

Verzekeringsvoorwaarden ingaande 1 januari 2014.

De verzekeringsvoorwaarden zijn bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geregistreerd onder Zaaknummer 120805.

De Friesland Zorgverzekeraar NV
Ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 50884565

Inhoud

Verzekeringsvoorwaarden

1.	Algemene informatie	4
1.1	Goed zorgverzekeraarschap	4
1.2	Zorgaanbieders en vergoedingen	5
1.3	Klachtafhandeling	6
1.4	Verwerking aanmelding	6
1.5	Indienen van uw nota	6
1.6	Voorafgaande toestemming	7
1.7	Mijn De Friesland	7
2.	Algemene voorwaarden	8
2.1	Algemene bepalingen	8
2.2	Grondslag en dekkinggebied	8
2.3	Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven	8
2.4	Begin en einde van de verzekering	8
2.5	Herziening van premie of voorwaarden	11
2.6	Onterechte verzekering	12
2.7	Dekking	12
2.7.1	Omvang van de dekking	12
2.7.2	Natura of restitutie	13
2.7.3	Gecontracteerde zorgaanbieders	13
2.7.4	Niet-gecontracteerde zorgaanbieders	13
2.7.5	Wettelijke tarieven	14
2.7.6	Bemiddeling als zorg niet tijdig beschikbaar is	14
2.7.7	Acute zorg	14
2.7.8	Betaling aan de zorgaanbieder	14
2.7.9	Eigen bijdrage	15
2.7.10	Beëindigen overeenkomst met zorgaanbieder	15
2.7.11	Buitenland	15
2.7.12	Dekkingsperiode	17
2.7.13	Terrorismerisico	17
2.7.14	Uitsluitingen	17

2.8	Eigen risico	18
2.8.1	Verplicht eigen risico	18
2.8.2	Vrijwillig eigen risico	18
2.8.3	Wanneer is het eigen risico niet van toepassing	18
2.8.4	Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico	19
2.9	Premiebetaling	19
2.10	Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde	21
2.11	Fraude	22
2.12	Geschillen	22
2.13	Verhaal op derden	23
2.14	Aansprakelijkheidsbeperking	23
2.15	Registratie persoonsgegevens	23
2.16	Klachten over formulieren	24
3.	Inhoud van de verzekering	25
3.1	Audiologische zorg	25
3.2	Bariatrische chirurgie (chirurgie bij overgewicht)	25
3.3	Beademing	26
3.4	Dialyse	27
3.5	Dyslexiezorg	27
3.6	Erfelijkheidsonderzoek	28
3.7	Farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten)	29
3.8	Geestelijke gezondheidszorg	32
3.9	Huisartsenzorg	36
3.10	Hulpmiddelenzorg	38
3.11	IVF (in-vitrofertilisatie)	40
3.12	Medisch specialistische zorg algemeen	41
3.13	Mondzorg (tandheelkunde)	42
3.14	Oncologische aandoeningen bij kinderen	46
3.15	Paramedische zorg	47
3.15.1	Dieetadvisering	47
3.15.2	Ergotherapie	47
3.15.3	Fysiotherapie en oefentherapie	48
3.15.4	Logopedie	49
3.16	Plastische chirurgie	49
3.17	Revalidatie	50
3.17.1	Medisch specialistische revalidatie	50
3.17.2	Geriatrische revalidatie	51
3.18	Transplantaties van weefsels en organen	52
3.19	Trombosezorg	54
3.20	Verblijf	54
3.21	Verloskundige zorg en kraamzorg	55
3.22	Verpleegkundige zorg zonder verblijf	58
3.23	Ziekenvervoer	59
3.24	Zorg bij Stoppen-met-rokenprogramma	61
4.	Begripsomschrijvingen	63

Voorwoord

Samen de uitdaging aangaan

De Friesland Zorgverzekeraar is niet zomaar een zorgverzekeraar. Bij De Friesland hebben we een duidelijke missie. Met het geloof dat kwalitatief goede zorg uiteindelijk goedkoper is, willen we de uitdaging aangaan en de zorg in de toekomst echt verbeterd hebben.

We zijn niet alleen ambitieus, maar hebben ook echt het geloof dat het gaat lukken. Geen dikdoenerij, maar concrete voorbeelden waarmee we op den duur de zorg verbeteren. Met een keiharde deadline als stok achter de deur. Dat lijkt misschien ver weg, maar wil dit gaan lukken dan zullen we vandaag al moeten beginnen.

Grote stappen zijn nodig, maar ook kleine veranderingen die uitgroeien tot echte verbeteringen. Echt iets doen aan sport en beweging bij kinderen. Echt iets doen aan transparantie van zorgkosten. En echt iets doen aan het zo lang mogelijk vitaal houden van ouderen. Samen de uitdaging aangaan, zodat er in de toekomst ook echt iets veranderd is.

Dit kunnen wij niet alleen. Samen met alle knappe koppen in de zorg, onze klanten, en iedereen met een goed idee gaan we ervoor. En daarom laten we de komende tijd ook steeds meer van ons horen. Wij gaan u uitnodigen om met ons mee te denken. En met ons mee te doen.

Je hebt zorgverzekeraars en je hebt De Friesland

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Diana Monissen', with a long horizontal stroke extending to the right.

Diana Monissen
Voorzitter Raad van Bestuur

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

1. ALGEMENE INFORMATIE

Deze verzekeringsvoorwaarden horen bij uw zorgverzekering bij De Friesland. Hierin kunt u opzoeken welke zorg wordt vergoed in de basisverzekering. Daarnaast leggen we o.a. uit hoe u eenvoudig een nota kunt indienen, hoe u opzoekt of een specifieke zorgaanbieder een overeenkomst met ons heeft en op welke manier u contact met ons kunt opnemen.

Deze voorwaarden kunt u ook vinden op onze website www.defriesland.nl. Hier vindt u daarnaast nog meer informatie over uw zorgverzekering en hebben we veelgestelde vragen alvast voor u beantwoord. Heeft u toch nog vragen? Bel dan gerust met ons of kom langs in een van onze winkels.

1.1 Goed zorgverzekerderschap

De Friesland heeft zowel in de verzekeringsvoorwaarden als in haar statuten regels vastgelegd met betrekking tot het goed en transparant uitvoeren van de Zorgverzekeringswet. Het afleggen van maatschappelijke verantwoording is daarbij een centraal thema.

De Friesland wordt, net als haar concurrenten, door consumentenorganisaties goed in de gaten gehouden. Zo worden de zorgverzekerders met elkaar vergeleken. Daarbij wordt naar de prestaties gekeken, maar ook naar de premies en dekking. Hierover wordt onder andere gepubliceerd op www.kiesbeter.nl.

Onze reclame-uitingen zijn geheel volgens de spelregels van de Reclame Code Commissie. Dit houdt in dat wij een reëel, duidelijk en correct beeld schetsen van onze producten en diensten. Alle verzekerden van De Friesland moeten in de gelegenheid worden gesteld om de structuur en de organisatie van De Friesland te begrijpen. Daartoe ontvangen alle verzekerden en kandidaat-verzekerden informatie via brochures en via onze website www.defriesland.nl. Maar wij houden onze verzekerden ook op de hoogte van veranderingen door middel van periodiek verschijnende publicaties.

In onze brochures en op onze website worden de minimumprestaties genoemd waaraan de dienstverlening van De Friesland moet voldoen. Het gaat hier om zaken als: hoe snel worden declaraties betaald, wat mag u van onze klachtenafhandeling verwachten, etc. De invloed en inspraak van onze verzekerden is gewaarborgd via een verzekerdenraad die nauw betrokken is bij alle belangrijke besluiten van De Friesland en die op tal van terreinen adviesgerechtigd is. Informatie over deze verzekerdenraad vindt u ook op onze website. Wij voeren daarnaast voortdurend klantonderzoeken uit om te bekijken wat u van De Friesland verwacht en hoe wij daaraan kunnen voldoen. Deze onderzoeken hebben een directe uitwerking op onze voorwaarden en dienstverlening.

1.2 Zorgaanbieders en vergoedingen

1.2.1 Hoe weet u of bepaalde zorg vergoed wordt?

Wanneer u zorg nodig heeft, wilt u natuurlijk ook weten of De Friesland deze zorg vergoedt. Dit kunt u daarom gemakkelijk in de verzekeringsvoorwaarden en op onze website opzoeken. Heeft u toch nog vragen? Onze medewerkers helpen u graag verder.

1.2.2 Vergoeding voor een bepaalde behandeling?

Het is belangrijk vooraf te weten of er sprake is van een eigen bijdrage voor uw behandeling. En of de geneesmiddelen of hulpmiddelen die u nodig heeft door uw verzekering worden vergoed. De vergoeding van specifieke behandelingen en middelen kunt u vinden in deze voorwaarden. Ook vindt u hier of er bepaalde voorwaarden aan de behandelaar worden gesteld.

1.2.3 Vergoeding voor medicijnen?

Wilt u weten of uw voorschreven medicijnen door De Friesland worden vergoed? Noteer dan de naam en registratienummer (ZI-nummer c.q. KNMP-nummer) van het medicijn en neem contact op met onze afdeling klantcontacten. Zij kunnen u vertellen of uw medicijn wel of niet vergoed wordt, of er een eigen bijdrage voor dit medicijn is die uzelf dient te betalen, en of er een machtiging voor dit medicijn nodig is.

1.2.4 Vergoeding van een bepaalde zorgaanbieder?

Zoekt u informatie over zorgaanbieders waar De Friesland een overeenkomst mee heeft gesloten? Deze vindt u op onze website. Bij 'Zoek een zorgverlener' kunt u een keuze maken voor het soort zorgaanbieder en woonplaats.

Let op: Het kan gebeuren dat een zorgovereenkomst met een zorgaanbieder wordt beëindigd. Wij adviseren u daarom voordat u zorg nodig heeft altijd contact met ons op te nemen of op de website na te kijken of uw zorgaanbieder nog steeds een overeenkomst met ons heeft.

1.2.5 Wachtlijstbemiddeling

Per ziekenhuis zijn er soms grote verschillen in de wachttijden voor zorg. Als u te maken krijgt met een lange wachttijd gaat De Friesland, als u dat wilt, voor u op zoek naar een ander ziekenhuis waar u sneller geholpen kunt worden. Dit kan in uw regio zijn, maar ook daarbuiten, of zelfs in het buitenland. Wilt u van deze service gebruikmaken, dan kunt u contact opnemen met de wachtlijstcoördinator van De Friesland. De Friesland garandeert voor de volgende ingrepen de volgende maximale wachttijden:

- a. heupoperatie 4 weken;
- b. arthroscopie/kijkoperatie in een gewricht 4 weken;
- c. knieoperatie 4 weken;
- d. cataractoperatie (staaroperatie) 4 weken;
- e. spataderbehandeling 5 weken;
- f. liesbreukoperatie 5 weken.

Deze wachttijden zijn korter dan de maximale wachttijden op basis van de landelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (de zogenaamde Treeknormen). Verderop in deze verzekeringsvoorwaarden wordt uitgebreid op deze Treeknormen ingegaan. Is uw wachttijd langer dan hier aangegeven? In dat geval kunt u wachtlijstbemiddeling aanvragen via onze website of telefonisch via telefoonnummer (058) 291 33 00. Naast de hiervoor genoemde ingrepen kan ook bij andere behandelingen sprake zijn van lange wachttijden. Ook dan kunt u contact opnemen met de wachtlijstbemiddeling voor informatie over de snelste en beste behandeling.

1.3 Klachtafhandeling

De Friesland besteedt veel tijd en aandacht aan het afhandelen van klachten. Een klacht wordt door ons gezien als een mogelijkheid om onze informatievoorziening en dienstverlening verder te verbeteren. U kunt zowel schriftelijk als per e-mail uw klacht indienen. Na ontvangst van uw klacht ontvangt u van ons een ontvangstbevestiging. Mocht de klacht over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet gaan, dan wordt de klacht binnen zes weken behandeld. Mocht er meer tijd nodig zijn, dan ontvangt u hierover bericht. Wilt u meer weten? Verderop in deze verzekeringsvoorwaarden wordt nader op de klachtenafhandeling ingegaan. Daarnaast heeft De Friesland een speciale folder over klachten. U kunt deze downloaden op onze website of telefonisch aanvragen.

1.4 Verwerking aanmelding

De administratieve verwerking van een aanmelding vindt binnen vijf werkdagen plaats. Voorwaarde is wel dat De Friesland over de juiste documenten beschikt die voor inschrijving nodig zijn.

