



Verzekeringsvoorwaarden  
IZZ Zorgverzekering 2018

**IZZ Basisverzekering,  
Variant Restitutie en  
Aanvullende verzekeringen**

Zelf alles  
online regelen  
met Mijn IZZ  
Zorgverzekering

de **izz** zorgverzekering<sup>®</sup>  
van mensen in de zorg.

uitgevoerd door



# Welkom bij de IZZ Zorgverzekering

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor de IZZ Zorgverzekering, uitgevoerd door VGZ voor de Zorg.

U kunt voor meer informatie, bijvoorbeeld over declareren of onze zorgverzekeringspakketten, terecht op [www.vgzvoordezorg.nl/izz](http://www.vgzvoordezorg.nl/izz).

## Mijn IZZ Zorgverzekering

Via Mijn IZZ Zorgverzekering kunt u onder andere uw zorgpolis wijzigen, uw declaraties inzien en uw premie betalen.

Met uw DigiD kunt u direct veilig inloggen op [www.vgzvoordezorg.nl/mijnizzzorgverzekering](http://www.vgzvoordezorg.nl/mijnizzzorgverzekering)

## Contact

Kijk voor onze contactgegevens op [www.vgzvoordezorg.nl/izz/contact](http://www.vgzvoordezorg.nl/izz/contact).

## Gecontracteerde zorg

Onze gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op [www.vgzvoordezorg.nl/izz/vergelijkenkies](http://www.vgzvoordezorg.nl/izz/vergelijkenkies).

## Aanvragen toestemming

Wilt u weten voor welke zorg u vooraf toestemming van ons nodig hebt? Dit vindt u terug in deze verzekeringsvoorwaarden. Wilt u toestemming aanvragen? Download het toestemmingsformulier op [www.vgzvoordezorg.nl/izz](http://www.vgzvoordezorg.nl/izz). Dit formulier kunt u printen, invullen en opsturen naar:

VGZ voor de Zorg

T.a.v. Machtigingen

Postbus 25150

5600 RS Eindhoven

## Eenvoudig online declareren

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via [www.vgzvoordezorg.nl/mijnizzzorgverzekering](http://www.vgzvoordezorg.nl/mijnizzzorgverzekering).

U kunt veilig inloggen met uw DigiD.

Het bedrag dat wij vergoeden ontvangt u binnen 10 werkdagen op uw rekening.

Declareert u liever per post? Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

VGZ voor de Zorg

Postbus 25030

5600 RS Eindhoven

# Inhoud

<b>Deel 1 IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie</b>	<b>7</b>
<b>I. Algemeen gedeelte</b>	<b>8</b>
<b>Artikel 1. Verzekerde zorg</b>	<b>8</b>
1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg	8
1.2. Medische noodzaak	8
1.3. Wie mag de zorg verlenen	8
1.4. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder	8
1.5. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder	8
1.6. Insturen van nota's	8
1.7. Rechtstreekse betaling	9
1.8. Verrekening van kosten	9
1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming	9
1.10. Wanneer hebt u recht op vergoeding van de kosten van verzekerde zorg?	9
1.11. Uitsluitingen	10
1.12. Recht op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen	10
<b>Artikel 2. Algemene bepalingen</b>	<b>10</b>
2.1. Grondslag en inhoud van de zorgverzekering	10
2.2. Werkgebied	11
2.3. Bijbehorende documenten	11
2.4. Fraude	11
2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens	11
2.6. Mededelingen	12
2.7. Bedenkperiode	12
2.8. Voorrangsbepaling	12
2.9. Nederlands recht	12
<b>Artikel 3. Premie</b>	<b>13</b>
3.1. Premiegrondslag en premiekortingen	13
3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst	13
3.3. Wie betaalt premie?	13
3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten	13
3.5. Verrekening	14
3.6. Niet-tijdig betalen	14
<b>Artikel 4. Overige verplichtingen</b>	<b>14</b>
<b>Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden</b>	<b>15</b>
5.1. Wijziging voorwaarden	15
5.2. Opzeggingsrecht	15
<b>Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering</b>	<b>15</b>
6.1. Begin en duur	15
6.2. Einde van rechtswege	15
6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?	15
6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?	16
6.5. Bewijs van einde	16
6.6. Verzekering van onverzekerden	16
<b>Artikel 7. Verplicht eigen risico</b>	<b>17</b>
7.1. Hoogte verplicht eigen risico	17
7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?	17
7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet?	17
7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico	17
7.5. Berekening verplicht eigen risico	18
<b>Artikel 8. Vrijwillig eigen risico</b>	<b>18</b>
8.1. Varianten vrijwillig eigen risico	18
8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico?	18
8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico	18
8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico	18
8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico	18

<b>Artikel 9.</b>	<b>Buitenland</b>	<b>19</b>
9.1.	U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland	19
9.2.	U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is	19
9.3.	Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	19
9.4.	Verwijzing en/of toestemmingsvereiste	19
<b>Artikel 10.</b>	<b>Klachten en geschillen</b>	<b>19</b>
10.1.	Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement	19
10.2.	e-Court	20
10.3.	Klachten over onze formulieren	20
 <b>II. Zorgartikelen</b>		<b>21</b>
<b>GENEESKUNDIGE ZORG</b>		<b>21</b>
<b>Artikel 11.</b>	<b>Huisartsenzorg</b>	<b>21</b>
<b>Artikel 12.</b>	<b>Verpleging en verzorging (wijkverpleging)</b>	<b>23</b>
<b>Artikel 13.</b>	<b>Verloskundige zorg en kraamzorg</b>	<b>24</b>
<b>Artikel 14.</b>	<b>Medisch specialistische zorg</b>	<b>26</b>
<b>Artikel 15.</b>	<b>Revalidatie</b>	<b>29</b>
<b>Artikel 16.</b>	<b>Erfelijkheidsonderzoek</b>	<b>30</b>
<b>Artikel 17.</b>	<b>In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen</b>	<b>30</b>
<b>Artikel 18.</b>	<b>Audiologische zorg</b>	<b>32</b>
<b>Artikel 19.</b>	<b>Plastische en/of reconstructieve chirurgie</b>	<b>32</b>
<b>Artikel 20.</b>	<b>Transplantatie van weefsels en organen</b>	<b>33</b>
<b>Artikel 21.</b>	<b>Zintuiglijk gehandicaptenzorg</b>	<b>34</b>
<b>Artikel 22.</b>	<b>Stoppen-met-rokenprogramma</b>	<b>35</b>
<b>GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)</b>		<b>35</b>
<b>Artikel 23.</b>	<b>Generalistische basis GGZ (GB GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder</b>	<b>35</b>
<b>Artikel 24.</b>	<b>Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder</b>	<b>36</b>
<b>PARAMEDISCHE ZORG</b>		<b>38</b>
<b>Artikel 25.</b>	<b>Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck</b>	<b>38</b>
<b>Artikel 26.</b>	<b>Logopedie</b>	<b>40</b>
<b>Artikel 27.</b>	<b>Ergotherapie</b>	<b>41</b>
<b>Artikel 28.</b>	<b>Diëtetiek</b>	<b>41</b>
<b>MONDZORG</b>		<b>42</b>
<b>Artikel 29.</b>	<b>Tandheeskundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar</b>	<b>42</b>
<b>Artikel 30.</b>	<b>Bijzondere tandheeskunde</b>	<b>42</b>
<b>Artikel 31.</b>	<b>Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder</b>	<b>45</b>
<b>Artikel 32.</b>	<b>Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder</b>	<b>45</b>
<b>FARMACEUTISCHE ZORG</b>		<b>46</b>
<b>Artikel 33.</b>	<b>Geneesmiddelen</b>	<b>46</b>
<b>Artikel 34.</b>	<b>Dieetpreparaten</b>	<b>49</b>
<b>HULPMIDDELENZORG</b>		<b>50</b>
<b>Artikel 35.</b>	<b>Hulpmiddelen en verbandmiddelen</b>	<b>50</b>
<b>VERBLIJF IN EEN INSTELLING</b>		<b>51</b>
<b>Artikel 36.</b>	<b>Verblijf</b>	<b>51</b>
<b>ZIEKENVERVOER</b>		<b>52</b>
<b>Artikel 37.</b>	<b>Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer</b>	<b>52</b>
<b>ZORGBEMIDDELING</b>		<b>54</b>
<b>Artikel 38.</b>	<b>Zorgadvies en bemiddeling</b>	<b>54</b>
 <b>III. Begripsomschrijvingen</b>		<b>55</b>

