiebetaling en betalingsachterstand

lid 1 Premiebetaling

a. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. Hebt u ons gemachtigd om de premie automatisch af te schrijven van het door u opgegeven rekeningnummer? Dan schrijven wij het door u te betalen bedrag maandelijks rond dezelfde datum af van uw rekening. Omdat wij niet met terugwerkende kracht automatisch kunnen incasseren kan het voorkomen dat u voor de eerste (paar) incasso's een acceptgirokaart ontvangt. De hoogte van de premie vindt u op het polisblad dat u van ons ontvangt.

Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie te (her)berekenen of te restitueren.

Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

Indien is gekozen voor premiebetaling per jaar, halfjaar of kwartaal en de betaling is niet binnen de gestelde betalingstermijn van 30 dagen voldaan, behouden wij ons het recht voor de premiebetalingstermijn om te zetten in maandbetaling. Het recht op betalingskorting komt dan te vervallen.

b. In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd verrekening of restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

lid 2 Betalingsachterstand

a. Als verzekeringnemer de premie niet-tijdig betaalt, stuurt de zorgverzekeraar verzekeringnemer een aanmaning. Als verzekeringnemer niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kan de zorgverzekeraar de dekking schorsen. In dat geval bestaat vanaf de dag volgend op de in de aanmaning genoemde termijn geen recht op vergoeding van de kosten van zorg. Verzekeringnemer blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgende op de dag waarop de zorgverzekeraar het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten heeft ontvangen. De zorgverzekeraar heeft het recht bij niet tijdige betaling de zorgverzekering te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

b. De zorgverzekeraar kan administratiekosten en daarnaast de (buiten-)gerechtelijke incassokosten en wettelijke rente bij verzekeringnemer in rekening brengen.

c. Als verzekeringnemer al is aangemaand voor niet tijdige betaling van premie hoeft de zorgverzekeraar verzekeringnemer bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

d. De zorgverzekeraar heeft het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door verzekeringnemer gedeclareerde kosten van zorg of andere van de zorgverzekeraar te ontvangen bedragen.

e. Als verzekeringnemer een betalingsachterstand heeft van twee maandpremies, biedt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer, uiterlijk tien werkdagen nadat deze betalingsachterstand is vastgesteld een betalingsregeling aan. Deze betalingsregeling bestaat ten minste uit:

1. een machtiging van verzekeringnemer voor automatische incasso van nieuwe verschuldigde premie, of een opdracht van verzekeringnemer aan de werkgever, pensioenfonds, uitkeringsinstantie of een andere derde van wie verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens verzekeringnemer de nieuwe verschuldigde premies rechtstreeks aan de zorgverzekeraar te betalen;
2. afspraken over de wijze waarop verzekeringnemer de schulden, inclusief rente- en incassokosten, aan de zorgverzekeraar betaalt en binnen welke termijnen;
3. de toezegging van de zorgverzekeraar om de zorgverzekering niet te beëindigen, schorsen of opschorten zolang de machtiging of opdracht tot betaling zoals opgenomen onder punt e.1 van dit artikel niet wordt ingetrokken en de afspraken zoals opgenomen in de betalingsregeling na worden gekomen.

De zorgverzekeraar geeft de verzekeringnemer vier weken de tijd om het aanbod voor een betalingsregeling te accepteren. Ook informeert de zorgverzekeraar de verzekeringnemer over de gevolgen als verzekeringnemer het aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot zes of meer maandpremies; zie punt g van dit artikel. Het kan ook zijn dat verzekeringnemer een ander heeft verzekerd voor een zorgverzekering bij de zorgverzekeraar. In dat geval neemt de zorgverzekeraar in het aanbod voor een betalingsregeling ook een bereidverklaring tot opzegging van deze verzekering op met ingang van de dag waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:

- de verzekerde zich uiterlijk met ingang van dezelfde dag op grond van een andere zorgverzekering heeft verzekerd;
- en de verzekerde de machtiging of opdracht tot betaling zoals omschreven onder punt e.1 van dit artikel heeft afgegeven indien de nieuwe zorgverzekering ook bij de zorgverzekeraar is gesloten.

De zorgverzekeraar stuurt deze verzekerde een kopie van alle in dit artikel genoemde stukken op hetzelfde moment dat de stukken aan de verzekeringnemer worden gestuurd.

- f. 1. Als de verzekeringnemer een betalingsachterstand heeft van vier maandpremies, delen wij verzekeringnemer mee dat de zorgverzekeraar verzekeringnemer bij het ZiNL zal aanmelden zoals opgenomen in punt g. van dit artikel. Als de zorgverzekering voor een ander is gesloten, zullen wij deze verzekerde informeren.
2. Verzekeringnemer of de verzekerde kan de zorgverzekeraar uiterlijk binnen vier weken laten weten

het bestaan of de hoogte van de schuld te betwisten. Als de zorgverzekeraar de betwisting tijdig heeft ontvangen, zal de zorgverzekeraar een onderzoek instellen. Als de zorgverzekeraar de verzekeringnemer meedeelt het standpunt te handhaven, kan verzekeringnemer binnen vier weken een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijke rechter voorleggen.

3. Als de betalingsregeling zoals opgenomen in punt e. van dit artikel ingaat nadat er een betalingsachterstand van vier maandpremies is ontstaan stuurt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer geen mededeling zoals vermeld onder punt f.1 van dit artikel zolang verzekeringnemer de nieuwe premies voldoet.

g. Als verzekeringnemer een betalingsachterstand heeft van zes of meer maandpremies, meldt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer aan bij het ZiNL. Na de aanmeldingsbevestiging van het ZiNL is verzekeringnemer verplicht een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie aan het ZiNL te betalen. Het ZiNL int deze premie totdat verzekeringnemer alle verschuldigde bedragen inclusief rente- en incassokosten heeft betaald. De zorgverzekeraar meldt de verzekeringnemer niet aan bij het ZiNL als:

1. verzekeringnemer de premieachterstand tijdig heeft betwist en de zorgverzekeraar het standpunt nog niet aan verzekeringnemer heeft meegedeeld;
2. verzekeringnemer binnen 4 weken nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft meegedeeld het standpunt te handhaven en de premieschuld te zullen melden aan het ZiNL het geschil heeft voorgelegd aan de SKGZ of burgerlijke rechter en zolang er op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
3. verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoont een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van de schulden te hebben gesloten.

Onderdeel van de melding bij het ZiNL vormt de verklaring van de zorgverzekeraar artikel 18b en het tweede lid van artikel 18c Zvw in acht te hebben genomen.

h. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer en het ZiNL meteen op de hoogte van de datum waarop:

1. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden volledig zijn voldaan of tenietgaan;
2. de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet op de verzekeringnemer van toepassing heeft verklaard;
3. verzekeringnemer gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waarin de zorgverzekeraar deelneemt.