1.5 Indienen van uw nota

U krijgt natuurlijk het liefst de beste zorg voor zo min mogelijk geregeld. Daarom hebben we met de meeste zorgaanbieders afgesproken dat zij hun nota's rechtstreeks bij De Friesland indienen. Nota's van zorgaanbieders waarmee De Friesland (nog) geen contract heeft afgesloten worden meestal eerst door uzelf betaald. Daarna kunt u de nota bij De Friesland declareren. Dit kan op de volgende manieren:

- a. via onze gratis declaratie-app. Meer informatie hierover vindt u op onze website;
- b. online declareren via Mijn De Friesland. Meer informatie hierover vindt u op onze website;
- c. opsturen naar Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden of inleveren bij een van onze winkels.

Let op:

- a. Als u nota's digitaal heeft ingediend, moet u de papieren originele nota's nog minimaal twee jaar bewaren. Wij kunnen deze binnen deze periode nog opvragen voor controles.
- b. Omdat wij ingezonden nota's niet meer terug kunnen sturen, adviseren we u een kopie van de originele nota te maken voor uw eigen administratie.

Uw declaratie snel behandeld

Wij proberen uw declaratie altijd zo spoedig mogelijk in behandeling te nemen. Gewoonlijk is uw declaratie binnen zeven werkdagen door ons verwerkt en staat het betaalde bedrag binnen tien werkdagen op uw rekening. Zorgt u er dan wel voor dat de gegevens op de nota goed leesbaar zijn en dat uw verzekerdennummer of burgerservicenummer hierop duidelijk is vermeld.

Oude nota gevonden?

Heeft u nog een oude nota liggen? Nota's kunt u indienen tot drie jaar na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Twijfelt u wat voor uw nota van toepassing is? Neem dan gerust contact met ons op.

1.6 Voorafgaande toestemming

Niet iedere behandeling wordt automatisch vergoed. Soms heeft u eerst voorafgaande toestemming van De Friesland nodig. Dit geldt voor sommige behandelingen, geneesmiddelen of aanschaf van bepaalde hulpmiddelen. Als dit het geval is, is dit in hoofdstuk 3 bij het betreffende artikel vermeld. De Friesland probeert uw aanvraag altijd binnen vijf werkdagen af te handelen. Bij onvoldoende informatie kan deze termijn oplopen tot tien werkdagen. Voor een snelle afhandeling hebben wij bij uw aanvraag daarom in ieder geval de volgende informatie nodig:

- a. uw naam, geboortedatum, adres, woonplaats en verzekerdennummer;
- b. de aandoening die behandeld wordt;
- c. de aard van de behandeling of voorziening;
- d. de duur van de behandeling;
- e. de naam en functie van de behandelaar en/of aanvrager.

Uw behandelend arts kan uw aanvraag voor u invullen.

1.7 Mijn De Friesland

U kunt als verzekeringnemer uw polisgegevens raadplegen en wijzigen in Mijn De Friesland via een per DigiD beveiligde online verbinding. Meer informatie over Mijn De Friesland vindt u op onze website.

2. ALGEMENE VOORWAARDEN

2.1 Algemene bepalingen

- a. In deze voorwaarden wordt met u bedoeld: u als verzekerde. Als met u wordt bedoeld u als verzekeringnemer, is dit expliciet vermeld.
- b. In deze voorwaarden wordt met De Friesland bedoeld: De Friesland Zorgverzekeraar NV.

2.2 Grondslag en dekkinggebied

- a. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt alleen ingegaan op de voorwaarden van de Basisverzekering. Heeft u daarnaast een aanvullende verzekering bij De Friesland afgesloten dan kunt u hiervoor de betreffende verzekeringsvoorwaarden raadplegen. Voor de aanvullende verzekeringen zijn speciale verzekeringsvoorwaarden ontwikkeld.
- b. Deze verzekeringsvoorwaarden gelden voor de Vrije Keus Polis van De Friesland Zorgverzekeraar, geldig in Nederland en in het buitenland.
- c. Deze verzekeringsvoorwaarden zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.
- d. De verzekeringsvoorwaarden moeten worden uitgelegd en toegepast in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Mocht na het verschijnen van deze verzekeringsvoorwaarden blijken dat deze op enig onderdeel niet (meer) in overeenstemming zijn met het bepaalde in of op grond van de Zorgverzekeringswet, dan is de tekst van de Zorgverzekeringswet en de daarbij horende regelgeving bindend. De verzekeringsvoorwaarden worden dan geacht zodanig te zijn gewijzigd dat zij wel in overeenstemming zijn met het bepaalde in of op grond van de Zorgverzekeringswet. De Friesland informeert u, zodra mogelijk, over de eventuele wijziging(en) van de tekst van de verzekeringsvoorwaarden die uit deze bepaling voortvloeien. De eventueel aangepaste volledige tekst van de verzekeringsvoorwaarden kunt u raadplegen op onze website of wordt u op verzoek toegezonden.
- e. Voor zover in deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar de reglementen van De Friesland of naar andere bijlagen, dan gelden deze als onderdeel van de overeenkomst en zijn ze op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op onze website.
- f. Op deze verzekeringsvoorwaarden is het Nederlands recht van toepassing.

2.3 Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven?

In deze verzekering kunnen verzekerden worden ingeschreven die verzekeringsplichtig zijn en wonen in Nederland of in het buitenland.

2.4 Begin en einde van de verzekering

2.4.1 Aanmelden

De verzekering wordt aangegaan op grond van een volledig en naar waarheid ingevuld en ondertekend of online ingevuld aanvraagformulier. Als het aan-

vraagformulier onvolledig of onjuist is ingevuld en desondanks door De Friesland is geaccepteerd, dan is de eerste premiebetaling de formele bevestiging van de aanvraag.

Ingangsdatum verzekering

De ingangsdatum van de verzekering is de dag waarop De Friesland de aanvraag heeft ontvangen. Deze datum wordt op het polisblad vermeld. In afwijking van deze hoofdregel geldt het volgende:

- a. Mochten er onduidelijkheden zijn, bijvoorbeeld over de verzekeringsplicht van de te verzekeren persoon, dan kan dit gevolgen hebben voor de ingangsdatum van de verzekering. De Friesland zal u dan eerst om aanvullende informatie vragen. De verzekering gaat in dat geval in op de dag dat De Friesland alle benodigde informatie heeft ontvangen.
- b. Wanneer u op het moment waarop we uw aanvraag hebben ontvangen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent, dan kan de verzekering op uw verzoek op een later tijdstip ingaan.
- c. Als de zorgverzekering is afgesloten binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan dan gaat deze in met terugwerkende kracht per de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan. U bent over deze periode premie verschuldigd.
- d. Als de zorgverzekering is afgesloten binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari of wegens het ten nadele van de verzekerde wijzigen van de voorwaarden door opzegging is geëindigd, dan gaat deze in met terugwerkende kracht per de dag waarop de eerdere zorgverzekering is beëindigd.

Wat u verder moet weten

- a. De verzekeringnemer kan de aanmelding zonder opgave van reden binnen vijftien dagen na dagtekening van het polisblad schriftelijk of per e-mail ongedaan maken. De verzekering wordt dan met terugwerkende kracht ontbonden.
- b. Als het Zorginstituut Nederland (voorheen het CVZ) u bij De Friesland heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet, kunt u de verzekering beëindigen binnen twee weken vanaf de datum waarop het Zorginstituut Nederland u van de verzekering in kennis heeft gesteld. U moet dan wel aantonen dat u binnen de periode genoemd in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet via een andere zorgverzekering bent verzekerd.
- c. Als de zorgverzekering ingaat in de loop van het jaar, dan wordt deze aangegaan voor de rest van dat kalenderjaar.
- d. De Friesland is niet verplicht een zorgverzekering af te sluiten als een eerdere zorgverzekering bij De Friesland is opgezegd of ontbonden wegens opzettelijke misleiding, fraude of enige andere vorm van wanprestatie jegens De Friesland of het niet betalen van de premie. Dit geldt voor een periode van vijf jaar onmiddellijk na beëindiging van de zorgverzekering.
- e. U ontvangt een polisblad in een door De Friesland vast te stellen vorm dat geldt als bewijs van de tussen u als verzekeringnemer en De Friesland gesloten verzekeringsovereenkomst.

f. Voor het verwerken van uw persoonsgegevens is de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) bepalend.

2.4.2 Beëindigen

Het opzeggen van de verzekering

U mag als verzekeringnemer uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt eindigt uw zorgverzekering per 1 januari daaropvolgend. U ontvangt hiervan van ons een bevestiging. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan op de volgende manieren plaatsvinden:

- a. door gebruik te maken van de gezamenlijke opzegservice van de verzekeraars. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar;
- b. door u als verzekeringnemer. U moet dan uiterlijk 31 december opzeggen. Opzeggen kan per e-mail, schriftelijk, per fax of telefonisch.

Wat u verder moet weten

- a. De verzekering eindigt automatisch op het tijdstip dat uw verzekeringsplicht eindigt.
- b. Bij overlijden, eindigt de verzekering automatisch de dag na het overlijden. Om de verzekering te kunnen beëindigen, moet De Friesland binnen 30 dagen na het overlijden hierover geïnformeerd worden.
- c. De verzekering eindigt automatisch als De Friesland ten gevolge van wijziging of intrekking van haar vergunning geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. In dat geval stelt De Friesland de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat de zorgverzekering eindigt hiervan op de hoogte. Hierbij vermeldt De Friesland de reden en de datum van beëindiging.
- d. De verzekering eindigt automatisch als De Friesland haar werkgebied wijzigt en u daardoor buiten het werkgebied van De Friesland komt te wonen. In dat geval stelt De Friesland de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat de zorgverzekering eindigt hiervan op de hoogte. Hierbij vermeldt De Friesland de reden en de datum van beëindiging.
- e. Als verzekeringnemer kunt u tussentijds de verzekering van de verzekerde voor wie u als verzekeringnemer handelt opzeggen, als deze een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar heeft afgesloten. De opzegging gaat in per de datum waarop de verzekering bij de andere zorgverzekeraar is ingegaan. Voorwaarde is dan wel dat de opzegging De Friesland voorafgaand aan die ingangsdatum heeft bereikt. Als De Friesland de opzegging later ontvangt, wordt de verzekering bij De Friesland beëindigd op de eerste dag van de tweede maand volgend op de dag waarop de opzegging is ontvangen.
- f. De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, als de reden

van opzegging een overstap van het ene collectief contract in verband met het dienstverband naar het andere collectief contract in verband met het dienstverband betreft. De verzekeringnemer kan de oude zorgverzekering met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van dezelfde kalendermaand.

g. Nadat De Friesland u als verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kunt u gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en de incassokosten niet zijn voldaan de zorgverzekering niet opzeggen. Dit geldt niet wanneer De Friesland de zorgverzekering of de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst of opgeschort of wanneer De Friesland u binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

h. Als het Zorginstituut Nederland u bij De Friesland heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet kunt u de verzekering niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden vanaf de ingangsdatum van de verzekering.

i. De Friesland kan uw verzekering per de ingangsdatum beëindigen als het Zorginstituut Nederland u bij De Friesland heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet en achteraf blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was.

Bewijs van einde zorgverzekering

Als de verzekering eindigt, krijgt u van De Friesland een 'bewijs van einde zorgverzekering'. Op dit bewijs wordt de volgende informatie vermeld:

- a. naam, adres, woonplaats en burgerservicenummer van de verzekerde;
- b. naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- c. naam, adres, woonplaats van de zorgverzekeraar;
- d. de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
- e. of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja met ingang van welke ingangsdatum, voor welk bedrag en de in verband daarmee verleende korting;
- f. de reden van de beëindiging van de verzekering.

2.5 Herziening van premie of voorwaarden

De Friesland heeft het recht de voorwaarden van de verzekering en de premies te herzien. De Friesland deelt deze voorgenomen herziening mee aan de verzekeringnemer. Tussen de ingangsdatum van de herziening en de aankondiging hiervan zitten ten minste zes weken. Bij een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekerde, of bij een verhoging van de premiegrondslag, kan de verzekeringnemer gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld de verzekering opzeggen.

Let op: U kunt als verzekeringnemer niet opzeggen als de wijziging een direct gevolg is van de in de Zorgverzekeringswet met betrekking tot de inhoud van de verzekering zoals genoemd in hoofdstuk 3 van deze voor-

waarden. Dit geldt ook als de wijzigingen in het nadeel van de verzekerde zijn.

De opzegging in verband met de herziening van de verzekeringsvoorwaarden en premie, gaat in op de ingangsdatum van deze herziening. Heeft De Friesland binnen één maand na bekendmaking geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet onder de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

2.6 Onterechte verzekering

Als een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen en achteraf blijkt dat geen verzekeringsplicht heeft bestaan of dat deze inmiddels is geëindigd, dan vervalt de verzekeringsovereenkomst automatisch vanaf het moment van ingang of vanaf het moment waarop de verzekeringsplicht is geëindigd. In dat geval bent u verplicht om de kosten die onterecht zijn vergoed vanaf de datum van beëindiging van de verzekering terug te betalen. De Friesland kan deze vordering compenseren met andere aan u verschuldigde uitkeringen.