<b>Deel 2 Aanvullende verzekeringen</b>	57
<b>I. Algemeen gedeelte</b>	58
Artikel 1. Verzekerde zorg	58
Artikel 2. Algemene bepalingen	60
Artikel 3. Premie	62
Artikel 4. Overige verplichtingen	63
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	64
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering	64
Artikel 7. Klachten en geschillen	65
Artikel 8. Zorg- en wachtlijstbemiddeling	66
<b>II. Pakket</b>	67
IZZ Zorg voor de Zorg,	67
IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 1,	67
IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 2,	67
IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 3.	67
<b>ALTERNATIEVE ZORG</b>	67
Artikel 1. Behandelingen en/of consulten	67
Artikel 2. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	68
<b>ANTICONCEPTIE</b>	68
Artikel 3. Anticonceptie	68
<b>BUITENLAND</b>	69
Artikel 4. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	69
Artikel 5. Repatriëring	69
Artikel 6. Wettelijke bijdragen in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland	70
<b>HUIDBEHANDELINGEN</b>	70
Artikel 7. Acnebehandeling	70
Artikel 8. Camouflagetherapie	70
Artikel 9. Ontharen	71
Artikel 10. Psoriasisbehandeling	71
<b>HULPMIDDELEN</b>	72
Artikel 11. Brillen en contactlenzen	72
Artikel 12. Ooglaserbehandeling of lensimplantaties	73
Artikel 13. Batterijen van hoortoestellen	73
Artikel 14. Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik	73
Artikel 15. Eenvoudige loopkrukken	74
Artikel 16. Mammaprothese	74
Artikel 17. Pruiken of mutssja's	74
Artikel 18. Schoenen	75
Artikel 19. Steunpessarium	75
Artikel 20. Steunzolen en therapiezolen	75
Artikel 21. Wekapparatuur/plaswekker	76
<b>MANTELZORG</b>	76
Artikel 22. Mantelzorgmakelaar	76
Artikel 23. Vervangende mantelzorg	77
<b>MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG</b>	77
Artikel 24. Buikwandcorrectie	77
Artikel 25. Flapoorcorrectie	78
Artikel 26. Ooglidcorrectie	78
Artikel 27. Sterilisatie	79
<b>MONDZORG</b>	79
Artikel 28. Algemene tandheelkundige zorg	79
Artikel 29. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen	80
Artikel 30. Orthodontie	81

<b>PARAMEDISCHE ZORG</b>	81
Artikel 31. Fysiotherapie	81
Artikel 32. Ergotherapie	83
Artikel 33. Intake arbeidsfysiotherapie	83
Artikel 34. Alternatieve bewegingstherapie	84
Artikel 35. Voetbehandelingen	84
<b>PREVENTIEVE ZORG</b>	85
Artikel 36. Cursussen, voorlichting en trainingen	85
Artikel 37. Sportmedisch advies	86
Artikel 38. Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	86
Artikel 39. Zorg voor vrouwen in de overgang	87
Artikel 40. Diëtetiek	87
Artikel 41. Gezondheidstest	88
Artikel 42. Lidmaatschap patiëntenvereniging	88
<b>PSYCHOLOGISCHE ZORG</b>	89
Artikel 43. Mindfulness bij burn-out klachten vanaf 18 jaar	89
<b>VERBLIJF</b>	89
Artikel 44. Herstellingsoorden en zorghotels	89
Artikel 45. Hospice	90
Artikel 46. Logeerhuis Ronald McDonald/Kiwanis, gastenverblijf Ter Weijde	90
Artikel 47. Kuuroord	90
<b>VERLOSKUNDIGE ZORG EN KRAAMZORG</b>	91
Artikel 48. Verloskundige zorg	91
Artikel 49. Kraampakket	91
Artikel 50. Kraamzorg bij adoptie	92
Artikel 51. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene	92
Artikel 52. Problemen met borstvoeding	92
Artikel 53. Elektrische borstkolf	93
<b>THUISZORG</b>	93
Artikel 54. Hulp bij het huishouden	93
<b>VERVOER</b>	94
Artikel 55. Vervoer in verband met transplantatie van organen	94
<b>VITAMINES</b>	94
Artikel 56. Vitamines	94
<b>III. Pakket</b>	95
IZZ Bijzonder Bewust	95
<b>PARAMEDISCHE ZORG</b>	95
Artikel 1. Fysiotherapie en ergotherapie	95
Artikel 2. Alternatieve bewegingstherapie	96
<b>BRILLEN, CONTACTLENZEN, OONGLASERBEHANDELING OF LENSIMPLANTATIE</b>	97
Artikel 3. Brillen en contactlenzen	97
Artikel 4. Ooglaserbehandeling of lensimplantaties	97
<b>MONDZORG</b>	98
Artikel 5. Algemene tandheelkundige zorg	98
<b>IV. Kies zelf</b>	99
IZZ Fysio, IZZ Buitenland, IZZ Tand	99
<b>PARAMEDISCHE ZORG</b>	99
Artikel 1. Fysiotherapie	99
<b>BUITENLAND</b>	100
Artikel 2. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	100
Artikel 3. Repatriëring	101
<b>MONDZORG</b>	101
Artikel 4. Tandheelkundige zorg	101
<b>V. Begripsomschrijvingen</b>	103

Deel 1

# IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie

# I. Algemeen gedeelte

## Artikel 1. Verzekerde zorg

### 1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie is een restitutieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook hebt u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

---

#### Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken hebt met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

---

### 1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

### 1.3. Wie mag de zorg verlenen

U hebt vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Een van die eisen is dat uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan hebt u geen recht op vergoeding.

### 1.4. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons.

---

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

---

### 1.5. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

### 1.6. Insturen van nota's

Als u een nota hebt ontvangen, dan kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgaanbieder.