De plicht om de bestuursrechtelijke premie aan het ZiNL te betalen, eindigt met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de data zoals hierboven vermeld. Vanaf dit moment herleeft de plicht om de premie aan de zorgverzekeraar te betalen.

i. Verzekeringnemer is geen premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18d, eerste lid, of 18e, Zvw.

lid 3 Opschorting bij detentie

De verzekering wordt van rechtswege opgeschort gedurende de periode dat een verzekerde gedetineerd is. Zodra de detentie eindigt, herleven de rechten en plichten weer.

Artikel 13 Declaraties en schorsing

lid 1 Rechtstreeks betaalde declaraties

De zorgverzekeraar heeft het recht om declaraties van zorgverleners, die bij de zorgverzekeraar zijn ingediend door de zorgverlener, rechtstreeks te voldoen aan de zorgverlener. Verzekeringnemer heeft recht op een specificatie van de betaalde bedragen door middel van een uitkeringsbrief.

lid 2 Verschuldigde bedragen

De in het vorige lid 1 genoemde declaratie zal door de zorgverzekeraar volledig aan de zorgverlener betaald worden, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking, door bijvoorbeeld een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Verzekeringnemer dient het eigen risico of vergoeding(en), voor zover deze boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen, te voldoen aan de zorgverzekeraar.

lid 3 Vordering in het algemeen

De in het vorige lid 2 omschreven bedragen zijn verschuldigd zodra verzekeringnemer hiervan bericht heeft ontvangen. De verzekeringnemer dient de verschuldigde bedragen aan de zorgverzekeraar, binnen de genoemde termijn, te voldoen. Het is verzekeringnemer niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.

lid 4 Schorsing

Indien verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de genoemde termijn betaalt, volgt een aanmaning. Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van behandelingen en/of voorzieningen die hebben plaatsgevonden na de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn. De verzekeringnemer dient het verschuldigde, eventueel verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door de zorgverzekeraar is ontvangen en als zodanig is geaccepteerd.

Artikel 14 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

lid 1 Kennisgeving

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

lid 2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een verzekerde

De zorgverzekeraar benadert de verzekerde dan wel zijn of haar verzekeringnemer tenminste zes weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig gekozen eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment

verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn, wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder vrijwillig gekozen eigen risico.

Artikel 15 Herziening van premie of voorwaarden

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende zorgpolissen en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen herziening mededeling, eventueel op de premiekwitanties. Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

Artikel 16 Begin en einde van de verzekering

16.1 Begin van de zorgverzekering

lid 1 De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.

lid 2 Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.

lid 3 Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zo nodig in afwijking van artikel 925, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.

lid 4 Indien de zorgverzekering in gaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden (of premie) is geëindigd door opzegging, werkt deze terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

16.2 Duur van de zorgverzekering

lid 1 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering voor 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

Opzeggen kan op de volgende manieren:

- de verzekeringnemer zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op;
- de verzekeringnemer maakt gebruik van de overstapservice. Als de verzekeringnemer uiterlijk op 31 december een nieuwe zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende jaar, zegt de nieuwe zorgverzekeraar de oude zorgverzekering op.

lid 2 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf

heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd.

lid 3 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen bij wijziging in de grondslag van de premie ten nadele van de verzekeringnemer. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, binnen 30 dagen nadat de wijziging hem is medegedeeld.

lid 4 Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de zorgverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, binnen 30 dagen nadat de wijziging hem is medegedeeld.

lid 5 De opzegging, bedoeld in het tweede lid gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.

lid 6 In afwijking van het vijfde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.

lid 7 De opzegmogelijkheden zoals genoemd in artikel 16.2 gelden niet gedurende de periode dat verzekeringnemer de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet binnen de gestelde termijnen heeft voldaan, zoals vermeld in artikel 12. Bovenstaande is niet van toepassing als de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

lid 8 De opzegmogelijkheden zoals genoemd in artikel 16.2 gelden niet gedurende de eerste 12 maanden van de verzekeringsovereenkomst, voor verzekerden die zijn verzekerd via de Regeling onverzekerden van het ZINL.

16.3 Beëindiging van rechtswege

lid 1 De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:

- a. de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen;
- c. de verzekerde overlijdt. De zorgverzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld;
- d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt doordat de verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt.

lid 2 De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn

zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.

lid 3 De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a of b eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

lid 4 De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel c of d, dan wel het tweede lid tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.

lid 5 Indien de zorgverzekeraar op grond van het in het vierde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

lid 6 Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.

lid 7 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na fraude als bedoeld in artikel 10.

Artikel 17 Geschillen en klachten

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Verzoek om heroverweging

Als u het niet eens bent met de beslissing die wij voor de uitvoering van de zorgverzekering hebben genomen, dan kunt u ons verzoeken deze beslissing te heroverwegen. U kunt uw verzoek richten aan De Amersfoortse Postbus 42, 3800 AA Amersfoort.

SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op uw verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven, dan kunt u naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Lukt bemiddeling niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen. U kunt met uw verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

Klachten

Hebt u een klacht die niet gaat over de uitvoering van uw zorgverzekering, neemt u dan eerst contact op met uw verzekeringsadviseur. Deze zoekt, zo nodig in overleg met De Amersfoortse, naar een passende oplossing.

Als het overleg met uw verzekeringsadviseur geen oplossing biedt, kunt u een klacht bij ons indienen. Gebruik het klachtenformulier op www.amersfoortse.nl/zorg of stuur een brief aan De Amersfoortse Klachtenservice, Postbus 42, 3800 AA Amersfoort.

Vindt u dat uw klacht niet goed is afgehandeld? Leg uw klacht dan ook voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

U kunt met uw klacht ook naar de bevoegde rechter.

Klachten over standaardformulieren

Als u onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vindt, kunt u een klacht daarover indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa kan hierover een bindend advies geven.

Artikel 18 Geneeskundige zorg

Artikel 18.1 Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor zorg verleend door een audiologisch centrum dat als zodanig conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten, bestaande uit:

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

Voor deze zorg is een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts, jeugdarts consultatiebureauarts of keel-, neus- en oorarts noodzakelijk.

Artikel 18.2 Buitenland

lid 1 Spoedeisende Ziekenhuisopname melden

Spoedeisende zorg is onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Bij spoedeisende zorg is verzekerde verplicht direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

lid 2 Advies en bemiddeling bij niet spoedeisende zorg

Als verzekerde in het buitenland wil worden behandeld moet verzekerde er rekening mee houden dat de behandeling niet altijd volgens de zorgverzekering wordt betaald of dat de behandeling duurder is dan in Nederland zodat verzekerde zelf de kosten geheel of gedeeltelijk zal moeten betalen.