2.7 Dekking

2.7.1 Omvang van de dekking

a. Voor zover op grond van deze verzekeringsvoorwaarden de toestemming van De Friesland, een verwijzing of een voorschrift vereist is, bestaat alleen aanspraak op vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat u van de desbetreffende zorg gebruikmaakt.

b. Recht op vergoeding van zorg of diensten bestaat alleen als u naar een zorgaanbieder gaat die aan de eisen voldoet zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden. De Friesland kan u echter toestemming verlenen voor rekening van De Friesland gebruik te maken van een zorgaanbieder met een andere kwalificatie dan in deze verzekeringsvoorwaarden is vermeld. Deze toestemming moet De Friesland u dan voorafgaand aan de behandeling hebben verleend.

c. De inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten worden onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en - bij het ontbreken van een zodanige maatstaf - door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Tip: Het Zorginstituut Nederland heeft verschillende behandelingen aan de hiervoor genoemde criteria getoetst en op grond hiervan beoordeeld of deze als verzekerde zorg zijn aan te merken. Raadpleeg hiervoor www.cvz.nl/publicaties/rapporten.

d. U heeft recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. De te verlenen zorg of diensten moeten doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.

e. De vraag of u behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een

bepaalde dienst wordt uitsluitend op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

f. Recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat op voorwaarde dat de zorg wordt verleend op de plaats die gezien de aard van de zorg en de omstandigheden als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

Voorwaardelijk toegelaten zorg

Ook zorg en/of diensten die (nog) niet aan de in artikel 2.7.1 onder c. genoemde criteria voldoen kunnen onder voorwaarden als verzekerde zorg worden toegelaten. De volgende zorg is voorwaardelijk toegelaten:

- a. behandeling van chronische aspecifieke rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, als u deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- b. behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie, als u deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- c. behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie, als u deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie 'Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in The Netherlands (MR CLEAN)';
- d. behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose, als u deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- e. het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapiefractaire morbus Crohn, als u deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd.

2.7.2 Restitutie

De Vrije Keus Polis is een restitutieverzekering. Restitutie betekent dat u geen recht heeft op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen.

2.7.3 Gecontracteerde zorgaanbieders

De Friesland maakt afspraken met zorgaanbieders over prijs, kwaliteit, toegankelijkheid en toegangstijden en de rekening gaat rechtstreeks naar De Friesland. Als u gebruikmaakt van de zorg of diensten van een gecontracteerde zorgaanbieder, dan betaalt De Friesland 100% van de kosten. Er kan voor sommige vormen van zorg wel een eigen risico en/of een eigen bijdrage gelden.

Tip: Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website bij 'Zoek een zorgverlener'.

2.7.4 Niet-gecontracteerde zorgaanbieders

U kunt ook gebruikmaken van zorgaanbieders waarmee De Friesland geen overeenkomst heeft gesloten. In hoofdstuk 3 is bij de verschillende vormen van zorg vermeld op welke vergoeding u in dat geval recht heeft.

Let op: Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, loopt u het risico dat u de kosten niet volledig vergoed krijgt. Ook kan het dan gebeuren dat u de rekening eerst zelf moet betalen. Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in deze verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.

2.7.5 Wettelijke tarieven

Welke wettelijke tarieven in Nederland gelden, kunt u terugvinden op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit (www.nza.nl). Zorgaanbieders zijn verplicht de tarieven voor de door hen geleverde prestaties bekend te maken. Dit geldt ook voor zorgaanbieders waarvoor geen maximumtarieven zijn vastgesteld. Zo weet u waar u als klant aan toe bent.

2.7.6 Bemiddeling als zorg niet tijdig beschikbaar is

U heeft op uw verzoek recht op de zorgbemiddeling van De Friesland. Als u in het kader van wachtlijstbemiddeling toestemming ontvangt om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, worden de kosten van de zorg na overlegging van de nota vergoed. Na tussenkomst door de wachtlijstbemiddelaar garandeert De Friesland voor de volgende operaties of ingrepen dat de wachttijd niet langer zal zijn dan hieronder genoemd. Deze termijnen beginnen te lopen vanaf het moment dat is vastgesteld welke zorg u nodig heeft tot het moment dat deze zorg daadwerkelijk ontvangen kan worden.

De termijnen zijn:

- a. heupoperatie 4 weken;
- b. arthroscopie/kijkoperatie in een gewricht 4 weken;
- c. knieoperatie 4 weken;
- d. cataractoperatie (staaroperatie) 4 weken;
- e. spataderbehandeling 5 weken;
- f. liesbreukoperatie 5 weken.

Deze wachttijden zijn korter dan op basis van de landelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn vastgelegd in de Treeknormen.

2.7.7 Acute zorg

Als er sprake is van acute zorg (zorg die plotseling en onverwacht noodzakelijk is en niet kan worden uitgesteld) en u heeft gebruik gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u binnen Nederland recht op volledige vergoeding van de kosten. U moet De Friesland zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte stellen. Dit geldt ook als deze situatie zich in het buitenland voordoet. In dat geval dient u echter zo spoedig mogelijk contact op te nemen met de De Friesland Zorgverzekeraar Alarmservice. In artikel 2.7.11 kunt u meer informatie over de vergoeding vinden.

2.7.8 Betaling aan de zorgaanbieder

De Friesland mag in alle gevallen de kosten van zorg of overige diensten rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen. U heeft dan geen recht meer op betaling van deze kosten aan uzelf.

2.7.9 Eigen bijdrage

Als u volgens deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, dan wordt die eigen bijdrage:

- a. door de zorgaanbieder aan u in rekening gebracht als De Friesland de kosten van zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder voldoet;
- b. in mindering gebracht op de vergoeding als De Friesland de vergoeding aan u betaalt.

2.7.10 Beëindigen overeenkomst met zorgaanbieder

Als een overeenkomst tussen De Friesland en een zorgaanbieder wordt beëindigd en u op het moment van beëindiging zorg van deze zorgaanbieder ontvangt, blijft De Friesland de lopende behandeling vergoeden.

2.7.11 Buitenland

Als u in Nederland woont, heeft u ook aanspraak op zorg van een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

Tip: Wilt u in het buitenland behandeld worden, informeer dan eerst bij ons of de kosten vergoed worden, onder welke voorwaarden en welk bedrag u eventueel zelf dient bij te betalen.

Wonen of verblijven in een verdragsland

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land dan Nederland of in een verdragsland, dan heeft u naar keuze:

- a. aanspraak op medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening 883/2004 of het desbetreffende verdrag. Voorwaarde is dan wel dat de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland;
- b. aanspraak op vergoeding van zorg door een zorgaanbieder die door De Friesland in het woonland of in het land van tijdelijk verblijf is gecontracteerd.

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er in Nederland geen wettelijk tarief is vastgesteld, bedraagt de vergoeding niet meer dan het marktconforme tarief. Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-

land of verdragsland woont en tijdelijk woont of verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

Tip: Uw zorgpas is tevens een European Health Insurance Card (EHIC). Deze is geldig in de EER-landen (Europese Unie, Noorwegen, IJsland en Liechtenstein) en Zwitserland, voor medisch noodzakelijke zorg. Wij adviseren u van deze EHIC gebruik te maken als u in een van deze landen verblijft en zorg nodig heeft. U hoeft dan geen geld voor te schieten. Buitenlandse behandelaars, zoals artsen en specialisten, weten dan dat hun rekening door De Friesland wordt betaald. Sommige behandelaars accepteren de pas nog niet. U moet dan zelf de rekening voorschieten. Later kunt u de rekening indienen bij De Friesland. Met de kaart heeft u geen recht om naar het buitenland te reizen met als doel een medische behandeling te krijgen. Gaat u naar Australië, dan moet u zich direct bij aankomst met de EHIC melden bij een medicare kantoor. U krijgt dan een medicare card, waarmee u kosteloos geneeskundige hulp in Australië krijgt.

Wonen of verblijven in een niet-verdragsland

Woont of verblijft u in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op vergoeding van kosten van zorg van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling. De vergoeding bedraagt maxi-maal het wettelijke tarief in Nederland. Als er in Nederland geen wettelijk tarief is vastgesteld bedraagt de vergoeding niet meer dan het marktconforme tarief.

Vergoeding als zorg niet (tijdig) in Nederland beschikbaar is

U heeft recht op volledige vergoeding van de kosten:

- a. als u toestemming van De Friesland heeft ontvangen om naar een met name genoemde niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland te gaan in het kader van wachtlijstbemiddeling;
- b. als de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door De Friesland.

Alarmservice

Als u medisch noodzakelijke zorg nodig heeft die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg), dan moet u dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de De Friesland Zorgverzekeraar Alarmservice. Deze coördineert de zorg. Ook kunt u informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. De alarmservice is dag en nacht, 7 dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0(58) en het nummer van de alarmcentrale (212 02 12). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 58 212 02 12. Faxnummer: 0031 58 212 00 12.

Omrekenkoers

De vergoeding van de verzekerde kosten vindt plaats in euro's volgens de omrekenkoers zoals die geldt op de dag van de behandeling.

2.7.12 Dekkingsperiode

U heeft recht op vergoeding van de verzekerde zorg, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van levering, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als het gaat om een nota van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) waarmee een begin is gemaakt voor de einddatum van de verzekering, worden de kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing was. Als de nota betrekking heeft op een DBC waarmee is begonnen voor de datum van ingang van de verzekering, worden de kosten hiervan niet vergoed.

2.7.13 Terrorismerisico

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 toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura-uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade NV (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op 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 Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft u in aanvulling op het voorgaande recht op zorg of vergoeding van de kosten daarvan, waarvan de omvang wordt bepaald door artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering.

2.7.14 Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van:

- a. de eigen bijdrage die u bent verschuldigd op grond van de AWBZ;
- b. de kosten van een bevolkingsonderzoek;
- c. de kosten van alternatieve geneeswijzen;
- d. declaraties als gevolg van keuringen, attesten en griep- en andere vaccinaties, tenzij in deze voorwaarden anders is bepaald;
- e. sancties opgelegd door zorgaanbieders, bijvoorbeeld het doorberekenen van niet nagekomen afspraken of het door de zorgaanbieder berekenen van rente wegens het niet tijdig betalen van een nota;
- f. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
- g. vruchtbaarheidsgelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
- h. de kosten van behandelingen die zijn uitgevoerd door uzelf. Voor een behandeling door uw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede

graad dienen wij u vooraf toestemming te geven, als u deze behandeling ook bij ons wilt declareren.

2.8 Eigen risico

2.8.1 Verplicht eigen risico

Het verplichte eigen risico is het bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat verplicht voor uw rekening blijft. Voor verzekerden van 18 jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 360,- per kalenderjaar.

Tip: Wij bieden u de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen. Kijkt u voor meer informatie op onze website of neem contact met ons op.

2.8.2 Vrijwillig eigen risico

Het vrijwillige eigen risico is het met u als verzekeringnemer overeengekomen bedrag per kalenderjaar aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat u naast het verplichte eigen risico voor uw eigen rekening neemt.

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u van De Friesland een premiekorting. U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van:

Eigen risico	Premiekorting per maand
€ 100,-	€ 4,25
€ 200,-	€ 8,25
€ 300,-	€ 12,-
€ 400,-	€ 16,50
€ 500,-	€ 24,-

Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillige eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar aan De Friesland doorgeven.

2.8.3 Wanneer is het eigen risico niet van toepassing

Zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico zijn niet van toepassing op de kosten van:

- a. verloskundige zorg en kraamzorg;
- b. het gebruik van huisartsenzorg. Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek onder de dekking van deze verzekering valt, elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;
- c. nacontroles van de donor na afloop van de periode genoemd in hoofdstuk 3 in het artikel Transplantaties van weefsels en organen, Inhoud zorg, onder d.;
- d. hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt;

e. zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatie-bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg).

2.8.4 Berekening vrijwillig en verplicht eigen risico

a. De Friesland brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplichte als het vrijwillige eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplichte eigen risico.

b. In die gevallen waarin u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, telt deze eigen bijdrage niet mee voor het eigen risico. Ook overige kosten die voor uw eigen rekening blijven, worden voor toepassing van het eigen risico buiten beschouwing gelaten.

c. Als een verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt, gaat het eigen risico in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.

d. Als de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast op basis van het werkelijk aantal dagen in het kalenderjaar.

e. Kosten van zorg of van een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Wanneer in twee achtereenvolgende kalenderjaren zorg is genoten die door de zorgaanbieder in één bedrag in rekening wordt gebracht, worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin met de zorg is begonnen. Voor de vaststelling van het eigen risico wordt een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) dus toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

f. Als De Friesland de kosten van verleende hulp rechtstreeks aan de zorgaanbieder heeft vergoed, dan brengt De Friesland u achteraf het eventueel verschuldigde eigen risico in rekening. Voorafgaand aan het incasseren van het eigen risico krijgt u een specificatie van de kosten die ten laste komen van het eigen risico. Hierop wordt ook aangegeven wanneer en op welke manier het verschuldigde bedrag zal worden geïncasseerd.