De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van [www.XE.com](http://www.XE.com). Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

---

#### Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar de Mijn-omgeving. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

---

### 1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

### 1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

### 1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel. Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

#### Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

#### Toestemming

U hebt in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, dan hebt u geen recht op vergoeding van de kosten van de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

Als u toestemming hebt voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming hebt ontvangen.

### 1.10. Wanneer hebt u recht op vergoeding van de kosten van verzekerde zorg?

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw zorgverzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

### 1.11. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vergoeding van vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat u verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- vergoeding van de kosten van zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

### 1.12. Recht op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clauseblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan hebt u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

---

#### Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

---

## Artikel 2. Algemene bepalingen

### 2.1. Grondslag en inhoud van de zorgverzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven. Na het sluiten van de zorgverzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

## 2.2. Werkgebied

De zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die in Nederland of in het buitenland wonen.

---

De zorgverzekeraar is een landelijk werkende verzekeraar. Zolang u verzekeringsplichtig bent, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een verzekeringsplichtige die in het buitenland woont, heeft recht op deze verzekering.

---

## 2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden.

Het gaat om de volgende documenten:

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Premiebijlage;
- Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP);
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera;
- Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen diagnose-behandelcombinaties (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland;
- Reglement farmaceutische zorg;
- Reglement hulpmiddelen;
- Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging;
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard;
- Lijst Therapieën GGZ.

U vindt deze documenten op onze website. U kunt de documenten ook via onze klantenservice opvragen.

## 2.4. Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan vervalt uw recht op vergoeding van de kosten van zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

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

Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) en medepleger(s):

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

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie en opsporingsinstanties.

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

## 2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw (aanvullende) (zorg)verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerden-administratie.

### Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;

- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- werving voor deze verzekering en werving voor eigen en gelijksoortige diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).
- voor gegevensuitwisseling met Stichting IZZ en/of IZZ BV ten behoeve van marketingactiviteiten voor diensten en producten van Stichting IZZ.

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring van Coöperatie VGZ U.A. U vindt de gedragscode en de Privacy Verklaring op onze website.

Wij zijn verplicht uw burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beiden vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).

Wilt u meer informatie, uw persoonsgegevens inzien, corrigeren of verzet aantekenen? U kunt hiervoor bij de functionaris voor de gegevensbescherming (FG) terecht via het e-mailadres op onze website onder het kopje 'privacy'.

---

#### **Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders**

Als wij uw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

---

#### **2.6. Mededelingen**

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving.

#### **2.7. Bedenkperiode**

Bij het aangaan van de zorgverzekering hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

#### **2.8. Voorrangsbepaling**

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

#### **2.9. Nederlands recht**

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

## Artikel 3. Premie

### 3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een korting die in een collectieve overeenkomst is overeengekomen. De premiegrondslag en de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. U vindt de premiebijlage op onze website.

De premiegrondslag en premiekortingen die voor u gelden, vindt u op uw polisblad.

### 3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, dan ontvangt u een korting op de premiegrondslag.

3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

### 3.3. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

---

#### Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

---

### 3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

3.4.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.

3.4.2. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

#### Kosteloze betaalmogelijkheden

a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.4.3).

b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.

c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

#### Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

Als u geen gebruik maakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, dan betaalt u € 1,50. Dit bedrag is voor alle kosten die wij maken voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruik maakt van de papieren factuur. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.4.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een papieren factuur. Als wij ervoor kiezen u een papieren factuur te sturen, dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

### 3.5. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

### 3.6. Niet-tijdig betalen

- 3.6.1.** Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op vergoeding van de kosten van zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.6.2.** Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:
- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
  - incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.6.3.** Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.6.4.** Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.6.5.** Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd hebt betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.6.6. Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer**
- a. Hebt u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U hebt 4 weken de tijd om deze betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies.
  - b. Hebt u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 4 maandpremies? Dan ontvangt u een waarschuwing dat wij u bij het CAK aanmelden voor de regeling wanbetalers bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, tenzij wij alsnog met u een betalingsregeling aangaan.
  - c. Hebt u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 6 maandpremies of meer? Dan melden wij u aan bij het CAK voor de regeling wanbetalers en bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen. Voor de periode dat u een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, bent u geen premie aan ons verschuldigd. De bestuursrechtelijke premie aan het CAK is hoger dan de premie die u normaal gesproken aan ons zou moeten betalen.
- Hebt u anderen op uw polis verzekerd en is er voor hen een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten aan u over de premieachterstand.
- U vindt de gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie in de artikelen 18a tot en met artikel 18g Zorgverzekeringswet.
- 3.6.7.** U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet.

## Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de zorgverzekering;
- de zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op vergoeding van de kosten van de verzekerde zorg schorsen.

## Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

### 5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 7 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld. Een wijziging in de voorwaarden treedt niet eerder in werking dan 1 maand na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

### 5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht hebt u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14a Zorgverzekeringswet gestelde regels.

## Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering

### 6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Bent u verzekeringsplichtig, maar hebt u nog geen burgerservicenummer (BSN)? Dan kunt u toch als verzekerde worden ingeschreven.
- 6.1.2. Soms kunnen wij niet uit uw aanvraag afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekerende persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. De zorgverzekering gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.
- 6.1.3. Als u al een andere zorgverzekering hebt op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, dan gaat de zorgverzekering in op de door u aangegeven latere datum.
- 6.1.4. Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, dan gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. U moet zich dan binnen 1 maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.
- 6.1.5. Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, dan gaat de zorgverzekering in op de dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

---

#### Voorbeeld

U bent verplicht uw kind binnen 4 maanden na de geboorte te verzekeren, zodat uw kind vanaf de datum van geboorte is verzekerd.

---

- 6.1.6. De Zorgverzekeringswet kent een verzekeringsplicht. Wij zijn niet verplicht een zorgverzekering te sluiten met of voor een verzekeringsplichtige die al verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet.

### 6.2. Einde van rechtswege

De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht niet op tijd meedeelt en wij kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, dan zullen wij deze kosten bij u (terug)vorderen. Als wij vaststellen dat de zorgverzekering is geëindigd, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

### 6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

#### 6.3.1. Jaarlijks opzeggen

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

### 6.3.2. Tussentijds opzeggen

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u de zorgverzekering opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, dan gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, dan gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
- binnen zes weken nadat u een mededeling als bedoeld in artikel 78c, tweede lid, of artikel 92, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg over ons hebt ontvangen. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u hebt opgezegd;
- bij premie- en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- als u bij ons deelnemer bent aan een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever. U kunt de zorgverzekering dan opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indiensttreding.

---

### Opzegging bij 18e verjaardag

Als uw kind 18 jaar wordt, dan kunt u haar/zijn verzekering tussentijds opzeggen. Uw kind kan dan zelf een zorgverzekering sluiten.

---

### 6.3.3. Opzegservice

U kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.1 en 6.3.2 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om de oude zorgverzekering op te zeggen.

### 6.3.4. Wanneer kunt u niet opzeggen?

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand in de premie, dan kunt u uw zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan. U kunt de zorgverzekering wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen 2 weken uw opzegging bevestigen.