Wij raden verzekerde dan ook aan om vooraf contact op te nemen met Managed Care via (033) 464 20 61 of managed.care@amersfoortse.nl om van te voren te vernemen of en tot welk bedrag een vergoeding mogelijk is. De Amersfoortse heeft met een aantal ziekenhuizen in Duitsland, België en Spanje afspraken gemaakt. Zie hiervoor www.amersfoortse.nl/zorg.

lid 3 Algemeen

De verzekerde die woont in Nederland en zorg geniet buiten Nederland heeft recht op dezelfde vergoeding onder dezelfde voorwaarden als wanneer hij in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan.

lid 4 De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

- aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- recht op dezelfde vergoeding onder dezelfde

voorwaarden als wanneer hij in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan.

lid 5 De verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU-land of verdragsland is, heeft recht op dezelfde vergoeding onder dezelfde voorwaarden als wanneer hij in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener zou zijn gegaan.

lid 6 Een verzekerde die in een ander EU/EER-land of verdragsland woont en die tijdelijk verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland heeft naar keuze:

- aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van het land waar verzekerde de zorg krijgt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of desbetreffende verdrag; of
- recht op dezelfde vergoeding onder dezelfde voorwaarden als wanneer hij in Nederland naar een niet gecontracteerde zorgverlener is gegaan.

lid 7 Betaling

Uitkering vindt plaats in Nederland in een Nederlands wettig betaalmiddel tegen de omrekenkoers op de dag dat de zorgverzekeraar de uitkering vaststelt.

Artikel 18.3 Dialyse

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse alsmede de hiermee verband houdende medisch specialistische zorg verleend in een dialysecentrum of ten huize van de verzekerde al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging en voor de behandeling benodigde geneesmiddelen en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten voor niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens:

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

Deze zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar.

Artikel 18.4 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. 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 zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. Voor deze zorg is een verwijzing door een medisch specialist noodzakelijk.

Artikel 18.5 Farmaceutische zorg

lid 1

Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers en apotheekhoudende huisartsen die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:

- a. de door de zorgverzekeraar op basis van bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen in Bijlage 1 van deze regeling, te vinden via <http://wetten.overheid.nl>.
- b. de geneesmiddelen, genoemd in Bijlage 1 bij deze regeling, die behoren tot een van de in Bijlage 2 bij deze regeling genoemde categorieën van geneesmiddelen, indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde voorwaarden, te vinden via <http://wetten.overheid.nl>.
- c. andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft die:
 1. overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet, door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld;
 2. overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, vast te stellen regels in de handel worden gebracht en op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant. De geneesmiddelen zijn bestemd voor gebruik door individuele patiënten van die arts en zijn onder zijn toezicht bereid volgens zijn specificaties;
 3. overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet vast te stellen regels in de handel zijn in een andere lidstaat of een derde land en op verzoek van een arts in Nederland zijn ingevoerd of anderszins binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht en bestemd zijn voor een patiënt die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners.
- d. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten indien voldaan is aan onderdeel 1 van Bijlage 2 van deze regeling, te vinden via <http://wetten.overheid.nl>.

lid 2

- a. Verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van terhandstelling zoals apothekers en apotheekhoudende huisartsen die plegen te bieden ten behoeve van de in artikel 18.5, lid 1, genoemde geneesmiddelen. Voor sommige geneesmiddelen vermeld onder lid 1a geldt een wettelijke eigen bijdrage. Deze middelen staan vermeld in Bijlage 1a van de Regeling zorgverzekering, te vinden via <http://wetten.overheid.nl>. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

(VWS) bepaalt voor welke geneesmiddelen verzekerde deze eigen bijdrage moet betalen. Artikel 5.1 van het Reglement farmaceutische zorg Flexibel 2015 geeft nadere informatie over de eigen bijdrage.

b. In aansluiting op de voorwaarden genoemd in artikel 18.5, lid 1 b, vermeld De Amersfoortse in artikel 5.3 van het Reglement farmaceutische zorg Flexibel 2015 specifieke bepalingen voor geneesmiddelen die onder Bijlage 2 vallen.

c. Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kunnen gedurende het jaar wijzigen.

d. Verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van advies en begeleiding zoals apothekers en apotheehoudende huisartsen die plegen te bieden ten behoeve van de in artikel 18.5, lid 1, genoemde geneesmiddelen. Onder dit advies en deze begeleiding vallen:

- terhandstelling van een UR (uitsluitend op recept) geneesmiddel;
- begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel;
- instructie UR-geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel;
- medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik;
- farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek;
- farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname;
- farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis.

e. De onder artikel 18.5, lid 2, genoemde aanspraak op vergoeding van kosten geldt niet voor:

- farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
- geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- geneesmiddel waarvoor hetzij een aanvraag om een handelsvergunning bij het Bureau is ingediend, hetzij waarmee nog klinische proeven gaande zijn en dat overeenkomstig bij ministeriële regeling te stellen voorwaarden beschikbaar is gesteld voor gebruik in schrijnende gevallen;
- de eigen bijdrage zoals deze is beschreven in het Reglement farmaceutische zorg Flexibel 2015;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het GVS (geneesmiddelenvergoedingssysteem) zit.
- homeopatische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
- voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitaminen;
- andere kosten (bijvoorbeeld administratie- of verzendkosten);
- f. De polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten dienen geleverd te worden door een apotheker, apotheehoudend huisarts of medisch gespecialiseerde hulpmiddelenleverancier. In het Reglement farmaceutische zorg Flexibel 2015 staan in artikel 5.3 specifieke bepalingen voor dieetpreparaten.

lid 3.

Tenzij de zorgverzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder, dienen de onder artikel 18.5, lid 1, genoemde middelen ter hand te zijn gesteld op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, medisch specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, specialistisch verpleegkundige of physician assistant. Terhandstelling geschiedt onder

verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheehoudend huisarts.

lid 4.

In het Reglement farmaceutische zorg Flexibel 2015 staan nadere voorwaarden vermeld over de doelmatigheid van de farmaceutische zorg. Dit betreft onder andere toestemmingsvereisten, afleverhoeveelheden, specifieke bepalingen voor geneesmiddelen en vergoeding van geneesmiddelen. Het Reglement farmaceutische zorg Flexibel 2015 kunt u raadplegen op <https://www.amersfoortse.nl/zorg> en wordt desgevraagd toegezonden.

Artikel 18.6 GGZ - Generalistische Basis GGZ

lid 1 Algemeen

De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. U heeft recht op Generalistische Basis GGZ indien er sprake is van een DSM IV stoornis. De zorg is gericht op de behandeling van een DSM IV stoornis dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een DSM IV stoornis, niet zijnde gespecialiseerde GGZ. De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg is gehouden aan hetgeen in artikel 2 lid 4 en 5 is omschreven.

Let op: gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.amersfoortse.nl/zorg. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan vergoeden wij maximaal het gemiddeld contractstarief. Dat is 90% van het maximum NZa-tarief.

lid 2 Verwijzing

Voor de Generalistische Basis GGZ, niet-gespecialiseerde GGZ, is voorafgaand aan de behandeling een verwijfsbrief noodzakelijk van de huisarts of bedrijfsarts. Op de verwijfsbrief moet tevens zijn aangegeven dat er sprake is van een (vermoeden van een) psychische stoornis en dat de arts de verzekerde doorverwijst naar de Generalistische Basis GGZ.