2.9 Premiebetaling

a. De premiegrondslag (bruto premie) voor deze verzekering staat vermeld op het polisblad en is ook te vinden op onze website. Op de premiegrondslag kunnen eventueel een collectiviteitkorting en korting op basis van een gekozen vrijwillig eigen risico worden toegepast. De verschuldigde premie bestaat uit de premiegrondslag na aftrek van een mogelijke collectiviteitkorting en/of korting in verband met een vrijwillig eigen risico.

b. Zodra de collectieve overeenkomst waaraan de verzekeringnemer een premiekorting ontleent wordt ontbonden, vervalt ook het recht op de korting.

c. Als verzekeringnemer bent u verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen. Dit kan per maand, kwartaal, halfjaar of kalenderjaar.

Let op: Als verzekeringnemer bent en blijft u zelf verantwoordelijk voor de premiebetaling, ook als er bijvoorbeeld bij een collectief contract is afgesproken dat de premiebetaling door de werkgever wordt voldaan en deze in gebreke blijft.

- d. U betaalt als verzekeringnemer de premie en overige verschuldigde bedragen door middel van een automatische incasso, via een acceptgiro of met een elektronische betaling.
- e. Bij vooruitbetaling per kwartaal geldt een korting van 0,5%. Bij vooruitbetaling per halfjaar is dit 1%. Bij vooruitbetaling per jaar bedraagt de korting 2%. De korting wordt berekend over de verschuldigde premie.
- f. Het is u als verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met een van De Friesland te vorderen uitkering.
- g. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand herberekent De Friesland de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand.
- h. U bent geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. De Friesland benadert de minderjarige verzekerde ten minste vier weken voor zijn/haar 18e verjaardag met de vraag of hij/zij voor een vrijwillig eigen risico kiest. Als de verzekeringnemer of de verzekerde zijn/haar keuze niet aan de zorgverzekeraar doorgeeft, dan wordt de premie berekend op basis van een polis zonder vrijwillig eigen risico.
- i. Bij overlijden vindt naar rato verrekening of terugbetaling van de premie en het eigen risico plaats. Dit gebeurt met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum. Bij overlijden van de verzekeringnemer gaat de verplichting tot premiebetaling over op de verzekerde(n) waarvoor hij of zij premieplichtig was of, voor zover van toepassing, op de wettelijke vertegenwoordiger van die verzekerde(n).
- j. De Friesland streeft ernaar de vooraankondiging van de automatische incasso veertien dagen voor het incasseren van het openstaande bedrag aan u als verzekeringnemer te sturen. Dit is niet van toepassing voor terugkerende betalingen, zoals premie. De vooraankondiging van deze bedragen vindt eenmaal per jaar plaats.
- k. Als een automatische incasso niet plaats kan vinden in verband met onvoldoende saldo, biedt De Friesland deze incasso maximaal tweemaal opnieuw aan de bank aan.
- l. Als u als verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eventueel andere verschuldigde bedragen, zoals eigen bijdragen, eigen risico en kosten, dan stuurt De Friesland u een schriftelijke aanmaning tot betaling binnen een termijn van 30 dagen. Als het bedrag niet binnen de gestelde termijn wordt betaald, kan De Friesland uw verzekering schorsen. Dit betekent dat de medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervalddag van de premie niet meer worden vergoed.

De verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde bedragen te betalen. Als De Friesland besluit uw verzekering te schorsen, ontvangt u hiervan schriftelijk bericht.

m. Als De Friesland maatregelen treft tot incasso van een vordering, dan komen alle kosten van de invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt pas weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door

De Friesland zijn ontvangen. Als De Friesland overgaat tot ontbinding van de verzekeringsovereenkomst, dan gebeurt dit veertien dagen na de finale aanmaning.

2.10 Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde

Naast een groot aantal rechten, zoals het recht op goede zorg, heeft u als verzekerde van De Friesland ook een aantal plichten. Verplichtingen die vaak nodig zijn om er voor te zorgen dat u de beste zorg krijgt en De Friesland haar taken als zorgverzekeraar optimaal kan uitvoeren.

U bent als verzekerde verplicht:

- a. u bij het inroepen van zorg te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- b. de behandelend arts, medisch specialist of paramedicus te vragen de reden van opname of behandeling op verzoek bekend te maken aan de medisch adviseur, adviserend tandarts of de adviserend paramedicus van De Friesland. Dit is nodig in verband met controles en fraudeonderzoek die door De Friesland worden verricht in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet;
- c. aan de medisch adviseur, adviserend tandarts of adviserend paramedicus van De Friesland of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie. Dit is nodig in verband met de hierboven genoemde controles en fraudeonderzoek;
- d. De Friesland behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- e. door uzelf betaalde nota's binnen drie jaar na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij De Friesland in te dienen;
- f. een verwijzing van een arts, tandarts of medisch specialist over te leggen als De Friesland hier om vraagt;
- g. nota's in te dienen die op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag het recht op vergoeding door De Friesland kan worden vastgesteld. Buitenlandse nota's dienen minimaal de volgende informatie te bevatten:
 - uw naam en geboortedatum;
 - de behandeldatum;
 - een omschrijving van de behandeling;
 - kosten- en honorariumbedrag.

Als een nota in een andere taal is gesteld dan Engels, Duits, Frans, Spaans of Italiaans, dan kunnen wij u vragen om een vertaling van een beëdigd vertaler. De kosten hiervan komen voor uw eigen rekening.

Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn.

Wat u verder moet weten

- a. Als u gedetineerd raakt of uit detentie wordt ontslagen, moet u dit zo spoedig mogelijk schriftelijk of per e-mail aan De Friesland melden. Gedurende de periode van detentie bestaat onder deze polis geen dekking. De dekking loopt weer vanaf het moment dat de detentie is beëindigd.
- b. U bent als verzekeringnemer verantwoordelijk voor het direct aan De Friesland doorgeven van alle feiten en omstandigheden met betrekking tot de verzekerde die tot het einde van de verzekering (kunnen) leiden. Als De Friesland op grond van die gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, ontvangt de verzekeringnemer hiervan direct bericht onder vermelding van de reden en de datum van beëindiging.
- c. U bent als verzekeringnemer verplicht om binnen een maand aan De Friesland alle gebeurtenissen te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, bijvoorbeeld geboorte, einde deelname aan een collectief contract en overlijden.
- d. U bent als verzekeringnemer verplicht De Friesland te informeren over de naam van de nieuwe zorgverzekeraar van de verzekerde, als in aansluiting op een verzekering bij De Friesland een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar wordt afgesloten.
- e. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende (e-mail)adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- f. Wanneer de belangen van De Friesland worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen, dan kan dit gevolgen voor u hebben, bijvoorbeeld doordat kosten niet meer of nog slechts gedeeltelijk door De Friesland vergoed worden.

2.11 Fraude

Van fraude is sprake als op oneigenlijke gronden en wijze een verzekeringsuitkering waarop geen recht bestaat wordt verkregen of geprobeerd wordt te verkrijgen. Onder fraude valt ook het verkrijgen of proberen te verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendselen. Fraude heeft tot gevolg dat er helemaal geen verzekeringsuitkering zal plaatsvinden.

Bij fraude:

- a. doet De Friesland aangifte bij de politie;
- b. wordt uw verzekering beëindigd. Dit geldt ook voor eventueel bij De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen NV en/of De Friesland Reisverzekeringen NV lopende (aanvullende) verzekeringen;
- c. vindt registratie plaats in het door De Friesland bijgehouden incidentenregister;
- d. vindt registratie plaats in het tussen verzekeraars geldende signaleringssysteem;
- e. worden eventueel onterecht uitgekeerde schade en onderzoekskosten teruggevorderd.

2.12 Geschillen

- a. Als u als verzekerde of verzekeringnemer het niet eens bent met een door De Friesland in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen

beslissing, dan kunt u binnen een jaar nadat die beslissing u is meegedeeld. De Friesland vragen om de beslissing te heroverwegen. U kunt dit verzoek richten aan de Geschillencommissie van De Friesland. Als De Friesland niet binnen zes weken op het verzoek tot heroverweging heeft gereageerd, of als het antwoord niet naar tevredenheid is, dan kunt u het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, waaraan De Friesland uitvoering zal geven.

b. U heeft, ook na een eventuele procedure bij de SKGZ, het recht om een geschil tussen u en De Friesland aan de bevoegde burgerlijke rechter voor te leggen. U kunt echter niet eerst het geschil aan de burgerlijke rechter voorleggen en daarna aan de SKGZ.

2.13 Verhaal op derden

Als een derde naar de mening van De Friesland voor de kosten voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde wettelijk aansprakelijk is, dan bent u, onverminderd het bepaalde in artikel 962 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, verplicht alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, inclusief het kosteloos verstrekken van alle inlichtingen die De Friesland nodig heeft voor het kunnen verhalen van de kosten. Als bij een u overkomen ziekte, ongeval of letsel, een zodanige derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens u aangifte te worden gedaan bij De Friesland en de bevoegde politie instantie. In geen geval mag u zonder schriftelijke toestemming van De Friesland met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt een regeling in enige vorm treffen, waaronder het verlenen van kwijting, waardoor De Friesland in haar rechten kan worden benadeeld. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het hiervoor bepaalde met betrekking tot verhaal op derden, bent u verplicht De Friesland de daardoor geleden schade te vergoeden.

2.14 Aansprakelijkheidsbeperking

De Friesland is niet aansprakelijk voor schade die u als verzekeringnemer of verzekerde lijdt als gevolg van het handelen of nalaten van een zorgaanbieder, van wiens zorg u in het kader van de zorgverzekering gebruik heeft gemaakt. De eventuele aansprakelijkheid van De Friesland voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen bij de uitvoering van de zorgverzekering is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de overeenkomst ten laste van De Friesland zouden zijn gekomen.

2.15 Registratie persoonsgegevens

a. De persoonsgegevens die in het kader van deze verzekering zijn of worden verstrekt, kunnen worden opgenomen in de door De Friesland gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing.

b. De Friesland houdt zich aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars zoals opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Dit

document kunt u op de website van De Friesland raadplegen. Op uw verzoek kan dit u ook worden toegestuurd.

c. Op verzoek kunt u bij De Friesland inzage krijgen in de gegevens die van u worden bijgehouden. U moet dit verzoek schriftelijk indienen. Op uw verzoek kan tot correctie of verwijdering van gegevens worden overgegaan. Verzoeken tot inzage, correctie of verwijdering kunt u richten aan de Compliance Officer van De Friesland, Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden.

d. De Friesland mag aan derden (ook aan zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen of geven als dit nodig is om aan haar verplichtingen die voortvloeien uit de zorgverzekering te kunnen voldoen.

Voorbeeld: Als De Friesland uw rekeningen rechtstreeks van de zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, wordt uw zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder die u behandelt, weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat laten weten. De Friesland zorgt er dan voor dat uw adresgegevens worden afgeschermd.

e. De Friesland is verplicht uw burgerservicenummer in de administratie op te nemen. Zorgaanbieders - of andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringwet - zijn wettelijk verplicht het burgerservicenummer te gebruiken bij elke vorm van communicatie. De Friesland zal in de communicatie met alle partijen die de verzekerde zorg leveren het burgerservicenummer gebruiken.

2.16 Klachten over formulieren

Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) klagen over door De Friesland gehanteerde formulieren. De klacht kan betrekking hebben op formulieren die volgens de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Als u een dergelijke klacht heeft, kunt u zich in eerste instantie tot De Friesland wenden. Als u het niet eens bent met de afhandeling van uw klacht door De Friesland, kunt u uw klacht bij de NZa neerleggen. Op de website van de NZa (www.nza.nl) kunt u zien hoe u dit kunt doen. Na ontvangst van uw klacht maakt de NZa een eerste beoordeling. Over de uitkomst hiervan ontvangt u binnen vier weken bericht. Daarbij wordt u ook geïnformeerd over de eventuele vervolgprocedure. De NZa doet vervolgens uitspraak in de vorm van een bindend advies, waaraan De Friesland verplicht is zich te houden. U kunt uw klacht sturen naar:

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt

Postbus 3017

3502 GA Utrecht

E-mail: informatielijn@nza.nl

3. INHOUD VAN DE VERZEKERING

3.1 Audiologische zorg

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik hiervan en de psychosociale zorg. Dit laatste kan nodig zijn in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie. Hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen valt ook onder audiologische zorg.

Wie mag deze zorg verlenen

Een audiologisch centrum.