### 6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de zorgverzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

### 6.5. Bewijs van einde

Als de zorgverzekering eindigt, dan ontvangt u een bewijs van einde met de volgende informatie:

- naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
- of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

Als de verzekeringsplicht is geëindigd, dan wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

### 6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het CAK op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens u heeft gesloten, dan geldt het volgende:

- a. u kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het CAK binnen 2 weken aantoonst dat u al een zorgverzekering hebt gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
- b. wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringsplichtig bent;
- c. u kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzegmogelijkheden zoals vermeld in artikel 6.3.



## Artikel 7. Verplicht eigen risico

### 7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan hebt u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

### 7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg. Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg en dat op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd en in rekening gebracht. Voor deze zorg geldt wel het verplicht eigen risico. Zie artikel 11, Huisartsenzorg;
- verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 12;
- verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Zie artikel 13.1, Verloskundige zorg en artikel 14, Medisch specialistische zorg;
- kraamzorg. Zie artikel 13.2, Kraamzorg;
- het stoppen-met-rokenprogramma zoals omschreven in artikel 22. Het eigen risico geldt wel voor de geneesmiddelen;
- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 33, Geneesmiddelen;
- de door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuvelland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. U vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 33, Geneesmiddelen;
- de door ons als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Zie artikel 34, Dieetpreparaten;
- hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 35, Hulpmiddelen en verbandmiddelen;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 20, Transplantatie van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 20, Transplantatie van weefsels en organen;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

### 7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet?

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen. Deze informatie vindt u op onze website.

### 7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

---

#### Voorbeeld

De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar 2018 telt 365 dagen. Het eigen risico is: € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32.

---

## 7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

## Artikel 8. Vrijwillig eigen risico

### 8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan kunt u kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.

### 8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico?

Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

### 8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

#### 8.3.1. Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

---

#### Voorbeeld

U hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar 2018 telt 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32. Het totale eigen risico bedraagt € 40 (€ 32 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).

---

- 8.3.2. Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:
- ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is;
  - de som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
  - de uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

### 8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk of via de Mijn-omgeving doorgeven.

### 8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

## Artikel 9. Buitenland

### 9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan hebt u voor zorg recht op:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

---

#### Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan hebt u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening.

---

### 9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

---

#### Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

---

### 9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

### 9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

## Artikel 10. Klachten en geschillen

### 10.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

---

#### Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
  - Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
  - Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.
- 

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl). U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

#### 10.2. e-Court

Als u premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet tijdig hebt betaald, kunnen wij een procedure starten bij de Stichting e-Court. Als u een oproep voor een procedure bij e-Court hebt ontvangen, kunt u een maand bezwaar maken tegen deze procedure. In dat geval starten wij een procedure bij de burgerlijke rechter, tenzij u het geschil voorlegt aan de SKGZ. De wettelijke regels en het procesreglement zijn op de procedure bij e-Court van toepassing. U vindt deze op [www.e-court.nl](http://www.e-court.nl).

#### 10.3. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl). Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, [www.nza.nl](http://www.nza.nl), is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

## II. Zorgartikelen

### GENEESKUNDIGE ZORG

#### Artikel 11. Huisartsenzorg

##### Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van:

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken, preconceptiezorg (kinderwensconsult) en voetzorg als u diabetes mellitus type 1 of 2 hebt.

##### Stoppen met roken

Onder begeleiding bij het stoppen met roken verstaan wij:

- korte behandelingen, zoals eenmalige korte stopadviezen;
- intensieve vormen van behandeling die gericht zijn op gedragsverandering (in een groep of individueel).

Als u bij uw huisarts een stoppen-met-rokenprogramma volgt volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken, zie dan artikel 22. Uw huisarts kan u hierover informeren.

##### Preconceptiezorg

Onder preconceptiezorg (kinderwensconsult) verstaan wij:

- adviezen over gezonde voeding;
- advies over inname van foliumzuur;
- advies over inname van vitamine D;
- adviezen over het stoppen met roken, alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren;
- adviezen over geneesmiddelengebruik;
- adviezen over behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties;
- adviezen over infectieziekten en vaccinaties;
- het opsporen van risico's aan de hand van uw ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling als u (nog) niet zwanger bent.

##### Voetzorg bij diabetes mellitus

Onder de genoemde voetzorg bij diabetes mellitus verstaan wij:

- jaarlijkse voetscreening die bestaat uit een anamnese, een risico-inventarisatie en het vaststellen van het zorgprofiel;
- vanaf zorgprofiel 1: jaarlijks gericht voetonderzoek en advisering over adequaat schoeisel, voetverzorgingsadviezen en advies in omgaan met belasting en belastbaarheid;
- vanaf zorgprofiel 2: meer frequent gericht voetonderzoek, controles en inzet van diagnostiek, behandeling van huid- en nagelproblemen, voetvorm- en standsafwijkingen of andere risicofactoren.

U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze voetzorg als onderdeel van huisartsenzorg óf als onderdeel van multidisciplinaire zorg zoals omschreven onder omschrijving, punt 3.1. Deze voetzorg omvat geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

De zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetzorg die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met diabetes mellitus. De zorgmodule vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u hebt.

2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein.

Voorbeelden van deze zorg zijn:

- (kleine) chirurgische verrichtingen;
- ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
- longfunctiemeting (spirometrie);
- diagnostiek met behulp van Doppler (onderzoek van de bloedstroom in de vaten, slagaders en aders);
- MRSA-screening (screening op Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus);
- audiometrie (onderzoek van het gehoor);

- IUD (spiraaltje) aanbrengen of verwijderen, implanteren of verwijderen etonogestrel implantatiestaafje. Bent u 21 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel, behalve bij de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Zie artikel 33;
- medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis);
- therapeutische injectie (Cyriax).

### 3.1. multidisciplinaire zorg in verband met:

- diabetes mellitus type 2 (DM type 2);
- chronisch obstructieve longziekte (COPD; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem);
- hart- en vaatziekten (HVZ; secundair preventieve zorg als u patiënt bent met hart- of vaatziekten).

### 3.2. gecontracteerde multidisciplinaire zorg in verband met:

- verhoogd vasculair risicomanagement (VVR; primaire preventieve zorg als u verhoogd risico hebt op hart- of vaatziekten);
- astma (als u 16 jaar of ouder bent);
- doelgroep kwetsbare ouderen.

Deze zorg mag uw zorggroep alleen in rekening brengen als deze hiervoor een overeenkomst met ons heeft.

---

## Multidisciplinaire zorg (ketenzorg)

Multidisciplinaire zorg is speciaal ontwikkeld om de zorg voor mensen met een chronische aandoening kwalitatief beter en doelmatiger te organiseren in een regio. De zorgaanbieders werken nauw met elkaar samen, vaak in een zorggroep, zodat de zorg die u nodig hebt beter op elkaar is afgestemd.

## Zorggroep

De zorggroep is een samenwerkingsverband van zorgaanbieders met verschillende disciplines onder regie van een huisarts die samen de ketenzorg leveren. Naast de huisarts wordt ook zorg geleverd door bijvoorbeeld een verpleegkundige, praktijkondersteuner, diëtist, podotherapeut of pedicure.