Een verwijfsbrief is niet noodzakelijk voor crisiszorg. Er is wel een verwijzing nodig voor eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is.

lid 3 Zorgaanbieder

a. Hoofdbehandelaar

Een hoofdbehandelaar is de eindverantwoordelijke voor de behandeling en heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is. De hoofdbehandelaar is direct betrokken bij de diagnostiek en behandeling. Onder een hoofdbehandelaar verstaan wij hier een gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, psychiater, zenuwarts, klinisch psycholoog of een verpleegkundig specialist die werkzaam is in een instelling (voor het product Basis GGZ 'Chronisch', zie lid 4 b. Medebehandelaren GGZ

Medebehandelaren werken onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar en zijn met hun taakbetrekking opgenomen in de CONO-beroepentabel voor de GGZ.

lid 4 Aanspraak

Aanspraak bestaat op de vergoeding (van kosten) van Generalistische Basis GGZ voor mensen van 18 jaar of ouder. Hieronder wordt o.a. eerstelijns psychologische zorg verstaan. Tevens bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van internetbehandelingen. De Generalistische Basis GGZ kent 4 prestaties en een

prestatie Onvolledig Behandeltraject. De 4 prestaties zijn Basis GGZ Kort, Basis GGZ Middel, Basis GGZ Intensief en Basis GGZ Chronisch.

lid 5 Uitgesloten behandelingen:

Niet verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet is onder andere:

Jeugd GGZ, hulp bij werk- en relatieproblemen, de behandeling van aanpassingsstoornissen, psychosociale hulp, zorg bij leer- en ontwikkelingsstoornissen waaronder dyslexie, zelfhulp, het toeleiden naar zorg, neurofeedback, psychoanalyse, intelligentieonderzoek, schoolpsychologische zorg, medisch psychologische zorg, begeleiding van niet-geneeskundige aard zoals trainingen, cursussen en hulp bij opvoeding, geïndiceerde preventie bij depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik.

Daarnaast wordt geen vergoeding verleend voor de interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het 'Dynamisch overzicht van psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk' van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) wordt door ons als richtlijn gebruikt.

Artikel 18.7 GGZ - Gespecialiseerde GGZ

lid 1. Algemeen

De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Verzekerde heeft recht op Gespecialiseerde GGZ indien er sprake is van een DSM IV stoornis. De zorg is gericht op de behandeling van een DSM IV stoornis, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een DSM IV stoornis. Onder de gespecialiseerde GGZ wordt verstaan: diagnostiek (het vaststellen van de aandoening), en specialistische behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische stoornissen.

De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg is gehouden aan hetgeen in de artikelen 2 lid 4 en 5 is omschreven.

Let op: gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.amersfoortse.nl/zorg. Als verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan vergoeden wij maximaal het gemiddeld contractstarief. Dat is 90% van het maximum NZa-tarief.

lid 2 Verwijzing

Voor de gespecialiseerde GGZ is voorafgaand aan de behandeling een verwijsbrief noodzakelijk van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Op de verwijsbrief moet tevens zijn aangegeven dat er sprake is van een (vermoeden van een) psychische stoornis en dat de arts de verzekerde doorverwijst naar de gespecialiseerde GGZ.

Een verwijsbrief is niet noodzakelijk voor crisiszorg. Er is wel een verwijzing nodig voor eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is.

lid 3 Zorgaanbieder

a. Hoofdbehandelaar

Een hoofdbehandelaar is de eindverantwoordelijke voor de behandeling en heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is. De hoofdbehandelaar is direct betrokken bij de diagnostiek en behandeling. Onder een hoofdbehandelaar verstaan wij hier een psychiater, zenuwarts, klinisch psycholoog en psychotherapeut.

b. Medebehandelaren

Medebehandelaren werken onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar en zijn bevoegd om tijd te schrijven binnen de GGZ-DBC wanneer zij met hun taakbetrekking zijn opgenomen in de CONO-beroepentabel van de GGZ.

lid 4 Gespecialiseerde GGZ met verblijf

Dit lid is niet van toepassing op verzekerden die op 31-12-2014 reeds een zzp GGZ B 3 tot en met 7 hebben. Deze verzekerden hebben een aanspraak in het kader van de Wlz.

a. Aanspraak bestaat op de vergoeding (van kosten) van gespecialiseerde ggz voor mensen van 18 jaar of ouder. Voor een opname in een GGZ-instelling, psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis gedurende ten hoogste 1.095 dagen. De aanspraak omvat de gespecialiseerde psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Hieronder vallen de bij de behandeling behorende paramedische zorg, en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van de opname. Na 1.095 dagen kan nog recht bestaan op deze zorg op grond van de Wlz.

b. Het verblijf dient noodzakelijk te zijn in het kader van de behandeling.

c. Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

1. Wordt uw opname ten hoogste 30 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
2. Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw;
3. Wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking wel mee voor de 1.095 dagen.

d. Op verzoek verstrekt de instelling een lijst van alle hulpverleners inclusief BIG registratienummer aan de zorgverzekeraar.

Let op: Als verzekerde aanspraak wil maken op vergoeding (van kosten) van gespecialiseerde ggz langer dan 365 dagen, dan dient verzekerde, dan wel de zorgaanbieder namens de verzekerde hier voorafgaand een machtiging bij ons voor aan te vragen. De machtiging dient uiterlijk in de tiende maand van het ononderbroken verblijf te worden aangevraagd. De gemotiveerde aanvraag dient voorzien te zijn van een behandelplan van de hoofdbehandelaar.

De aanvraag wordt vertrouwelijk behandeld. De verzekerde kan deze sturen naar de medisch adviseur.

De Amersfoortse Verzekeringen

t.a.v. medisch adviseur

Antwoordnummer 128

3800 VB Amersfoort

Vermeld op de envelop: 'Vertrouwelijk'

lid 5 Gespecialiseerde GGZ zonder verblijf

a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van gespecialiseerde GGZ in een GGZ instelling, psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging alsmede de bij de behandeling behorende paramedische zorg, en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Verder bestaat aanspraak op de vergoeding (van kosten) van gespecialiseerde GGZ van een vrijevestigde psychiater, zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut.

lid 6 Machtigingsvereiste bij een niet-gecontracteerde instelling

De Amersfoortse heeft met veel instellingen overeenkomsten afgesloten. Als verzekerde toch naar een niet-gecontracteerde GGZ-instelling wil gaan, dan dient verzekerde (om hoge eigen kosten te voorkomen), dan wel de zorgaanbieder namens de verzekerde voor de start van de behandeling een machtiging bij ons aan te vragen. Om deze machtiging af te kunnen geven ontvangen wij graag:

1. een verwijfsbrief van de huisarts of bedrijfsarts;
 2. bij een opname: de klinische opname indicatie, conform de door de beroepsvereniging vastgestelde richtlijnen;
 3. het voorgestelde behandelplan, inclusief aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
 4. de hoofdbehandelaar en de medebehandelaren die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
 5. de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.
- De aanvraag wordt vertrouwelijk behandeld. De verzekerde kan deze sturen naar de medisch adviseur. De Amersfoortse Verzekeringen t.a.v. medisch adviseur
Antwoordnummer 128
3800 VB Amersfoort
Vermeld op de envelop: 'Vertrouwelijk'

lid 7 Privacyverklaring

Indien een verzekerde niet wil dat er een diagnosecode op de declaratie staat en deze wel voor vergoeding wil indienen, dan dient er voorafgaand of uiterlijk bij de eerste declaratie een privacyverklaring bij ons aanwezig te zijn. De verzekerde dient deze privacyverklaring samen met de zorgaanbieder te ondertekenen en naar ons toe te sturen. De verzekerde kan deze privacyverklaring sturen naar de afdeling Zorg Claimbehandeling. Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan is ons machtigingenbeleid van toepassing, zoals omschreven staat in artikel 18.7 lid 6.

lid 8 Uitgesloten behandelingen:

Niet verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet is onder andere:

Jeugd GGZ, hulp bij werk- en relatieproblemen, de behandeling van aanpassingsstoornissen, psychosociale hulp, zorg bij leer- en ontwikkelingsstoornissen waaronder dyslexie, zelfhulp, het toeleiden naar zorg, neurofeedback, psychoanalyse, intelligentieonderzoek, schoolpsychologische zorg, medisch psychologische zorg, begeleiding van niet-geneeskundige aard zoals trainingen, cursussen en hulp bij opvoeding, geïndiceerde preventie bij depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik. Daarnaast wordt geen vergoeding verleend voor de interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het 'Dynamisch overzicht van psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk' van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) wordt door ons als richtlijn gebruikt.

Artikel 18.8 Huisarts

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

laboratoriumonderzoek.

Artikel 18.9 Hulpmiddelenzorg

lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten of op de verstrekking van functionerende medische hulpmiddelen en verbandmiddelen. De omvang van de aanspraak op de vergoeding van kosten wordt bepaald door de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). In het Reglement Hulpmiddelen Flexibel 2015 zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. In het Reglement Hulpmiddelen Flexibel 2015 wordt nader gespecificeerd welke middelen voor vergoeding in aanmerking komen en welke hulpmiddelen in bruikleen of eigendom worden verstrekt.

Het Reglement Hulpmiddelen Flexibel 2015 maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Deze is te raadplegen op de website www.amersfoortse.nl/zorg en wordt desgevraagd toegezonden.

lid 2 Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen Flexibel 2015 is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende medische hulpmiddel voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.

lid 3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement Hulpmiddelen Flexibel 2015 anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

lid 4 Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen indien deze noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, een en ander ter beoordeling van de zorgverzekeraar.

lid 5 Aanspraak op de vergoeding van kosten van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij men op een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

lid 6 Hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de Wlz en WMO vallen niet onder de dekking.

lid 7 Op een hulpmiddel in bruikleen kan een controle plaatsvinden. Indien de zorgverzekeraar van mening is dat verzekerde redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel is aangewezen, kan de zorgverzekeraar het hulpmiddel terugvorderen.

Artikel 18.10 Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor de verzekerde op noodzakelijke mechanische beademing, alsmede de hiermee verband houdende medisch specialistische zorg in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:

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

Voor deze zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

Artikel 18.11 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Lid 1 Verwijzers naar medisch specialistische zorg.

Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, of een medisch specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. In het geval dat het medisch specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 18.12. De tandarts kan hier als verwijzer optreden ingeval van kaakchirurgische behandelingen. Voor wat betreft behandelingen van IVF of ICSI en plastisch-chirurgische aard bestaat aanspraak met inachtneming van lid 2.d en h. Ingeval verzekerde verblijft in een Wlz-instelling kunnen naast een huisarts of een medisch specialist ook de arts verstandelijk gehandicapten en de specialist ouderengeneeskunde als verwijzer optreden indien deze hoofdbehandelaar is.

lid 2 Ziekenhuis en ZBC

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 1.095 dagen. Het betreft verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 18.11 of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 18.12.

Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

b. Niet-klinische medisch specialistische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging (dagopname), alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op voor medisch specialistische

behandeling in een ZBC. De aanspraak omvat de medisch specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch specialistische behandeling alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

c. IVF of ICSI

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor de eerste, tweede en derde IVF- of ICSI-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap, tot de leeftijd van drieënveertig jaar, in een vergunninghoudend ziekenhuis. Daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde farmaceutische zorg. Bij een fysiologische (spontane) zwangerschap wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie. Bij een zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf de follikelpunctie of, indien de IVF of ICSI heeft plaatsgevonden doormiddel van het terugplaatsen van ingevroren embryo's, een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.

Een poging gaat pas als een poging tellen, indien er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. Bij vrouwelijke verzekerden tot achtendertig jaar wordt bij de eerste twee pogingen maximaal een embryo teruggeplaatst. Bij de derde poging is het toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsten als dit om medische redenen is aangewezen. Bij vrouwelijke verzekerden van achtendertig tot en met tweeënveertig jaar is het bij alledrie de pogingen toegestaan maximaal twee embryo's terug te plaatsen als dit om medische redenen is aangewezen. Een IVF-poging die is gestart voor de 43^{ste} verjaardag mag worden afgemaakt.

Deze zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar.

d. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op de vergoeding van kosten, indien die strekt ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, 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.

Deze zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar. Aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard worden beoordeeld aan de hand van de "Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard". Deze is opvraagbaar bij de afdeling Zorg Claimbehandeling.

e. Second Opinion

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor een second opinion op verwijzing van een huisarts of medisch specialist. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van de verzekerde zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. De verzekerde moet met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

f. Voorwaardelijke toelating

lid 1

a. Tot 1 januari 2016 bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van de behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten (klachten waar geen duidelijke oorzaak voor gevonden kan worden) met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg. Indien een behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie voor 1 januari 2014 is aangevangen en volgens de Zorgverzekering werd vergoed, dan vergoedt de verzekeraar de afronding van deze behandeling tot 1 januari 2016.

b. Tot 1 januari 2017 bestaat aanspraak op behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg. Indien de behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie voor 1 januari 2014 is aangevangen en volgens de Zorgverzekering werd vergoed, dan vergoedt de verzekeraar de afronding van deze behandeling tot 1 januari 2017.

c. Tot 1 januari 2017 bestaat aanspraak op behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie indien de verzekerde deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)" of aan observationeel onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel b, naar deze zorg. Indien de behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie voor 1 januari 2014 is aangevangen en volgens de Zorgverzekering werd vergoed, dan vergoedt de verzekeraar de afronding van deze behandeling tot 1 januari 2017.

d. Tot 1 januari 2018 bestaat aanspraak op de vergoeding van transluminale endoscopische step-up benadering bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg. Indien de behandeling van transluminale endoscopische step-up benadering bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose voor 1

januari 2014 is aangevangen en volgens de Zorgverzekering werd vergoed, dan vergoedt de verzekeraar de afronding van deze behandeling tot 1 januari 2018.