Met een audiologisch centrum wordt bedoeld een zorginstelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Verwijzing

Om aanspraak te kunnen maken op audiologische zorg is een verwijzing noodzakelijk van de huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.2 Bariatrische chirurgie (bij ernstig overgewicht)

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van ketenzorg met voorbehandeling voor indicatiestelling, operatieve behandelingen om ernstig overgewicht te behandelen (onder andere plaatsing van een maagband, gastric bypass, duodenal switch) en nazorg gedurende ten minste een jaar.

U heeft uitsluitend recht op vergoeding van de kosten van deze ingreep wanneer u aan alle indicatievoorwaarden voldoet. De indicatie dient te worden gesteld door middel van een voortraject met uitgebreide voorlichting en multidisciplinaire screening door een bariatrisch chirurg, internist, diëtist, psycholoog en obesitasverpleegkundige. Verder dient de behandeling gekoppeld te zijn aan een multidisciplinair nazorgtraject van minimaal een jaar, door dezelfde disciplines als hiervoor genoemd.

Wie mag deze zorg verlenen

Een operatie dient te worden verleend door een in deze chirurgie gespecialiseerde chirurg (bariatrisch chirurg). Voor- en nazorg dient te worden verleend door een gespecialiseerd, multidisciplinair team, met ten minste een internist, diëtist, psycholoog en een obesitasverpleegkundige.

Vooraf aanvragen

Er is vooraf schriftelijke toestemming van De Friesland nodig. Beoordeling van de aanvraag vindt plaats volgens de criteria zoals opgenomen in de geldende richtlijnen voor de beroepsgroep, zoals de CBO-richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen: 2008.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.3 Beademing

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van noodzakelijke mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. Als de beademing onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij u thuis plaatsvindt, dan bestaat de zorg uit:

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

Wie mag deze zorg verlenen

Een beademingscentrum dat op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.4 Dialyse

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van niet-klinische hemodialyse en peritoneaal dialyse, en de hierbij horende medisch-specialistische zorg verleend in een dialysecentrum of thuis. Deze zorg kan gecombineerd worden met onderzoek, behandeling, verpleging en de voor deze behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van uzelf en van personen die u helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis. Onder thuisdialyse is ook begrepen:

- a. de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren of daarbij behulpzaam zijn;
- b. bruikleen van de hemodialyse- of peritoneaaldialyseapparatuur met toebehoren;
- c. de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), en van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de dialyse;
- d. de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- e. de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse;
- f. vergoeding van de kosten die redelijkerwijs nodig zijn voor noodzakelijke aanpassingen in en aan de woning en van het herstel in oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- g. vergoeding van de overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen en waarin andere wettelijke regelingen niet voorzien.

Wie mag deze zorg verlenen

Een dialysecentrum dat op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.5 Dyslexiezorg

Inhoud zorg

Kinderen van 7 jaar of ouder die basisonderwijs volgen, hebben recht op vergoeding van de kosten van dyslexiezorg bestaande uit diagnostiek al dan niet gevolgd door behandeling van enkelvoudige ernstige dyslexie. Bij dyslexie gaat het om problemen met lezen en spelling.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van dyslexiezorg in multidisciplinair verband onder hoofdbehandelaarschap van ten minste één van de volgende zorgverleners: een gezondheidszorgpsycholoog, een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP of een NVO orthopedagoog-generalist.

Met een gezondheidszorgpsycholoog wordt bedoeld een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP wordt bedoeld een psycholoog die als zodanig is geregistreerd bij het Nederlands Instituut van Psychologen.

Met een NVO orthopedagoog-generalist wordt bedoeld een orthopedagoog die als zodanig is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen.

Uitsluiting

Dyslexiezorg wordt niet vergoed als de zorg begint of is begonnen op of na het bereiken van de 13-jarige leeftijd.

Bijzonderheden

Voor de diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie gelden de criteria die zijn opgenomen in het protocol Dyslexie Diagnostiek & Behandeling. Dit protocol is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op onze website.

De eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het protocol ligt bij de gezondheidszorgpsycholoog, NVO orthopedagoog-generalist of Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP.

Verwijzing

Om aanspraak op vergoeding van de kosten van dyslexiezorg te kunnen maken is een verwijzing van de school noodzakelijk. In het leerling-dossier moet het vermoeden van ernstige, enkelvoudige dyslexie zijn aangetoond. De zorgaanbieder beslist op basis van de schoolgegevens en eigen diagnostisch onderzoek of de leerling voor de vergoede dyslexiebehandeling in aanmerking komt.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.6 Erfelijkheidsonderzoek

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- a. onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek.
- b. de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.
- c. onderzoeken bij andere personen, als dit noodzakelijk is om u te adviseren. Aan deze personen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Verwijzing

Om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van de kosten van erfelijkheidsonderzoek is een verwijzing noodzakelijk van de huisarts of medisch specialist.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.7 Farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten)

Inhoud zorg

a. Geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die het geneesmiddel aan u ter hand stelt. In bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering wordt het recht op een aantal geneesmiddelen beperkt tot de in die bijlage genoemde indicaties. Bijlage 2 is te raadplegen via onze website. Op uw verzoek kan deze u ook worden toegestuurd. Bijlage 1 wijzigt iedere maand en kunt u raadplegen via www.wetten.overheid.nl.

Op welk geneesmiddel heeft u recht

U heeft niet automatisch aanspraak op vergoeding van alle merken geneesmiddelen. U heeft recht op vergoeding van een middel dat de werkzame stof bevat die de huisarts of medisch specialist heeft voorgeschreven. Controle van de overheid garandeert dat alle (merken) geneesmiddelen aan dezelfde eisen voldoen. In uitzonderlijke gevallen kan het voorkomen dat u vanwege een medische noodzaak (bijvoorbeeld een allergie of een intolerantie voor

bepaalde hulpstoffen) toch op een duurder geneesmiddel van een ander merk bent aangewezen. Wanneer uw arts bepaalt dat dit medisch strikt noodzakelijk is, heeft u recht op vergoeding hiervan. Wilt u, ondanks dat hier geen medische noodzaak voor bestaat, toch dat u een duurder merkmiddel ter hand wordt gesteld? Dan heeft u recht op vergoeding van maximaal het bedrag dat De Friesland voor het goedkoopste adequate middel had betaald. In dat geval betaalt u dus altijd een deel van het geneesmiddel zelf, bovenop het eventueel verschuldigde verplichte en/of vrijwillige eigen risico.

Preferentiebeleid

De Friesland kan, ook in de loop van een kalenderjaar, bepalen dat u voor met name genoemde geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en toedieningsvorm alleen recht heeft op vergoeding van de geneesmiddelen die De Friesland heeft aangewezen. In dat geval wordt dit nader uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische Zorg van De Friesland. Dit zijn de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Als uw arts bepaalt dat de behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is, houdt u recht op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

b. Rationele farmacotherapie (niet-geregistreerde geneesmiddelen)

Ook heeft u recht op vergoeding van de kosten van niet-geregistreerde geneesmiddelen en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die het geneesmiddel aan u ter hand stelt, mits er sprake is van rationele farmacotherapie. Bij rationele farmacotherapie gaat het om geneesmiddelen die in de apotheek zijn bereid of geneesmiddelen die op verzoek van uw arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, lid 1 onder mm van de Geneesmiddelenwet. Verder kan het gaan om geneesmiddelen die in de handel zijn in een ander land en bestemd zijn voor een patiënt die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Onder rationele farmacotherapie wordt verstaan de behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Vooraf aanvragen

Er is voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland nodig.

c. Dieetpreparaten

U heeft recht op vergoeding van de kosten van dieetpreparaten en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die deze aan u ter hand stelt, als u niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- een stofwisselingsstoornis, voedselallergie of resorptiestoornis heeft, of;

- een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop heeft, of;
- u op een dieetpreparaat bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

Wie mag de zorg genoemd onder a. t/m c. verlenen

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

Een apotheekhoudend huisarts aan wie krachtens artikel 61 tiende of elfde lid van de Geneesmiddelenwet, vergunning is verleend geneesmiddelen te leveren.

Dieetpreparaten mogen daarnaast ook worden geleverd door een medische speciaalzaak die SEMH-gecertificeerd is.

Instructie bij een aan een geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel mag uitsluitend worden gegeven door de apotheek of apotheekhoudend huisarts die het betreffende geneesmiddel aan u ter hand stelt.

Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, polikliniekbezoek of in verband met ontslag uit het ziekenhuis mag uitsluitend worden verleend door het ziekenhuis.

Leveringstermijnen

Per voorschrift heeft u recht op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen voor een maximale periode.

De volgende perioden zijn van toepassing:

- a. vijftien dagen als het voor u nieuwe medicatie betreft;
- b. vijftien dagen als het gaat om een acute aandoening die met antibiotica of chemotherapeutica moet worden bestreden;
- c. drie maanden voor geneesmiddelen waarmee een chronische aandoening wordt behandeld (te bepalen door de voorschrijver), met uitzondering van hypnotica en anxiolytica. Bij tijdelijk verblijf in het buitenland gedurende een periode van meer dan drie maanden geldt voor deze geneesmiddelen per voorschrift een periode van ten hoogste zes maanden;
- d. twaalf maanden voor orale anticonceptiva (de pil);
- e. een maand in alle andere gevallen.

Er kan een andere afgifteperiode gelden als dit doelmatig en medisch gezien verantwoord is.

Voorschrift

Er is een voorschrift nodig van degene tot wiens vakgebied de behandeling behoort. Dit kan zijn de huisarts, de behandelend specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Voor dieetpreparaten is een advies van de diëtist ook toegestaan. Voor de anticonceptiepil en insuline geldt dat deze na de eerste periode van levering opnieuw voor de maximale termijn aan u kunnen worden geleverd zonder dat daarvoor een nieuw voorschrift nodig is.

Vooraf aanvragen

Voor de levering van dieetpreparaten is voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland nodig.

Reglement Farmaceutische Zorg

Het reglement maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. Zowel het Reglement Farmaceutische Zorg als de Regeling zorgverzekering en de daarbij horende bijlagen zijn te raadplegen via onze website. Ook kunnen deze u op uw verzoek worden toegestuurd.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. farmaceutische zorg die is uitgesloten op grond van de Regeling zorgverzekering;
- b. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40 lid 1 onder b van de Geneesmiddelenwet;
- c. geneesmiddelen die (nagenoeg) gelijkwaardig zijn aan een niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel;
- d. geneesmiddelen die bedoeld zijn in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet;
- e. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- f. alternatieve (genees)middelen.

Eigen bijdrage

Sommige geneesmiddelen zijn ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep van onderling vervangbare geneesmiddelen is een vergoedingslimiet vastgesteld. Deze is afgeleid van de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in deze groep. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger, dan betaalt u zelf het verschil als eigen bijdrage. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering zijn in onderdeel A de geneesmiddelen genoemd waarvoor een vergoedingslimiet geldt. Bijlage 1 wijzigt iedere maand en kunt u raadplegen via www.wetten.overheid.nl.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het door ons gehanteerde marktconforme tarief.

3.8 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

3.8.1 Generalistische basis GGZ

Inhoud zorg

De zorg bestaat uit diagnostiek, generalistische behandeling, nazorg, ondersteuning en terugvalpreventie. U heeft recht op vergoeding van de kosten van

deze zorg als u een psychische stoornis heeft in combinatie met een gemiddeld tot lage beperking van het functioneren. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Tip: In de generalistische basis GGZ kunnen internettoepassingen onderdeel van de behandeling vormen als u dit wilt. Dit kan in de vorm van professionele begeleide zelfhulp, e-mailcontact met een hulpverlener of webcamcontact.

Wie mag deze zorg verlenen

Een van de volgende zorgaanbieders kan als hoofdbehandelaar optreden:

- a. een gezondheidszorgpsycholoog;
- b. een psychiater/zenuwarts;
- c. een klinisch psycholoog;
- d. een psychotherapeut;
- e. uitsluitend voor het product Basis GGZ chronisch: een verpleegkundig specialist.

Daarnaast kan voor verzekerden tot 18 jaar ook als hoofdbehandelaar optreden:

- f. een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP;
- g. een NVO orthopedagoog-generalist.

De hoofdbehandelaar is degene die belast is met de regie van de behandeling en o.a. de diagnose stelt, het behandelplan opstelt, regelmatig contact onderhoudt met eventuele nevenbehandelaars en bepaalt wanneer de behandeling wordt afgesloten. U dient gedurende uw behandeling minimaal eenmaal een face-to-face contact met uw hoofdbehandelaar te hebben, zodat deze een juiste diagnose kan stellen en zijn regietaak kan uitvoeren.