---

## Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg en dat op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd en in rekening gebracht. Voor deze zorg geldt wel het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

## Wie mag de zorg verlenen

1. Huisartsenzorg (omschrijving, punt 1 en 2) en multidisciplinaire zorg (omschrijving, punt 3.1): huisarts, zorggroep of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, verpleegkundige, maatschappelijk werker, nurse practitioner (NP), physician assistant (PA) of praktijkondersteuner (GGZ). Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag u ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige. Uw verloskundige kan u hierover informeren.
2. Voetzorg bij diabetes mellitus: voor de in dit artikel genoemde voetzorg mag u naar een podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en hiermee ook is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. De podotherapeut stelt het behandelplan op en bepaalt welk deel van de behandeling mag worden verleend door een medisch pedicure of pedicure met een aantekening Diabetische voet. De pedicure werkt samen met de podotherapeut en moet geregistreerd staan in een relevant kwaliteitsregister zoals het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) als medisch pedicure (MP) of met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV) of in het Register Paramedische Voetzorg (RPV).
3. Gecontracteerde multidisciplinaire zorg (omschrijving, punt 3.2): voor deze zorg mag u alleen naar een door ons gecontracteerde zorggroep.

Een overzicht van de samenwerkingsverbanden tussen podotherapeuten en pedicures vindt u op onze website. U kunt ook bij de huisartsenpraktijk informeren naar de mogelijkheden voor multidisciplinaire zorg.

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven onder omschrijving, punt 3.2 naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van deze zorg? Dan hebt u recht op de vergoeding van de kosten van zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (omschrijving, punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 28).

#### **Waar mag de voetzorg worden verleend**

De voetzorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, dan kan deze zorg ook thuis worden verleend.

#### **Bijzonderheden**

Voor medisch specialistische zorg, zie artikel 14, Medisch specialistische zorg.

## **Artikel 12. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)**

#### **Omschrijving**

Uw recht op vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement.

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindzorghuis. Intensieve kindzorg (IKZ) is zorg aan kinderen tot 18 jaar waarbij sprake is van behoefte aan zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Ook is bij deze kinderen sprake van een behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.

#### **Persoonsgebonden budget (pgb)**

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

#### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Wie mag de zorg verlenen**

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

#### **Verwijsbrief nodig van**

1. huisarts of medisch specialist: voor palliatief terminale zorg;
2. medisch specialist: voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

#### **Bijzonderheden**

1. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.
2. De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een kinder-verpleegkundige, niveau 5. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

# Artikel 13. Verloskundige zorg en kraamzorg

## 13.1. Verloskundige zorg

### Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Deze zorg omvat ook:

- preconceptiezorg (kinderwensconsult):  
als u een kindwens hebt, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- counseling:  
als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan hebt u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek);
- de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie hebt. U hebt ook recht op vergoeding van de kosten van een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking. U hebt recht op vergoeding van de kosten van invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een combinatietest of NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking;
- twintig-weeken echo (SEO):  
met de twintig-weeken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

---

### Prenatale diagnostiek

#### De combinatietest, NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie)

Als uw behandelend zorgaanbieder vaststelt dat u een verhoogd risico hebt op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van prenatale diagnostiek.

#### Hebt u geen medisch indicatie?

Als u geen medische indicatie hebt, dan kunt u voor eigen rekening een combinatietest of NIPT ondergaan.

- Blijkt uit de combinatietest dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van een NIPT of invasieve diagnostiek.
- Blijkt uit de NIPT dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van invasieve diagnostiek.

---

### Eigen risico

Voor verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Wie mag de zorg verlenen

Verloskundige of huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde. Integrale geboortezorg mag worden geleverd door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO).

---

### Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Integrale geboortezorg heeft als doel om de samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders makkelijker te maken en de kwaliteit van de zorg voor moeder en kind te verbeteren. Integrale geboortezorg mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een overeenkomst met ons heeft. Een overzicht van de door ons gecontracteerde IGO's vindt u op onze website. U mag tijdens de zwangerschap, geboorte en nazorg veranderen van zorgaanbieder.

---



De combinatietest en de twintig-weeken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgaanbieder die een samenwerkingsafspraken heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening. Als er sprake is van een medische indicatie dan is er geen vergunning volgens de WBO nodig om het onderzoek uit te voeren. Voor de NIPT kunt u terecht in een universitair centrum en voor de invasieve diagnostiek in een centrum voor prenatale diagnostiek.

#### **Bijzonderheden**

Voor verloskundige zorg verleend door een gynaecoloog, zie artikel 14, Medisch specialistische zorg.

## **13.2. Kraamzorg**

#### **Omschrijving**

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

#### **Eigen bijdrage**

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 4,30 per uur voor kraamzorg thuis of in een geboortecentrum;
- € 17 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een geboortecentrum of in een ziekenhuis, zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het tarief dat het geboortecentrum of het ziekenhuis in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 122,50 per dag voor zowel moeder als kind.

#### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

#### **Wie mag de zorg verlenen**

Gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige. Kraamzorg als onderdeel van integrale geboortezorg mag worden geleverd door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO). Nadere uitleg over integrale geboortezorg, vindt u in artikel 13.1, Verloskundige zorg onder wie mag de zorg verlenen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisaties vindt u op onze website.

#### **Bijzonderheden**

1. De verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent stelt het aantal kraamzorguren vast aan de hand van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP). U hebt recht op vergoeding van de kosten van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal 10 dagen. U vindt dit protocol op onze website.
2. Gaat u naar een niet-gecontracteerde kraamverzorgende of verpleegkundige? Stuurt u dan bij de nota voor kraamzorg een kopie mee van:
  - de indicatiestelling volgens het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP), en;
  - in het geval van zorg door een kraamverzorgende: het diploma kraamverzorgende.Deze kopieën kunt u opvragen bij de betreffende kraamzorgorganisatie en/of bij de zelfstandig werkende kraamverzorgende of verpleegkundige.
3. Voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, brengen wij het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 10 dagen) per dag in mindering op het aantal geïndiceerde kraamzorguren.
4. Als meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamzorgorganisatie) voor dezelfde dag kraamzorg in rekening brengen, dan hebt u ook op deze dubbele dag recht op vergoeding van de kosten van kraamzorg.

---

#### **Let op**

Vraag kraamzorg ten minste 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via onze website. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt.

---

## Welke verloskundige zorg en kraamzorg is opgenomen in uw zorgverzekering?

Bevalling en kraamzorg thuis	
Bevalling thuis	Ja.
Kraamzorg thuis	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,30 per uur.
Bevalling met medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	
Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum	Ja.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,30 per uur.
Kraamzorg in een ziekenhuis na een bevalling met medische noodzaak	Ja. Hiervoor geldt geen eigen bijdrage.
Bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg in een ziekenhuis of geboortecentrum	
Bevalling zonder medische noodzaak in de bevalkamer van een geboortecentrum	Ja. De maximale vergoeding voor moeder en kind samen is € 211 per dag. Deze vergoeding is als volgt berekend: Maximale vergoeding is 2 x € 122,50: € 245 per dag Af: eigen bijdrage is 2 x € 17: € 34 per dag <hr/> € 211 per dag
Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak voor verblijf in een ziekenhuis	Het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 211 per dag moet u zelf bijbetalen.
Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum als onderdeel van integrale geboortezorg door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie	Ja. De eigen bijdrage is € 356,90 voor moeder en kind samen.
Kraamzorg in een geboortecentrum	Maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,30 per uur.