e. Tot 1 januari 2018 bestaat aanspraak op de vergoeding van autologe stamceltransplantaties bij therapiefractaire patiënten met de ziekte van Crohn, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg. Indien de autologe stamceltransplantaties bij therapiefractaire patiënten met de ziekte van Crohn voor 1 januari 2014 is aangevangen en volgens de Zorgverzekering werd vergoed, dan vergoedt de verzekeraar de afronding van deze behandeling tot 1 januari 2018.

lid 2

Als onderzoek naar zorg wordt aangemerkt:

- a. hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd, en
- b. aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:
 1. de verzekerde, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek,
 2. de verzekerde niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
 3. de verzekerde heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor die verzekerde is voltooid.

g. Uitgesloten behandelingen

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

- behandelingen – daaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde geneesmiddelen - gericht op de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging 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 indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
- behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de circumcisie van de verzekerde (besnijdenis);
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.
- de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij vrouwelijke verzekerden tot 38 jaar indien er meer dan

een embryo wordt teruggeplaatst ;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg indien de vrouw drieënveertig jaar of ouder is.

Artikel 18.12 Mondzorg

lid 1 Algemeen

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- a. indien 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. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
- c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, mondhygiënist of tandprotheticus, ook indien zij werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde:

Onder mondzorg valt tevens verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering en schriftelijk behandelplan van de tandarts, kaakchirurg of medisch specialist vereist.

Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven kunt u vinden op www.amersfoortse.nl/zorg.

lid 2 Implantaat

Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de supra-structuur is tevens onder de zorg in het eerste lid onder a begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare volledige overkappingsprothese.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of medisch specialist vereist.

lid 3 Orthodontie

Orthodontische hulp is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- en/of mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Voor deze zorg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag is een schriftelijke motivering van de tandarts, kaakchirurg of medisch specialist vereist.

lid 4. Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar in andere gevallen dan het eerste lid:

- 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, vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- e. sealing;
- f. parodontale hulp;
- g. anesthesie;
- h. endodontische hulp;
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- j. gnathologische hulp;
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, indien het de vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp. Indien de verzekerde is aangewezen op de hulp, bedoeld onder l. bestaat in afwijking van het bepaalde onder m, aanspraak op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat. Hiervoor is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag dient een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan gevoegd te worden.

lid 5. Tandheelkunde voor verzekerden ouder dan 18 jaar

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c,
- chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie. Voor chirurgische behandeling is toestemming van de zorgverzekeraar vooraf noodzakelijk;
- uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.

lid 6 Gebitsprothese

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor de boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van een uitneembare volledige immediaatprothese, uitneembare volledige overkappingsprothese, dan wel een uitneembare volledige vervangingsprothese.

Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed.

Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese.

Ook geldt de voorwaarde dat toestemming van de zorgverzekeraar noodzakelijk is als de uitneembare volledige vervangingsprothese binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen.

lid 7 Eigen bijdrage prothese op implantaten

De verzekerde is voor een uitneembare volledige prothetische voorziening dan wel een volledige prothetische voorziening te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in artikel 18.12 lid 2, een eigen bijdrage verschuldigd van € 125,- per kaak.

lid 8 Eigen bijdrage volwassenen

Voor zorg als bedoeld in artikel 18.12 lid 1 betaalt de verzekerde van 18 jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening wordt gebracht indien artikel 18.12 lid 1 niet van toepassing is.

lid 9 Instelling bijzondere tandheelkunde

Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op mondzorg als bedoeld in het eerste, het tweede, het derde, het vierde en het vijfde lid, in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

Artikel 18.13 Oncologische zorg bij kinderen

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

Voor deze zorg is een verwijzing noodzakelijk door een medisch specialist.

Artikel 18.14 Orgaantransplantaties

- a. Onder de aanspraak op de vergoeding van kosten valt de zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- b. Transplantaties van weefsels en organen behoren slechts tot de zorg, indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat, mits de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is;
- c. De donor heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van de zorg conform deze polis, gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de

instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opneming.

d. Voorts kan de donor, met uitzondering van de gevallen waarin de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, aanspraak maken op de vergoeding van kosten voor vervoer dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – indien en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin.

Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van 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. In het geval dat de donor tevens verzekerde is op deze zorgverzekering kunnen genoemde kosten gedeclareerd worden op deze zorgverzekering. Deze kosten komen niet ten laste van het eigen risico. Verblijfskosten in Nederland en eventuele gederfde inkomsten worden niet op deze verzekering vergoed.

Aanspraak op de vergoeding van kosten ingevolge dit artikel bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de zorgverzekeraar.

Artikel 18.15 Paramedische zorg

lid 1 Paramedische zorg

De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. Verder omvat de paramedische zorg de aanspraak op zorg door een fysiotherapeut. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van 18 jaar en ouder omvat - vanaf de 21^e behandeling - de noodzakelijke behandelingen, door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden.

Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut.

Toelichting:

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op www.amersfoortse.nl/zorg.

lid 3 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat de noodzakelijke behandelingen, door een (kinder)fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel

oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op de website www.amersfoortse.nl/zorg.

Voor een andere dan een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening omvat fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar maximaal negen behandelingen door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Op verwijzing van een arts of medisch specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal negen extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar, indien sprake is van een ontoereikend resultaat.

Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut.

Toelichting:

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is op aanvraag verkrijgbaar en is te raadplegen op www.amersfoortse.nl/zorg.

lid 4 Bekkenfysiotherapie

Bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie bij verzekerden van 18 jaar en ouder omvat maximaal negen behandelingen door een bekkenfysiotherapeut. Bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking na een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

lid 5 Ergotherapie

Ergotherapie omvat advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar te verlenen door een ergotherapeut in zijn huispraktijk of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.

lid 6 Logopedie

Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van de (tand-)arts of orthopedagoog door een logopedist, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie en taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

lid 7 Dieetadvisering

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een geneeskundig doel, gedurende maximaal 3 behandeluren per kalenderjaar. Dieetadvisering komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking na een verwijzing van een huisarts, tandarts, consultatiebureauarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist.

Artikel 18.16 Revalidatie

Lid 1 Revalidatie

a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie doch uitsluitend indien en voor zover:

- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
 - de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is;
 - de zorg uitgevoerd wordt door een multi-disciplinair team onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts in een revalidatie instelling die als zodanig conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten.
- b. Revalidatie kan plaatsvinden:
- in een klinische situatie, revalidatie gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
 - in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Voor de vergoeding van kosten voor de onder a en b bedoelde revalidatie is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist.