Met een gezondheidszorgpsycholoog wordt bedoeld een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met psychiater/zenuwarts wordt bedoeld een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Met klinisch psycholoog wordt bedoeld een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch psycholoog staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Met psychotherapeut wordt bedoeld een psychotherapeut die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met verpleegkundig specialist wordt bedoeld een verpleegkundige die als verpleegkundig specialist staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Met een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP wordt bedoeld een psycholoog die als zodanig is geregistreerd bij het Nederlands Instituut van Psychologen.

Met een NVO orthopedagoog-generalist wordt bedoeld een orthopedagoog die als zodanig is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandeling van aanpassingsstoornissen. Dit zijn psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op een stressveroorzakende gebeurtenis, bijv. ontslag of echtscheiding;
- b. hulp bij werk- en/of relatieproblemen.

Verwijzing

Voor de generalistische basis GGZ is verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of jeugdgezondheidszorgarts. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk, of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ. Zowel een verwijzing als een indicatiebesluit zijn niet noodzakelijk als er sprake is van acute zorg.

Met een jeugdgezondheidszorgarts wordt bedoeld een arts, werkzaam binnen de jeugdgezondheidszorg, die geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Onder een Bureau Jeugdzorg wordt verstaan een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.8.2 Gespecialiseerde GGZ

Inhoud zorg

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zonder opname

De zorg bestaat uit diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen waarbij een zwaar beroep op specialistische kennis nodig is. U heeft recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als u een psychische stoornis heeft waarbij de kwaliteit van leven (ernstig) onder druk kan staan. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Ook heeft u recht op vergoeding van de bij de behandeling horende verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Let op: Deze zorg omvat niet de generalistische basis GGZ. Deze valt onder artikel 3.8.1.

Psychiatrische ziekenhuisopname

U heeft recht op vergoeding van de kosten van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd. Een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. De aanspraak omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet in combinatie met verpleging en verzorging. Verder vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een vrijgevestigde psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
- b. Een GGZ-instelling, voor zover de hoofdbehandelaar een van de volgende zorgaanbieders is:
 - een psychiater/zenuwarts;
 - een klinisch psycholoog;
 - een psychotherapeut;
 - een arts verslavingszorg;
 - een gezondheidszorgpsycholoog;
 - een verpleegkundig specialist.

Let op: Voor de gezondheidszorgpsycholoog en de verpleegkundig specialist geldt dat deze werkzaam moeten zijn in een instelling en deel uitmaken van een periodiek MDO (overleg met meerdere zorgverleners betrokken bij de behandeling) waarbij ten minste een psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut aanwezig is.

De hoofdbehandelaar is degene die belast is met de regie van de behandeling en o.a. de diagnose stelt, het behandelplan opstelt, regelmatig contact onderhoudt met eventuele nevenbehandelaars en bepaalt wanneer de behandeling wordt afgesloten. U dient gedurende uw behandeling minimaal eenmaal een face-to-face contact met uw hoofdbehandelaar te hebben, zodat deze een juiste diagnose kan stellen en zijn regietaak kan uitvoeren.

Met psychiater/zenuwarts wordt bedoeld een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Met GGZ-instelling wordt bedoeld een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Met klinisch psycholoog wordt bedoeld een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch psycholoog staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Met psychotherapeut wordt bedoeld een psychotherapeut die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met een arts verslavingszorg wordt bedoeld een arts verslavingszorg die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met een gezondheidszorgpsycholoog wordt bedoeld een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met verpleegkundig specialist wordt bedoeld een verpleegkundige die als verpleegkundig specialist staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandeling van aanpassingsstoornissen. Dit zijn psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op een stressveroorzakende gebeurtenis, bijv. ontslag of echtscheiding;
- b. hulp bij werk- en/of relatieproblemen.

Verwijzing

Voor de gespecialiseerde GGZ is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of jeugdgezondheidszorgarts. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk, of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ. Zowel een verwijzing als een indicatiebesluit zijn niet noodzakelijk als er sprake is van acute zorg.

Met een jeugdgezondheidszorgarts wordt bedoeld een arts, werkzaam binnen de jeugdgezondheidszorg, die geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder een Bureau Jeugdzorg wordt verstaan een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.9 Huisartsenzorg

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Onder huisartsenzorg wordt ook begrepen:

a. daarmee samenhangend door of namens de huisarts aangevraagd diagnostisch onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek;

b. preventieve voetzorg bij diabetes mellitus.

Met preventieve voetzorg bij diabetes mellitus wordt bedoeld:

- 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, als u een matig verhoogd (Simm's 1) of een hoog risico op ulcera (Simm's 2 of 3) heeft;
- behandeling van risicofactoren als u een matig verhoogd of een hoog risico op ulcera heeft;
- educatie en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus;
- advisering over adequaat schoeisel.

Wie mag deze zorg verlenen

Een huisarts, huisartsendienstenstructuur of een gespecialiseerde verpleegkundige en/of praktijkondersteuner/nurse practitioner/physician assistant die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

Preventieve voetzorg bij diabetes mag ook worden verleend door een podotherapeut of een pedicure.

Met huisarts wordt bedoeld een arts die is ingeschreven als huisarts in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

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

Met verpleegkundige wordt bedoeld een verpleegkundige die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met nurse practitioner wordt bedoeld een verpleegkundige die de zorg heeft voor een bepaalde groep patiënten en die de opleiding 'advanced nursing practice', zijnde een HBO masteropleiding, met goed gevolg heeft afgerond.

Met physician assistant wordt bedoeld een zorgprofessional die de HBO masteropleiding 'physician assistant' met goed gevolg heeft afgerond en die de arts ondersteunt in zijn werk bij onder andere het uitvoeren van de meer routinematige geneeskundige handelingen. Deze handelingen gebeuren onder verantwoordelijkheid van de betreffende arts waarbij sprake is van een aanvullende samenwerking met de arts.

Met podotherapeut wordt bedoeld een podotherapeut die als kwaliteitsgeregistreerd is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Met pedicure wordt bedoeld:

a. een medisch pedicure of een pedicure met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het ProCERT KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) of

b. een paramedisch chiropodist, medisch pedicure of pedicure+ met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) met een code A of B.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. de griepprik;
- b. MRI-diagnostiek, tenzij de huisarts verwijst op basis van de richtlijnen (inclusief standaarden) van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG);
- c. voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om cosmetische of verzorgende redenen of algemene nagelverzorging;
- d. hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals orthesen. Deze kunnen in bepaalde gevallen wel worden aangemerkt als hulpmiddel zoals bedoeld in het artikel Hulpmiddelenzorg.

Verwijzing

Voor preventieve voetzorg bij diabetes is een verwijzing van de huisarts noodzakelijk, als deze de voetzorg niet zelf verleent.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.10 Hulpmiddelenzorg

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulp- en verbandmiddelen zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering. In het door De Friesland vastgestelde Reglement Hulpmiddelenzorg zijn toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumerichtlijnen opgenomen. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en is te raadplegen op onze website. Ook kan dit reglement u op uw verzoek worden toegestuurd.

Let op: U heeft uitsluitend recht op verbandmiddelen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Wie mag deze zorg verlenen?

Een leverancier van hulpmiddelen. Als u voor een hulpmiddel naar een niet-gecontracteerde leverancier gaat, moet deze soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn kunt u per hulpmiddel vinden in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Hulpmiddelen in bruikleen

In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie), geldt voor enkele hulpmiddelen dat deze in bruikleen worden verstrekt. In het Reglement Hulpmiddelenzorg is aangegeven welke hulpmiddelen dit betreft. Hulpmiddelen worden alleen in bruikleen verstrekt door leveranciers waarmee De Friesland hiervoor een overeenkomst heeft gesloten. Voor verstrekking hiervan kunt u dus niet terecht bij een niet-gecontracteerde leverancier. Mocht u een bruikleenhulpmiddel in eigendom willen aanschaffen bij een niet-gecontracteerde leverancier, dan is in het Reglement Hulpmiddelenzorg aangegeven hoe wij in dat geval uw vergoeding berekenen.

Let op: Als u ervoor kiest een bruikleenhulpmiddel in eigendom aan te schaffen, kan de vergoeding ten laste van uw verplichte en vrijwillige eigen risico komen. Hulpmiddelen in bruikleen komen niet ten laste van het eigen risico, met uitzondering van bijbehorende verbruiksartikelen.

Eigen bijdrage

In een aantal gevallen genoemd in de Regeling zorgverzekering bent u een eigen bijdrage verschuldigd ter hoogte van:

- a. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde maximaal te vergoeden bedrag;
- b. een bedrag wegens besparing van kosten.

Als dit het geval is, is dit vermeld in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Toestemming vooraf

Voor de eerste aanschaf, reparatie of vervanging van een hulpmiddel, heeft u vooraf schriftelijke toestemming van De Friesland nodig, tenzij in het Reglement Hulpmiddelenzorg anders is bepaald. In het Reglement Hulpmiddelenzorg kunnen nadere voorwaarden aan de toestemming worden gesteld. Als u naar een gecontracteerde leverancier gaat, is voorafgaande toestemming meestal niet nodig. De leverancier beoordeelt uw aanvraag. In het Reglement Hulpmiddelenzorg is aangegeven wanneer voorafgaande toestemming wel nodig is. Als u naar een niet-gecontracteerde leverancier gaat, heeft u altijd voorafgaande toestemming van De Friesland nodig.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald, voor uw rekening. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

Let op: Hulpmiddelen geleverd door een niet-gecontracteerde leverancier die niet aan de door De Friesland gestelde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoet, worden niet vergoed. Raadpleeg daarom altijd het Reglement Hulpmiddelenzorg.

3.11 IVF (In-vitrofertilisatie)

Inhoud zorg

Als u op het moment van aanvang van de zorg jonger bent dan 43 jaar, heeft u recht op vergoeding van de kosten van:

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- b. de follikelpunctie;
- c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- d. het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte, met als doel zwangerschap te doen ontstaan.

U heeft uitsluitend recht op de eerste, tweede en derde IVF-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. Er is sprake van een IVF-poging vanaf het moment dat een follikelpunctie is geslaagd tot het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Van een doorgaande zwangerschap is sprake:

- a. bij een spontaan ontstane zwangerschap van ten minste twaalf weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie;
- b. vanaf 10 weken na de geslaagde follikelpunctie;
- c. vanaf negen weken en drie dagen zwangerschap na de implantatie van gecryopreserveerde embryo's.

De terugplaatsing van een of meer bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) wordt niet beschouwd als een nieuwe poging, maar maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn.

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-behandeling. Een IVF-behandeling kan ook tot stand worden gebracht door middel van eiceldonatie.

Uitsluitingen

- a. Als u jonger bent dan 38 jaar, heeft u bij de eerste en tweede IVF-poging geen recht op terugplaatsing van meer dan één embryo.
- b. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel vallen niet onder IVF.
- c. Na de eerste, tweede en derde IVF-poging heeft u geen recht meer op een vierde of volgende poging per te realiseren doorgaande zwangerschap, waaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde geneesmiddelen.

Overgangsregeling

Als u op 31 december 2012 43 jaar of ouder was en een IVF-poging uiterlijk op die datum is begonnen, heeft u recht op afronding van die poging.

Wie mag deze zorg verlenen

Een IVF-centrum met de daartoe wettelijk vereiste vergunningen.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.12 Medisch specialistische zorg algemeen

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.

Let op: Een second opinion valt hier ook onder. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. U moet vervolgens met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar, die de regie over de behandeling houdt.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis, of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum.

Met medisch specialist wordt bedoeld een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de mannelijke verzekerde;
- e. vruchtbaarheidsgelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;

f. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, sportarts, jeugdarts, tandarts, verloskundige, kaakchirurg, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, audicien of optometrist.

Voor een second opinion door een medisch specialist is een verwijzing door de huisarts of de behandelend specialist noodzakelijk.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.13 Mondzorg (tandheelkunde)

3.13.1 Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van mondzorg verleend door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, of kaakchirurg, voor zover er sprake is van zorg zoals tandartsen plegen te bieden en die noodzakelijk is in een van de volgende situaties:

- a. U heeft een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening. U heeft daarnaast ook recht op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van implantaten en het vaste gedeelte van de suprastructuur (het gedeelte dat op het implantaat en boven het tandvles zit) als u een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak heeft. Bovendien moet het implantaat zijn bedoeld om hierop een uitneembare prothese te bevestigen.
- b. U heeft een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.
- c. U moet een niet-tandheelkundige medische behandeling ondergaan die zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Let op: Orthodontische zorg door een orthodontist en de bijbehorende kaakchirurgische hulp (osteotomie) vallen alleen onder bijzondere tandheelkunde als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mond-stelsel heeft, vergelijkbaar met een schisisafwijking. Hierbij moet mede-diagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. Een tandarts, mondhygiënist, of tandprotheticus, gespecialiseerd in de behandeling van specifieke problemen in de mondzorg of in de behandeling van gehandicapte of angstige patiënten;
- b. Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde;
- c. Een kaakchirurg.