### Medische noodzaak

Uw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent, bepaalt of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

## Artikel 14. Medisch specialistische zorg

### Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt ook:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al hebt besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder verstaan wij eenmalige korte stopadviezen;
- medisch noodzakelijke circumcisie (besnijdenis).

Medisch specialistische zorg omvat ook:

- a. tot 1 januari 2018 behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. tot 1 januari 2018 verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. tot 1 oktober 2019 behandeling van coloncarcinoom met adjuvante hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC), voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. tot 1 juli 2019 behandeling met belimumab van volwassen patiënten met actieve auto-antilichaampositieve systemische lupus erythematosus met een hoge mate van ziekte-activiteit en met een geschiedenis van behandelfalen op de standaardbehandeling, voor zover u deelneemt aan het onderzoek naar de effectiviteit naar deze zorg of het observationeel onderzoek naar deze zorg zoals hieronder vermeld, die zijn vermeld in het advies van het Zorginstituut van 29 april 2015;
- e. tot 1 juli 2019 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. tot 1 april 2020 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover u deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- i. van 1 april 2016 tot 1 augustus 2021 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- j. van 1 oktober 2016 tot 1 juli 2021 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover u deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- l. van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover u deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek verstaan wij:

- hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) wordt gefinancierd, en/of;
- aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als u:
  1. wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek, of;
  2. niet hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
  3. hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

De minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer per 1 januari 2018 voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering vindt u op onze website.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- d. behandeling plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- e. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u een vrouw bent van 43 jaar of ouder, tenzij het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die al is gestart voordat u de leeftijd van 43 jaar hebt bereikt.

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico.

Voor verloskundige zorg door een gynaecoloog geldt het eigen risico niet. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer waarvan de kosten apart in rekening worden gebracht wel meetellen voor het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, dan mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant (PA).

### Integrale geboortezorg

Verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen die samenwerken in een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO) mogen een integraal tarief voor geboortezorg met ons afspreken. Dit tarief mag de IGO alleen in rekening brengen als deze hiervoor een overeenkomst met ons heeft. Een overzicht van de door ons gecontracteerde IGO's vindt u op onze website.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch specialist of kaakchirurg.

### Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose-behandelcombinaties (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

---

### Voor welke zorg hebt u vooraf toestemming nodig?

U hebt voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden.

**Oogheelkunde:** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), ooglidcorrecties.

**KNO-heelkunde:** oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.

**Heelkunde:** gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.

**Dermatologie:** benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u vooraf geen toestemming hebt gevraagd.

### Let op

Voor vergoeding van de kosten van behandelingen van plastisch-chirurgische aard hebt u altijd vooraf toestemming nodig. Kijk hiervoor in artikel 19, Plastische en/of reconstructieve chirurgie.

---

### Bijzonderheden

1. De apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten vallen onder hulpmiddelen-zorg, zie artikel 35, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2. Meer informatie over thuisdialyse vindt u op onze website.
3. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties worden uitgezonderd. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.
4. Voor medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 11, Huisartsenzorg.
5. Voor zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 24, Gespecialiseerde GGZ.
6. Voor mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 30, Bijzondere tandheelkunde en artikel 31, Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

## Artikel 15. Revalidatie

### 15.1. Revalidatie

#### Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- de quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

#### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd.

#### Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

#### Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

### 15.2. Geriatrische revalidatie

#### Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten) en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. U hebt maximaal 6 maanden recht op vergoeding van de kosten van geriatrische revalidatie. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als:

1. de zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 36, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg;
2. u een acute aandoening hebt waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening hebt ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment, ook als geen ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden;

3. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

---

#### **Geriatrische revalidatie**

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die een medisch specialistische behandeling ondergaan. Bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstelmogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (complexe multimorbiditeit). Doel is om hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie en maatschappelijk te blijven deelnemen.

---

#### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Wie mag de zorg verlenen**

Multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

## **Artikel 16. Erfelijkheidsonderzoek**

#### **Omschrijving**

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u, dan zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

#### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Wie mag de zorg verlenen**

Centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

#### **Verwijsbrief nodig van**

Huisarts of medisch specialist.

## **Artikel 17. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen**

### **17.1. In-vitrofertilisatie (IVF)**

#### **Omschrijving**

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap als u 42 jaar of jonger bent. Als u bent gestart met een eerste, tweede of derde poging IVF, dan mag u deze poging na uw 43e verjaardag afronden voor rekening van uw zorgverzekering. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan hebt u alleen recht op vergoeding van de kosten van de eerste en tweede IVF-poging als er 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.

Onder een gerealiseerde zwangerschap verstaan wij een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- b. het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- d. het een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. Als er nog embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van terugplaatsing van de embryo's op grond van artikel 17.2, Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen.

---

#### Wanneer hebt u opnieuw recht op vergoeding van de kosten van 3 IVF-pogingen?

Na een doorgaande (gerealiseerde) zwangerschap of een (levend) geboren kind, al dan niet ontstaan met IVF, ontstaat opnieuw recht op vergoeding van de kosten van 3 pogingen bij een nieuwe zwangerschapswens, als er sprake is van ongewenste infertiliteit (onvruchtbaarheid). Ook na een wisseling van partner bestaat opnieuw recht op vergoeding van de kosten van een IVF-behandeltraject van 3 pogingen, als er sprake is van gezamenlijke infertiliteit.

---

#### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

#### Verwijsbrief nodig van

Gynaecoloog of uroloog.

#### Bijzonderheden

Als er bij een IVF-behandeling, waaronder ook begrepen een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie), gebruik wordt gemaakt van eiceldonatie, zijn bovenstaande voorwaarden voor IVF ook van toepassing. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.

---

#### IVF in het buitenland

Of u in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van IVF, hangt af van uw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van uw leeftijd en hoe lang u al probeert zwanger te worden. Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

---

## 17.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

#### Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheid bevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Bent u een vrouw van 43 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op vergoeding van de kosten van fertiliteitsbevorderende behandelingen.

#### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog of uroloog.

#### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

## Artikel 18. Audiologische zorg

### Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

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

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts, audicien, bedrijfsarts, medisch specialist, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

### Bijzonderheden

1. Voor gehoorapparatuur zie artikel 35, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.
2. Voor diagnostiek van taalontwikkelingsstoornissen bij jeugdigen tot 23 jaar zie artikel 21, Zintuiglijk gehandicaptenzorg.

## Artikel 19. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

### Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

1. correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. correctie van verlamde of verslakte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Er is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking als gevolg van verslakte of verlamde bovenoogleden in de volgende situatie:
  - de verslapping/verlamming van het bovenooglid veroorzaakt een verticale ooglidspleet van 7 mm of minder. Dit komt overeen met de situatie dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt. Anders gezegd, de afstand tussen (de onderrand van) de overhang en het centrum van de pupil is 1 mm of minder. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl u ontspannen recht vooruit kijkt (dus gemeten in de primaire stand). Het moet aannemelijk zijn dat correctie van het bovenooglid deze gezichtsveldvermindering oplost;
  - het moet gaan om een gezichtsveldbeperking die tot belemmeringen in het dagelijks functioneren leidt. Subjectieve klachten alleen, zoals vermoeide ogen, druk op de ogen, hoofdpijn of er vermoeid uitzien, zijn onvoldoende reden/aanwijzing om te kunnen spreken van een gezichtsveldbeperking;
4. correctie van aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
6. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
7. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders, waarbij sprake is van de volgende criteria:
  - afwezigheid van een inframammairplooi (plooi onder de borst), en;
  - klierweefsel van minder dan 1 cm, aangetoond door middel van een echo.