Lid 2 Geriatrische revalidatiezorg

- a. Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainvaardigheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.
- b. De geriatrische revalidatiezorg valt slechts onder de zorg zoals onder a benoemd indien:
- de zorg binnen één week aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 18.11 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (zoals dat artikel luidde op de dag vóór de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 (zoals dat artikel luidde op de dag vóór de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) van dat verblijf in dezelfde instelling en,
 - de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 18.11.
- De duur van de geriatrische revalidatie, zoals bedoeld onder b, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.

Artikel 18.17 Stoppen met roken

Het stoppen-met-rokenprogramma behelst de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met geneesmiddelen met als doel te stoppen met roken. De zorg omvat het een keer per kalenderjaar volgen van een behandelprogramma. De zorg kan geleverd worden door de huisarts, medisch specialist, verloskundige, gezondheidszorgpsycholoog, Rookvrij! Ook jij? en zorgverleners die staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken. Het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken kunt u raadplegen op www.KwaliteitsregisterStopmetRoken.nl.

Artikel 18.18 Trombosedienst

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

De zorg omvat:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- b. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
- c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
- d. het opleiden van de verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Artikel 18.19 Verloskundige zorg en kraamzorg

lid 1 De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en aanspraak op kraamzorg dan wel vergoeding van kosten van kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden.

De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist, met dien verstande dat deze zorg verstrekt dient te worden, zoals een verloskundige die pleegt te bieden, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden dan wel zelfstandig werkend of aan een kraambureau verbonden kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige, huisarts of medisch specialist medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling aanspraak op de vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel 18.11 al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

b. Bevalling en kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak

Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak plaatsvindt, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van kosten van verloskundige hulp en kraamzorg.

Per opnamedag geldt voor de moeder een eigen bijdrage van € 16,50 en voor het kind een eigen bijdrage van € 16,50. Dit bedrag wordt ingehouden op de maximale vergoeding van € 117,50 voor de moeder en de maximale vergoeding van € 117,50 voor het kind. Indien het ziekenhuis een hoger bedrag in rekening brengt dan € 117,50 voor de moeder en € 117,50 het kind, dan is dit bedrag voor rekening van verzekerde.

De vaststelling van het aantal opnamedagen vindt plaats

op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

Toelichting: een poliklinische bevalling wordt gelijkgesteld aan één opnamedag.

c. Kraamzorg en/of bevalling in een kraamhotel of kraamzorg thuis na bevalling in een ziekenhuis

Indien na de bevalling in een ziekenhuis of kraamhotel, kraamzorg in een kraamhotel plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg. Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,15 per uur. De hotelkosten blijven voor eigen rekening van verzekerde.

De vaststelling van het aantal opnamedagen vindt plaats op basis van een opgave door het kraamhotel, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamhotel.

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

d. Bevalling en kraambed thuis

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

a. de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);

Daarnaast bestaat aanspraak op:

b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;

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

c. kraamzorg gedurende ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg en toegekend door het kraambureau in overleg met de zorgverzekeraar.

De kraamzorg wordt geleverd onder verantwoordelijkheid van een kraamzorgbureau. U kunt zelf een (gecontracteerd) kraamzorgbureau kiezen en kraamzorg aanvragen via www.amersfoortse.nl/zorg. U kunt daarvoor het woord 'kraamzorg' invullen in het scherm 'zoeken op deze site'.

Kraamzorg aanvragen kan ook via TSN Kraamzorg.

Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,15 per uur.

lid 2 De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor prenatale screening wanneer deze inhoudt:

- counseling: hiermee wordt bedoeld

informatieverstrekking over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, (zodat de verzekerde een weloverwogen beslissing kan nemen) hierbij geldt dat de zorgverlener dient te beschikken over

een vergunning krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek;

- structureel echoscopisch onderzoek: hierbij geldt dat de zorgverlener dient te beschikken over een vergunning krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek of een samenwerkingsafpraak met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat over een vergunning beschikt, tenzij er sprake is van bloedverlies of groeiachterstand;
- combinatietest: er bestaat uitsluitend aanspraak op deze verstrekking indien de verzekerde vanuit haar medische historie een verhoogd risico heeft op een kindje met syndroom van Down, Edwards of Patau.
- niet-invasieve prenatale test (NIPT): er bestaat uitsluitend aanspraak op deze verstrekking indien de verzekerde een combinatietest heeft ondergaan waarvan de uitslag medisch gezien positief is, ofwel er een aanmerkelijke kans op een chromosomale afwijking is.
- invasieve diagnostiek: er bestaat uitsluitend aanspraak op deze verstrekking indien de verzekerde vanuit haar medische historie een verhoogd risico heeft op een kindje met syndroom van Down, Edwards of Patau of er een aanmerkelijke kans op een chromosomale afwijking aangetoond is door middel van combinatietest of NIPT. Het gaat hierbij om vlokentest en vruchtwaterpunctie.

Artikel 18.20 Verpleging en verzorging

Lid 1 Verpleging en verzorging

Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Er is sprake van geneeskundige zorg als het zorg betreft zoals GGZ (artikel 18.6 en 18.7), huisarts (artikel 18.8), medisch specialistische zorg (artikel 18.11, 18.13, 18.14 en 18.16), paramedische zorg (artikel 18.15) of verloskundige zorg (artikel 18.19).
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 18.11 lid 2 en 18.7 lid 4, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 18.19 betreft.

2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, valt niet verzorging van verzekerden tot achttien jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

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

Lid 2 Persoonsgebonden budget (pgb)

De verzekerde komt voor zover die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in lid 1, desgevraagd in aanmerking voor een vergoeding in de vorm van een Zw-pgb. De omvang en nadere voorwaarden van de aanspraak worden bepaald in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging Flexibel 2015. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging Flexibel 2015 maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het Reglement is te raadplegen op de www.amersfoortse.nl/zorg en wordt desgevraagd toegezonden.

Lid 3 Indicatie en Zorgplan

Recht op verpleging en verzorging, zoals omschreven in lid 1, bestaat als verzekerde een indicatie heeft van een verpleegkundige (niveau 5). De indicatie is vastgesteld

volgens het Normenkader Verpleging en Verzorging van de V&VN. De verpleegkundige (niveau 5) stelt een zorgplan op. In het zorgplan staat in ieder geval informatie over aard, omvang, duur en doelen van de zorg, inclusief het gewenste resultaat. Het zorgplan dient door verzekerde of een eventuele bewindsvoerder ondertekend te worden.

Lid 4 Samenwerking gemeenten

Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben we afspraken met gemeenten gemaakt (artikel 14a van de Zorgverzekeringswet). Voor zover deze van belang zijn voor de polisvoorwaarden, zijn ze in deze polis verwerkt. Indien u integrale zorg (zorg vanuit diverse domeinen) gebruikt, is het zinvol hierover contact met ons op te nemen.

Lid 5 Intensieve kindzorg

Intensieve kindzorg is zorg aan verzekerden tot 18 jaar met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap waarbij:

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

Het betreft niet alleen zorg als bedoeld in dit artikel, maar ook vervoer, pedagogische ondersteuning en verblijf die aan genoemde verzekerden wordt verleend op basis van andere bepalingen bij of deze zorgverzekering. Een verwijzing van de kinderarts is voor deze zorg noodzakelijk.