Let op: Voor het aanbrengen van een implantaat en het vaste gedeelte van de suprastructuur mag de zorg uitsluitend worden verleend door een gespecialiseerde tandarts op het gebied van implantologie of een kaakchirurg. De prothese mag ook worden geleverd door een tandprotheticus. Voor orthodontie als onderdeel van de bijzondere tandheelkunde mag de zorg uitsluitend worden verleend door een orthodontist en/of een kaakchirurg.

Met tandarts wordt bedoeld een tandarts die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met mondhygiënist wordt bedoeld een mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Met tandprotheticus wordt bedoeld een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Met kaakchirurg wordt bedoeld een kaakchirurg die is ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Met orthodontist wordt bedoeld een orthodontist die is ingeschreven in het register voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Met een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde wordt bedoeld een universitair of daarmee door De Friesland gelijkgesteld centrum voor het verlenen van zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling in teamverband en/of bijzondere deskundigheid is vereist.

Toestemming vooraf

Vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder dit artikel vindt alleen plaats als De Friesland voorafgaand aan de behandeling schriftelijk toestemming heeft verleend. Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek en een begroting.

Eigen bijdrage

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u voor de zorg genoemd onder dit artikel een eigen bijdrage verschuldigd zijn tot ten hoogste het bedrag dat bij u in rekening zou worden gebracht als er geen sprake was van een van de hier genoemde situaties. Als de zorg genoemd onder dit artikel bestaat uit een uitneembare volledige prothetische voorziening al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten, bedraagt de eigen bijdrage € 125,- per voorziening (onder- of bovenkaak). U bent deze eigen bijdrage verschuldigd voor zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. Angstpatiënten zijn deze eigen bijdrage altijd verschuldigd.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.13.2 Reguliere tandheelkunde (18 jaar en ouder)

Inhoud zorg

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u naast de onder artikel 3.13.1 genoemde bijzondere tandheelkunde recht op vergoeding van de kosten van:

- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij horende röntgenonderzoek, met uitzondering van ongecompliceerde extracties inclusief het daarbij horende röntgenonderzoek, parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
- b. een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak;
- c. reparatie en rebasing van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingprothese.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder a. door een kaakchirurg.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder b. als de prothese wordt geleverd door een tandprotheticus of tandarts.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder c. door een tandprotheticus of tandarts.

Met kaakchirurg wordt bedoeld een kaakchirurg die is ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Met tandprotheticus wordt bedoeld een tandprotheticus die voldoet aan de

eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Met tandarts wordt bedoeld een tandarts die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming door De Friesland is vereist in de volgende situaties:

- a. de zorg bestaat uit het trekken van een of meer tanden of kiezen onder narcose;
- b. de zorg bestaat uit een osteotomie;
- c. er is sprake van vervanging van de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen acht jaar na aanschaf;
- d. bij de eerste aanschaf of bij vervanging na acht jaar zijn de kosten van de prothese (inclusief techniekkosten) hoger dan € 600,- per onder- of bovenkaak;
- e. bij de eerste aanschaf of bij vervanging na acht jaar zijn de kosten van de prothese (inclusief techniekkosten) hoger dan € 1100,- voor onder- en bovenkaak gelijktijdig.

Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek en een begroting.

Eigen bijdrage

Voor een uitneembare volledige prothetische voorziening zoals genoemd in onderdeel b. onder Inhoud zorg bent u een eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten van die voorziening.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.13.3 Reguliere tandheelkunde (jonger dan 18 jaar)

Inhoud zorg

Als u jonger dan 18 jaar bent, heeft u naast de onder artikel 3.13.1 genoemde bijzondere tandheelkunde recht op vergoeding van de kosten van:

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- b. een incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;

- d. fluorideapplicaties, vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- e. sealing;
- f. parodontale hulp;
- g. anesthesie (verdoving);
- h. endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- j. gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen);
- k. uitneembare prothetische voorzieningen;
- l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd, of omdat het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige hulp; met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg verleend door een tandarts. De zorg genoemd onder a. t/m g., i. en n. mag in plaats daarvan ook worden verleend door de mondhygiënist. Voor de zorg genoemd onder i. geldt dit alleen voor één- en tweevlaksvullingen. Voor de zorg genoemd onder g., i. en n. is een opdracht van de tandarts aan de mondhygiënist noodzakelijk.

Met tandarts wordt bedoeld een tandarts die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met mondhygiënist wordt bedoeld een mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.14 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Inhoud zorg

U heeft recht op centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed-, stamcel-, en beenmergpreparaten.

Wie mag deze zorg verlenen

De Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

Vergoeding

De zorg wordt volledig vergoed als deze wordt verleend door SKION. Wordt de zorg door een andere zorgaanbieder verleend, dan bestaat geen recht op een vergoeding.

3.15 Paramedische zorg

Inhoud zorg algemeen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van dieetadvisering, ergotherapie, fysiotherapie, oefen therapie en logopedie zoals diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefen therapeuten respectievelijk logopedisten plegen te bieden.

3.15.1 Dieetadvisering

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

Wie mag deze zorg verlenen

Een diëtist die als kwaliteitsgeregistreerd is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Verwijzing

Een verwijzing door een huisarts of tandarts is noodzakelijk.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.15.2 Ergotherapie

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van advisering, instructie, training en/of behandeling gedurende maximaal tien behandeluren per kalenderjaar in de behandelruimte van een ergotherapeut of bij u thuis, met als doel uw zelf-zorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ergotherapeut die als kwaliteitsgeregistreerd is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.15.3 Fysiotherapie en oefentherapie

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van de noodzakelijke behandelingen als er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening, voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage zenden wij u op uw verzoek toe en is te raadplegen op onze website.

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u pas recht op fysiotherapie/oefentherapie vanaf de eenentwintigste behandeling. Daarnaast heeft u recht op bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat ten hoogste negen behandelingen.

Als u jonger dan 18 jaar bent, heeft u recht op fysiotherapie/oefentherapie vanaf de eerste behandeling. Komt uw aandoening niet voor op de genoemde bijlage, dan heeft u recht op maximaal negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar. U heeft recht op maximaal negen extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar, als de eerste negen behandelingen niet toereikend zijn.

Let op: Zowel de screening als de intake tellen voor de vergoeding als een volledige behandeling.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van fysiotherapie door een fysiotherapeut en oefentherapie door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie/lymfedrainage en littekentherapie mogen ook worden verricht door een huidtherapeut.

Met een fysiotherapeut wordt bedoeld een fysiotherapeut die als zodanig is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie.

Let op: Behandelingen door een fysiotherapeut die niet voldoet aan deze omschrijving worden niet vergoed. Inschrijving in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie is te controleren via www.defysiotherapeut.com.

Met een oefentherapeut Cesar/Mensendieck wordt bedoeld een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die als kwaliteitsgeregistreerd is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Met een huidtherapeut wordt bedoeld een huidtherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.15.4 Logopedie

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van logopedie die een geneeskundig doel heeft en als van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Let op: Onder logopedie wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met een dialect en/of anderstaligheid. Stottertherapie maakt wel deel uit van zorg zoals logopedisten plegen te bieden.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van logopedie verleend door een logopedist die als kwaliteitsgeregistreerd is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Verwijzing

Er is een verwijzing nodig door de huisarts, tandarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch specialist.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.16 Plastische chirurgie

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van een behandeling van plastisch chirurgische aard als deze is bedoeld ter correctie van:

a. afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;

- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Er is sprake van een verminking bij een ernstige verworven misvorming van een lichaamsdeel;
- c. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak-, en gehemeldespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van de volgende zorg:

- a. behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.
- e. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van de huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland is vereist. De aanvraag van de behandelend specialist dient een uitgebreide omschrijving van en motivatie voor de gevraagde behandeling te omvatten.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.17 Revalidatie

3.17.1 Medisch specialistische revalidatie

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg moet voor u het meest doeltreffend zijn ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. Het dient hierbij te gaan om een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of van een aandoening van het centrale zenuwstelsel, die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie (het denkvermogen) of gedrag. Deze zorg moet leiden tot het bereiken of behouden van een mate van zelfstandigheid die, rekening houdend met uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Waar wordt deze zorg verleend

Revalidatie kan plaatsvinden:

- a. in een klinische situatie (opname). U heeft alleen recht op revalidatie in combinatie met meerdaagse opname, als daarmee op korte termijn betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- b. in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Wie mag deze zorg verlenen

Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een instelling voor revalidatie die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.17.2 Geriatrische revalidatie

Inhoud zorg

U heeft gedurende maximaal zes maanden recht op vergoeding van integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde plegen te bieden. Hierbij moet de zorg voldoen aan de volgende voorwaarden.

- a. De zorg houdt verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (meer dan één aandoening) en afgenomen leer- en trainbaarheid;

- b. De zorg moet zijn gericht op het dusdanig verminderen van uw functionele beperkingen, dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is;
- c. De zorg sluit aan op verblijf zoals genoemd in het artikel Verblijf en u was voorafgaand aan dit verblijf niet opgenomen in een instelling waar u zowel verblijf als behandeling ontving op grond van de AWBZ (verpleeghuis);
- d. Bij aanvang van de zorg is er sprake van een opname zoals bedoeld in het artikel Verblijf.

Revalidatie vindt bij aanvang altijd plaats in een klinische situatie (opname). Daarna kan deze ook plaatsvinden in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Waar wordt deze zorg verleend

Geriatrische revalidatie dient plaats te vinden in een AWBZ-instelling voor verblijf en behandeling, die op grond van Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten (verpleeghuis).

Wie mag deze zorg verlenen

Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

Met een specialist ouderengeneeskunde wordt bedoeld een specialist ouderengeneeskunde die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van de medisch specialist.

Toestemming vooraf

U heeft bij uitzondering recht op geriatrische revalidatie langer dan zes maanden, na voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland. De behandelend specialist dient hiervoor uiterlijk een maand voordat de termijn van zes maanden afloopt een gemotiveerde aanvraag bij De Friesland in te dienen.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.18 Transplantaties van weefsels en organen

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg in verband met transplantatie van weefsels en organen. Het recht op transplantaties van weefsels en

organen bestaat uitsluitend als de transplantatie wordt verricht in een EU/EER-land. Ook bestaat recht op transplantatie verricht in een ander land als de donor daar woont en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is van degene die de transplantatie moet ondergaan. De kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties moeten gedeclareerd worden door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). Verder bestaat recht op vergoeding van de kosten van:

- a. specialistische geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistische geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, het bewaren, het verwijderen en het vervoer van het post-mortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. zorg aan de donor gedurende ten hoogste 13 weken of, bij een levertransplantatie, gedurende een half jaar, na ontslag uit een instelling waarin de donor was opgenomen in verband met selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal voor zover die zorg verband houdt met de opname;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van het openbaar vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en in verband met deze zorg;
- f. het vervoer van en naar Nederland, van een in het buitenland woonachtige nier-, lever- of beenmergdonor bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ziekenhuis met een daarvoor vereiste vergunning.

Toestemming vooraf

Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland noodzakelijk.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.19 Trombosezorg

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- b. het verrichten of onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst laten verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van uw bloed;
- c. het gebruik van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten;
- d. een opleiding in het gebruik van deze apparatuur en begeleiding bij uw metingen;
- e. adviezen over de toepassing van geneesmiddelen die de bloedstolling beïnvloeden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een trombosedienst. Met een trombosedienst wordt bedoeld een instelling die, voor zover vereist, op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Verwijzing

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

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.20 Verblijf

Inhoud zorg

Verblijf is een opname met een duur van minimaal 24 uur. U heeft recht op vergoeding van de kosten van verblijf in een ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of in het Nederlands Astmacentrum in Davos gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, zoals bedoeld in het artikel Medisch Specialistische Zorg of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals bedoeld in het artikel Mondzorg (tandheelkunde), al dan niet in combinatie met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. In afwijking hiervan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Let op: U heeft alleen recht op behandeling in het Nederlands Astma Centrum in Davos als een soortgelijke behandeling in Nederland zonder succes heeft plaatsgevonden en behandeling in Davos als doelmatig kan worden beschouwd.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of het Nederlands Astmacentrum in Davos.

Met ziekenhuis wordt bedoeld een instelling voor medisch specialistische zorg, die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Met zelfstandig behandelcentrum wordt bedoeld een centrum voor medisch specialistische zorg dat, voor zover vereist, op grond van de Wet toelating Zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Verwijzing

Er is een verwijzing door de huisarts of behandelend medisch specialist noodzakelijk. Voor verblijf in het Nederlands Astmacentrum in Davos is een verwijzing door de behandelend longarts noodzakelijk.