---

### **Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?**

Onder behandelingen van plastische chirurgische aard wordt verstaan: vorm- of aspect veranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie.

### **Wanneer hebt u recht op vergoeding van de kosten van behandelingen van plastisch-chirurgische aard?**

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u een nadere toelichting wanneer u recht hebt op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

---

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- a. behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden, anders dan genoemd onder omschrijving, punt 3;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### **Wie mag de zorg verlenen**

Medisch specialist.

### **Verwijsbrief nodig van**

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

### **Toestemming**

U hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## **Artikel 20. Transplantatie van weefsels en organen**

### **Omschrijving**

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan hebt u alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de preserving, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland wonende donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten vergoeden wij niet.

Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, dan komen de kosten van vervoer bedoeld onder e en f voor rekening van de zorgverzekering van de donor.

#### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor:

- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode bedoeld onder d is verstreken;
- vervoer van een donor zoals omschreven onder e en f.

Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Wie mag de zorg verlenen**

Medisch specialist.

## **Artikel 21. Zintuiglijk gehandicaptenzorg**

#### **Omschrijving**

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zintuiglijk gehandicaptenzorg. Onder deze zorg wordt verstaan multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

#### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Wie mag de zorg verlenen**

Instelling die zich toelegt op de behandeling van zintuiglijk gehandicapten en waar de behandeling plaatsvindt door een multidisciplinair team.

Zorg in verband met een visuele beperking: eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en het zorgplan is de oogarts of de gezondheidszorgpsycholoog. Ook de klinisch fysisch of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. De activiteiten van de klinisch fysisch of andere disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a van het Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de zintuiglijk gehandicaptenzorg worden gesteld.

Zorg in verband met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis: eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg is de gezondheidszorgpsycholoog. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. De activiteiten van de orthopedagoog of andere disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de zintuiglijk gehandicaptenzorg worden gesteld.

#### **Verwijsbrief nodig van**

Medisch specialist of huisarts. Verwijzing voor zorg in verband met een auditieve of communicatieve beperking mag ook plaatsvinden door een klinisch fysisch-audioloog van een audiologisch centrum.

## Artikel 22. Stoppen-met-rokenprogramma

### Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg volgens het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma houdt in: de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg. Ook hebt u recht op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen als deze worden voorgeschreven als onderdeel van het programma, ter ondersteuning van gedragsverandering. U kunt het programma volgen in een groep of individueel. Het doel van het programma is dat u stopt met roken. U kunt maximaal 1 keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

### Eigen risico

Voor het stoppen-met-rokenprogramma geldt geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor de geneesmiddelen. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Wie mag de zorg verlenen

Zorgaanbieders die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken.

De geneesmiddelen mogen worden geleverd door de Nationale Apotheek, apotheker of apothekhoudend huisarts. Meer informatie over de Nationale Apotheek vindt u op onze website.

## GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

## Artikel 23. Generalistische basis GGZ (GB GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

### Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van generalistische basis GGZ zoals klinisch-psychologen deze plegen te bieden. Onder deze zorg verstaan wij diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek. Samen met uw regiebehandelaar maakt u een behandelplan waarin u afsprekt welke zorg u nodig hebt en hoe lang de zorg gaat duren. Uw regiebehandelaar stelt vervolgens vast op welke zorg u recht hebt.

---

### Generalistische basis GGZ

De generalistische Basis GGZ is bedoeld voor mensen met lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen, of mensen met stabiele chronische problematiek met een laag risico.

Generalistische basis GGZ wordt altijd ambulante gegeven. Dit betekent dat u regelmatig een bezoek brengt aan uw zorgaanbieder voor uw behandeling. De zorgaanbieder kan u ook thuis behandelen of in combinatie met een digitale vorm van behandeling.

De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Op onze website vindt u informatie over de behandelingen die hier aan voldoen in de Lijst Therapieën GGZ. In deze lijst staat welke therapieën wel en niet voldoen en in welke situaties ze toegepast mogen worden. U kunt voor informatie ook terecht bij uw zorgaanbieder.

---

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen;
- intelligentieonderzoek.

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Wie mag de zorg verlenen

Een zorgaanbieder die een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ heeft, dat geregistreerd is via de website GGZ Kwaliteitsstatuut.

---

### Kwaliteitsstatuut GGZ

Het kwaliteitsstatuut draagt ertoe bij dat de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessionals wordt geleverd. Alle zorgaanbieders van generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ zijn verplicht een eigen kwaliteitsstatuut GGZ op te stellen en deze te laten registreren via de website GGZ Kwaliteitsstatuut. Op [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl) onder openbare data vindt u welke zorgaanbieders een goedgekeurd GGZ kwaliteitsstatuut hebben en waar u het kwaliteitsstatuut kunt inzien. In het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is opgenomen wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg. Dit is de regiebehandelaar. Het kwaliteitsstatuut kan u helpen bij het kiezen van uw zorgaanbieder.

### Regiebehandelaar

In een vrijgevestigde praktijk voert de regiebehandelaar de behandeling zelf uit. Bij de behandeling in een instelling kunnen meerdere zorgaanbieders betrokken zijn. De regiebehandelaar bepaalt onder meer de samenwerking met deze zorgaanbieders. Ook zorgt de regiebehandelaar ervoor dat u zelf meebeslist over uw behandelingsmogelijkheden.

- 
1. Regiebehandelaar GB GGZ vrijgevestigd mogen zijn: klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog.
  2. Regiebehandelaar GB GGZ in een instelling mogen zijn: klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut en gezondheidszorgpsycholoog, de specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts met profielregistratie KNMG, klinisch geriater en verpleegkundig specialist. Onder eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag een deel van de zorg ook worden verleend door een zorgaanbieder die is opgenomen in de DBC-beroepentabel GGZ van de NZa.
  3. Regiebehandelaar GB GGZ voor een behandeling gestart onder de Jeugdwet mogen zijn: kinder- en jeugdpsycholoog NIP en orthopedagoog-generalist NVO. Zij mogen alleen regiebehandelaar zijn voor een eerste behandeling (eerste prestatie) als u 18 jaar bent geworden.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of straatdokter. De straatdokter is een arts en geregistreerd bij een vereniging van straatdokters, bijvoorbeeld de Nederlandse Straatdokters Groep, en in de gemeente(n) waar hij/zij werkzaam is. De straatdokter mag alleen verwijzen als de cliënt geen huisarts heeft.

Ontving u GGZ op basis van de Jeugdwet en hebt u hiervoor geen verwijsbrief van een hierboven genoemde verwijzer? Dan hebt u een nieuwe verwijsbrief nodig.