Artikel 18.21 Voetzorg bij diabetes mellitus

Aanspraak bestaat op zorggerelateerde preventieve voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus voor de volgende zorgonderdelen:

- Jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie;
- Meer frequent gericht voetonderzoek inclusief de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standafwijkingen, bij verzekerden met een matig verhoogd (Simm's 1) of een hoog risico op ulcera (Simm's 2 of 3);
- Behandeling van risicofactoren bij patiënten met een matig verhoogd of een hoog risico op ulcera;
- Educatie en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus;
- Advisering over adequaat schoeisel.

Uitgesloten zijn:

- verwijdering van eelt om cosmetische of verzorgende redenen;
- algemene nagelverzorging, zoals het recht afknippen van nagels om ingroeien te voorkomen.

Voetzorg bij diabetes mellitus komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking na een verwijzing van een huisarts of medisch specialist en moet worden uitgevoerd door een podotherapeut of een pedicure met de aantekening diabetes- of risicovoet.

Artikel 18.22 Ziekenvervoer

lid 1 Algemeen

Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto.

In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, per auto of met een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door de zorgverzekeraar aan te geven vervoermiddel.

lid 2 Ambulancevervoer

Aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, doch uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.

lid 3

De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat:

- het vervoer naar een zorgverlener of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten – met inachtneming van een eventueel eigen risico – geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen.
- het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven;
- het vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt;
- het vervoer vanaf hierboven genoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.

lid 4

Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling.

lid 5 Zittend ziekenvervoer

Er bestaat, van en naar de in lid 3 genoemde zorgverleners, aanspraak op taxivervoer of op de vergoeding van kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de laagste klasse of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

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

Zittend ziekenvervoer dient vooraf te worden aangevraagd

met een verklaring van de behandelend arts.

De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt. Indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde zorgverlener of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Om aanspraak te maken op taxivervoer kunt u contact opnemen met Transvision. Transvision bepaalt namens de zorgverzekeraar of er aanspraak bestaat op verstrekking van taxivervoer en verzorgt het taxivervoer. Informatie over Transvision is te vinden op de website www.amersfoortse.nl/zorg. Transvision is te bereiken op 0900-33 33 33 0 (15 cent per minuut).

lid 6 Hardheidsclausule

Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

lid 7

Indien zittend ziekenvervoer per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.

lid 8

Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.

lid 9

Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 97,- per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,31 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

De eigen bijdrage is niet verschuldigd:

- voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de Wlz is opgenomen naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de Wlz wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
- voor vervoer van een instelling als bedoeld in onderdeel a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
- voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de Wlz is opgenomen naar een persoon of instelling voor tandheelkundige behandeling ten laste van de Wlz, waarvoor in eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede vervoer terug naar de

instelling.

Artikel 18.23 Zintuiglijk gehandicapten zorg

Aanspraak bestaat uit de vergoeding van de kosten voor multidisciplinaire:

- zorg in verband met een visuele beperking;
- zorg in verband met een auditieve beperking;
- zorg in verband met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis;
- en een Uittoeslag zorgverlener.

De geleverde zorg bestaat uit:

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

Aanspraak op een vergoeding beperkt zich tot verzekerden die voldoen aan onderstaande indicatie-eisen en voor zover van toepassing de (indirecte) systeem "medebehandeling" van de ouders/verzorgenden, kinderen en volwassenen rondom de persoon met een zintuiglijke beperking.

De indicatie vereisten zijn :

- Visuele beperking op basis van de richtlijnen van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) vastgesteld, waarbij sprake is van:
 - een gezichtsscherpte van <0.3 aan het beste oog en
 - een gezichtsveld van < 30 graden of
 - een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren
- Auditieve beperking op basis van de richtlijnen van de Nederlandse Federatie van Audiologische Centra (FENAC) vastgesteld indien:
 - het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB gedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000hz te middelen, of
 - als het drempelverlies groter dan 25 dB is bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 hz.
- Communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS) zoals vastgesteld in de richtlijnen van de Nederlandse Federatie van Audiologische Centra (FENAC). Er is sprake van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis als de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Daarnaast is een voorwaarde dat de taalontwikkelingsstoornis primair is, dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologische) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.
- Een combinatie van voornoemde beperkingen.

De zorg wordt uitsluitend geleverd door één van de auditieve of visuele centra zoals vermeld op www.amersfoortse.nl/zorg.

ZG-zorg voor mensen met auditieve en/of communicatieve beperkingen is alleen toegankelijk op verwijzing van een klinisch fysicus audioloog van een audiologisch centrum of een arts op basis van diagnostische gegevens waaruit blijkt dat een cliënt

voldoet aan de inclusiecriteria voor de te verzekeren prestatie ZG (artikel 2.5.d.) van het BZv.

Visuele ZG is alleen toegankelijk op verwijzing van een medisch specialist op grond van de evidence based NOG richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing.

Artikel 19 Uitsluitingen

Geen aanspraak bestaat op zorg of de vergoeding van kosten voor:

- zorg die op grond van een andere wettelijke regeling bekostigd kan worden. Dit betekent onder meer dat als er sprake gemaakt kan worden op zorg vanuit de Wlz of WMO er geen aanspraak gemaakt kan worden voor vergelijkbare zorg vanuit de zorgverzekering;
- de eigen bijdrage krachtens de Wlz en die van bevolkingsonderzoek;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Ministeriële Regeling anders is bepaald;
- het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
- alternatieve geneeswijzen;
- geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
- prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;
- kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg;
- declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- de kosten van consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen een gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij De Amersfoortse hiervoor toestemming heeft verleend;
- schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
- als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

Artikel 20 Diensten Managed Care

De verzekerde kan voor zorgbemiddeling terecht bij de ervaren verpleegkundigen van de afdeling Managed Care. Zorgbemiddeling houdt in dat zij actief op zoek gaan om

binnen redelijke termijn kwalitatief goede zorg voor de verzekerde te vinden. Verder kan verzekerde terecht voor onder meer: wachtlijstbemiddeling (snellere behandeling in een ander ziekenhuis, eventueel in het buitenland of in een ZBC), het regelen van hulpmiddelen en algemene informatie over gezondheid, ziekte en preventie. De afdeling Managed Care is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer (033) 464 20 61 en per email via managed.care@amersfoortse.nl.

Clausule Terrorisme

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT). De tekst van de clausule terrorismedekking is op verzoek bij de zorgverzekeraar opvraagbaar.

Belangrijke informatie:

De Amersfoortse Verzekeringen:

www.amersfoortse.nl/zorg

Telefoon: (033) 464 20 61

Afdeling Acceptatie

Email: ziektekostenacceptatie@amersfoortse.nl

Afdeling Zorg Claimbehandeling

Email: zorg.claimbehandeling@amersfoortse.nl

Managed Care

Email: managed.care@amersfoortse.nl