Toestemming vooraf

Bij plastische chirurgie en mond- en kaakchirurgie heeft u alleen recht op vergoeding van de kosten van opname, behandeling en verder verblijf in een ziekenhuis, met inbegrip van medisch-specialistische zorg, na voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland. Ook voor verblijf in het Nederlands Astmacentrum in Davos is voorafgaande toestemming van De Friesland nodig.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederland wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.21 Verloskundige zorg en kraamzorg

3.21.1 Prenatale screening

Inhoud zorg

Prenatale screening is onderzoek tijdens de zwangerschap om te beoordelen of het ongeboren kind een verhoogde kans heeft op een aangeboren afwijking. U heeft recht op vergoeding van de kosten van de volgende zorg:

- a. counseling: een gestructureerd informatief gesprek tussen u en de zorgaanbieder, waarin wordt uitgelegd wat zowel de Combinatietest als het Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) inhouden, met aandacht voor de voor- en nadelen;
- b. combinatietest: de eerste trimester combinatietest, zijnde een test tussen de 11e en 14e week van de zwangerschap die bestaat uit een echo (de nek-plooiemeting) en een bloedonderzoek (serumtest). Hierop heeft u alleen recht als u minimaal 36 jaar oud bent of als u hiervoor een medische indicatie heeft;
- c. Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO): onderzoek rond de 20e week van de zwangerschap, ook wel 20-weeken echo genoemd.

Let op: Als er geen sprake is van een medische indicatie, heeft u pas recht op vergoeding van de kosten van een combinatietest en/of een SEO nadat u counseling heeft gehad.

Wie mag deze zorg verlenen

- a. U heeft, bij het ontbreken van een medische indicatie, recht op vergoeding van de kosten van counseling, een combinatietest en/of een SEO uitgevoerd door een zorgaanbieder die een vergunning heeft in het kader van de Wet Bevolkingsonderzoek (WBO) of een samenwerkingsovereenkomst heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een WBO-vergunning heeft.
- b. U heeft recht op vergoeding van de kosten van een combinatietest en/of een SEO uitgevoerd door een zorgaanbieder die staat geregistreerd in een door de KNOV/LHV opgesteld register van beoefenaren met een erkend diploma/certificaat van opleiding voor de betreffende screening.

Verwijzing

Een verwijzing op basis van een medische indicatie door de huisarts, verloskundige of medisch specialist is niet vereist, behalve wanneer u jonger bent dan 36 jaar en aanspraak maakt op vergoeding van een combinatietest.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.21.2 Bevalling en kraamzorg

Inhoud zorg

Moeder en kind hebben recht op vergoeding van de kosten van verloskundige zorg zoals verloskundigen plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden plegen te bieden. Onder verloskundige zorg wordt ook begrepen daarmee samenhangend door of namens de verloskundige aangevraagd

diagnostisch onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek. Het recht op kraamzorg is beperkt tot kraamzorg verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste tien dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het werkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Als de kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt het aantal dagen dat in het ziekenhuis is doorgebracht in mindering gebracht op de hiervoor genoemde tien dagen. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak.

Als verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of de huisarts medisch noodzakelijk is, hebben de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) recht op medisch specialistische zorg zoals omschreven in het hoofdstuk Medisch Specialistische Zorg Algemeen, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.

b. Bevalling en/of kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische noodzaak. Bij bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, hebben de moeder en haar kind met ingang van de dag van bevalling recht op verloskundige zorg en kraamzorg.

c. Kraamzorg thuis of in een kraamhotel, na bevalling in een ziekenhuis.

Als na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis of in een kraamhotel plaatsvindt, hebben de moeder en haar kind recht op kraamzorg.

d. Bevalling en kraambed thuis of in een kraamhotel.

Als de bevalling en het kraambed thuis of in een kraamhotel plaatsvinden, hebben de moeder en haar kind recht op verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg), de inschrijving, intake en de assistentie bij de bevalling tot maximaal drie uur na de bevalling en kraamzorg.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van verloskundige zorg verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van kraamzorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden kraamverzorgende, die zowel moeder als kind en -voor zover van toepassing- de huishouding verzorgt.

Met een kraamhotel wordt bedoeld een instelling waar u kunt bevallen en/of een deel van de kraamtijd kunt doorbrengen en die, voor zover vereist, op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten. Met kraamcentrum wordt bedoeld een instelling voor kraamzorg die, voor zover vereist, op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) als zodanig is toegelaten.

Met verloskundige wordt bedoeld een verloskundige die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met kraamverzorgende wordt bedoeld een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Eigen bijdrage

De eigen bijdrage voor een bevalling zonder medische indicatie in een ziekenhuis of in een instelling zoals een kraamhotel, bedraagt voor zowel moeder als kind € 16,50 per opnamedag. Als het tarief van het ziekenhuis meer bedraagt dan € 116,50 per persoon (moeder en kind) per opnamedag, bent u daarnaast het meerdere ook verschuldigd als eigen bijdrage. De Friesland betaalt dus maximaal $2 \times € 100,-$ ($€ 116,50 - € 16,50$) = € 200,- per dag voor moeder en kind samen. De vaststelling van het aantal opnamedagen gebeurt op basis van opgave door het ziekenhuis, of door het kraamcentrum dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis. Voor kraamzorg na bevalling thuis of in een kraamhotel, zoals bedoeld onder c. en d., geldt een eigen bijdrage van € 4,10 per uur. De kosten voor het verblijf in een kraamhotel komen voor uw eigen rekening.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed, met uitzondering van een eventueel verschuldigde eigen bijdrage. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.22 Verpleegkundige zorg zonder verblijf

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden, zonder dat sprake is van een opname zoals bedoeld in het artikel Verblijf. Deze verpleging moet noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

Let op: Verpleging die noodzakelijk is voor thuisbeademing of palliatieve terminale zorg wordt hieronder niet begrepen. Financiering hiervan vindt plaats op grond van de AWBZ.

Wie mag deze zorg verlenen

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg in een nader aan te wijzen instelling of op een andere plaats door een verpleegkundige in dienst van een thuiszorginstelling die is toegelaten op grond van de WTZi.

Met verpleegkundige wordt bedoeld een verpleegkundige die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland is noodzakelijk.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.23 Ziekenvervoer

3.23.1 Ambulancevervoer

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van de kosten van ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in de Wet ambulancevervoer of per helikopter, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

- a. naar een zorgaanbieder, als de kosten van de zorg geheel of gedeeltelijk onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;
- b. naar een instelling waarin u gaat verblijven en waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de AWBZ vallen;
- c. vanuit een instelling, bedoeld onder b. naar:
 - een zorgaanbieder voor een onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de AWBZ vallen;
 - een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de AWBZ valt;
- d. naar uw woning of een andere woning, als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u komt van een van de zorgaanbieders bedoeld in de onderdelen a., b. of c.

Voor vervoer per helikopter geldt verwijzing via de meldkamer ambulancevervoer of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ambulancevervoerder die een vergunning heeft ingevolge de Wet Ambulancevervoer.

Bijzonderheden

- a. Als De Friesland u schriftelijk toestemming verleent naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.
- b. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance of helikopter niet mogelijk is, kan De Friesland toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door De Friesland aan te geven vervoermiddel.
- c. U heeft ook recht op vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het om begeleiding van kinderen jonger dan zestien jaar gaat. In bijzondere gevallen kan De Friesland vervoer van twee begeleiders toestaan.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

3.23.2 Ziekenvervoer per eigen auto, taxi, openbaar vervoer (zittend ziekenvervoer)

Inhoud zorg

Naast het vervoer per ambulance zoals hiervoor genoemd, heeft u recht op vergoeding van de kosten van ziekenvervoer per taxi, per particuliere auto en vervoer in de laagste klasse van het openbaar vervoer. Het gaat om vervoer van en naar een zorgaanbieder of woning als bedoeld in artikel 3.23.1, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer, voor zover:

- a. u nierdialyses moet ondergaan;
- b. u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- c. u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
- d. uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.

Als u niet aan een van deze voorwaarden voldoet, kunt u toch recht op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer hebben. Er moet dan sprake zijn van behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, vallend onder de dekking van deze zorgverzekering, in verband waarmee u langdurig bent aangewezen op vervoer. Bovendien moet het niet vergoeden van dat vervoer voor u tot een onbillijkheid van overwegende aard leiden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een taxivervoerder (een natuurlijke- of rechtspersoon) die in het bezit is van de wettelijke voor het uitoefenen van het taxibedrijf vereiste vergunningen en tevens in het bezit is van het taxikeurmerk (KIWA keuring).

Bijzonderheden

- a. Als De Friesland u schriftelijk toestemming verleent naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.
- b. In gevallen waarin ziekenvervoer per particuliere auto, taxi of openbaar vervoer niet mogelijk is, kan De Friesland toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door De Friesland aan te geven vervoermiddel.
- c. U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het om begeleiding van kinderen jonger dan zestien jaar gaat. In bijzondere gevallen kan De Friesland vervoer van twee begeleiders toestaan.

Eigen bijdrage

U bent voor ziekenvervoer per particuliere auto, taxi en openbaar vervoer een bijdrage verschuldigd van € 96,- per kalenderjaar.

Toestemming vooraf

Deze zorg dient vooraf schriftelijk aangevraagd te worden. De Friesland bepaalt bij het verlenen van toestemming voor welke vorm van vervoer toestemming wordt verleend.

Vergoeding

Voor vergoeding van ziekenvervoer per taxi geldt: als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

Voor vervoer per particuliere auto bedraagt de vergoeding € 0,31 per kilometer. Voor het berekenen van het aantal kilometers gaat De Friesland uit van de kortste gebruikelijke route volgens de routeplanner van Routenet.

De vergoeding van ziekenvervoer per openbaar vervoer bedraagt de werkelijke kosten in de laagste klasse van het openbaar vervoer.

3.24 Zorg bij Stoppen-met-rokenprogramma

Inhoud zorg

U heeft recht op vergoeding van het eenmaal per kalenderjaar volgen van een programma, inhoudende op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met geneesmiddelen (o.a. nicotinepleisters en -kauwgum), met als doel te stoppen met roken. Het programma dient te voldoen aan de Zorgmodule Stoppen met Roken, vastgesteld door het Partnership Stop met Roken. Er moet ten minste sprake zijn van een centrale zorgverlener en een individueel behandelplan. E-health kan deel uitmaken van een stoppen-met-rokenprogramma.

Wie mag deze zorg verlenen

a. Een huisarts, een gespecialiseerde verpleegkundige en/of praktijkondersteuner/nurse practitioner/physician assistent die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

b. Overige zorgaanbieders die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken.

Degene die de gedragsmatige ondersteuning verleent dient een gekwalificeerde stoppen-met-roken begeleider te zijn, ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken (www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl).

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaan-

bieder geldt een vergoeding van maximaal het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederland wettelijk tarief geldt worden de tarieven vergoed die in rekening worden gebracht, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

4. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

De Friesland

De Friesland Zorgverzekeraar NV (Kamer van Koophandel nummer 50884565) die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bedrijfsarts

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

Collectief contract

Een overeenkomst op basis waarvan degenen die behoren tot een specifieke groep (bijvoorbeeld werknemers van een bedrijf of leden van een organisatie) met korting een verzekeringsovereenkomst kunnen sluiten. De overeenkomst wordt afgesloten tussen De Friesland en een werkgever of een rechtspersoon.

DBC (diagnose behandeling combinatie)

Een DBC of DBC Zorgproduct is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt, gedurende een vastgestelde periode. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die in rekening mag worden gebracht. Een DBC bestaat dus uit alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die voortkomen uit een zorgvraag van een patiënt.

EU- en EER-land

Behalve Nederland worden onder EU-landen verstaan de volgende landen binnen de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (Groot Brittannië, Noord-Ierland en Gibraltar) en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen zijn de lidstaten van de EU plus Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Onze website

www.defriesland.nl.

Verdragsland

Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER lidstaten, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder vallen Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

Verwijzing

Een verwijzing bevat ten minste een omschrijving van de klachten van de verzekerde en de reden van de verwijzing, in de vorm van een specifieke medisch-inhoudelijke vraagstelling van de verwijzer aan een (met name genoemde) zorgaanbieder.

Verzekerde

De verzekerde is degene van wie de ziektekosten verzekerd zijn.

Verzekeringnemer

De verzekeringnemer is degene die de verzekeringsovereenkomst met De Friesland heeft gesloten.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet bevat regels voor de kwaliteit van de zorgverlening door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.

Zorgaanbieder

Persoon of instelling die een of meer vormen van zorg in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden kan verlenen. Met een zorgaanbieder als bedoeld in dit artikel wordt gelijkgesteld een zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd en die volgens het recht van het land van vestiging beschikt over kwalificaties die gelijkwaardig zijn aan die welke in Nederland gelden; kwalificaties die voldoen aan Richtlijn 2001/19/EG, Pb EG L 206. Artsen, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen en apothekers opgeleid binnen één van de EU-lidstaten worden geacht hieraan te voldoen.