## Artikel 24. Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

### Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg verstaan wij diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van uw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van uw regiebehandelaar. Uw regiebehandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. U kunt hierbij denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

---

### Gespecialiseerde GGZ

Bij gespecialiseerde GGZ gaat het om diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen. Gespecialiseerde GGZ kan bij de meeste psychische stoornissen ambulante gegeven worden. Dit betekent dat u regelmatig een bezoek brengt aan uw zorgaanbieder voor uw behandeling. De zorgaanbieder

kan u ook thuis behandelen of in combinatie met een digitale vorm van behandeling. In sommige situaties is een opname in een GGZ-instelling medisch noodzakelijk. Zie hiervoor artikel 36, Verblijf.

De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Op onze website vindt u informatie over de behandelingen die hieraan voldoen in de Lijst Therapieën GGZ. In deze lijst staat welke therapieën wel en niet voldoen en in welke situaties ze toegepast mogen worden. U kunt voor informatie ook terecht bij uw zorgaanbieder.

---

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen.

#### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Wie mag de zorg verlenen**

Een zorgaanbieder die een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ heeft, dat geregistreerd is via de website GGZ Kwaliteitsstatuut.

---

#### **Kwaliteitsstatuut GGZ**

Het kwaliteitsstatuut draagt ertoe bij dat de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessionals wordt geleverd. Alle zorgaanbieders van generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ zijn verplicht een eigen kwaliteitsstatuut GGZ op te stellen en deze te laten registreren via de website GGZ Kwaliteitsstatuut. Op [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl) onder openbare data vindt u welke zorgaanbieders een goedgekeurd GGZ kwaliteitsstatuut hebben en waar u het kwaliteitsstatuut kunt inzien. In het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is opgenomen wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg. Dit is de regiebehandelaar. Het kwaliteitsstatuut kan u helpen bij het kiezen van uw zorgaanbieder.

#### **Regiebehandelaar**

In een vrijgevestigde praktijk voert de regiebehandelaar de behandeling zelf uit. Bij de behandeling in een instelling kunnen meerdere zorgaanbieders betrokken zijn. De regiebehandelaar bepaalt onder meer de samenwerking met deze zorgaanbieders. Ook zorgt de regiebehandelaar ervoor dat u zelf meebeslist over uw behandelingsmogelijkheden.

---

1. Regiebehandelaar SGGZ vrijgevestigd mogen zijn: psychiater, klinisch (neuro)psycholoog of psychotherapeut.
2. Regiebehandelaar SGGZ in een instelling mogen zijn: psychiater, klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts met profielregistratie KNMG, klinisch geriater en verpleegkundig specialist. Onder eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag een deel van de zorg ook worden verleend door een zorgaanbieder die is opgenomen in de DBC-beroepentabel GGZ van de NZa.
3. Regiebehandelaar SGGZ voor een behandeling gestart onder de Jeugdwet mogen zijn: kinder- en jeugdpsycholoog NIP en orthopedagoog-generalist NVO. Zij mogen alleen regiebehandelaar zijn voor een eerste behandeling (eerste prestatie) als u 18 jaar bent geworden.

#### **Verwijsbrief nodig van**

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of straatdokter. De straatdokter is een arts en geregistreerd bij een vereniging van straatdokters (bijvoorbeeld de Nederlandse Straatdokers Groep) en in de gemeente(n) waar hij/zij werkzaam is. De straatdokter mag alleen verwijzen als de cliënt geen huisarts heeft.

Ontving u GGZ op basis van de Jeugdwet en hebt u hiervoor geen verwijsbrief van een hierboven genoemde verwijzer? Dan hebt u een nieuwe verwijsbrief nodig.

### Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig voor gespecialiseerde GGZ met verblijf (zie artikel 36, Verblijf). Verstrekt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet u opnieuw toestemming aanvragen. U kunt samen met uw zorgaanbieder een toestemmingsformulier gespecialiseerde GGZ invullen. Het formulier vindt u op onze website. Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan. Dan weet u zeker dat uw aanvraag op tijd wordt verwerkt. Voorin deze voorwaarden vindt u waar u de aanvraag naar toe kunt sturen. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## PARAMEDISCHE ZORG

---

### Hebt u de ziekte van Parkinson en u hebt fysiotherapie, logopedie of ergotherapie nodig?

Dan kunt u terecht bij gespecialiseerde zorgaanbieders die zijn aangesloten bij ParkinsonNet.

U bent dan verzekerd van goede zorg, want deze zorgaanbieders zijn specifiek opgeleid om deskundige begeleiding en zorg te leveren aan mensen met de ziekte van Parkinson. Deze zorgaanbieders zijn aangesloten bij een landelijk netwerk waardoor:

- u aan huis of dichtbij huis een optimale behandeling kunt krijgen;
- er samenwerking en kennisuitwisseling plaatsvindt tussen de aangesloten zorgaanbieders, waaronder uw Parkinson-verpleegkundige en neuroloog.

Hierdoor is de zorg die u nodig hebt, beter op elkaar afgestemd. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

---

## Artikel 25. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

### Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Jonger dan 18 jaar:

- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn;
- hebt u een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan hebt u per kalenderjaar recht op vergoeding van de kosten van maximaal 9 behandelingen per aandoening. Als u na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, dan hebt u nog recht op vergoeding van de kosten van maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening. In totaal hebt u in dit geval dus recht op vergoeding van de kosten van maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder:

- u hebt eenmalig recht op vergoeding van de kosten van de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op vergoeding van de kosten van oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen) tot maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op vergoeding van de kosten van oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht tot maximaal 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- u hebt vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding van de kosten van behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaald termijn.

De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- arbocuratieve zorg. Dit is zorg die zich richt op genezing en behandeling van arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen;
- Re-integratietrajecten. Re-integratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

### Chronische lijst

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de 'Chronische lijst' genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst staan. Aandoeningen die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het gaat in sommige gevallen ook om de behandeling van een aandoening na een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel. Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met ons op. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op onze website. U kunt deze lijst ook telefonisch bij ons opvragen. U vindt ons telefoonnummer op onze website.

In het schema hieronder vindt u op hoeveel zorg u recht hebt:

<b>Jonger dan 18 jaar</b>	
Uw aandoening staat op de Chronische lijst met aandoeningen	Volledig De duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.
Uw aandoening staat niet op de Chronische lijst met aandoeningen	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen In totaal hebt u recht op vergoeding van de kosten van maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar.
<b>18 jaar en ouder</b>	
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie	Eenmalig maximaal 9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling)
Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij etalagebenen (perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine)	Maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden (vanaf de 1e behandeling)
Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht	Maximaal 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden (vanaf de 1e behandeling) Als dit nodig is, hebt u na 12 maanden opnieuw recht op vergoeding van de kosten van 12 behandelingen.
Uw aandoening staat op de Chronische lijst met aandoeningen	Vanaf 21e behandeling De duur van de behandeling van bepaalde aandoeningen is beperkt tot een bepaalde termijn.
Uw aandoening staat niet op de Chronische lijst met aandoeningen	Geen vergoeding

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Wie mag de zorg verlenen

1. Fysiotherapeut, heilgymnast-masseur of gespecialiseerde fysiotherapeut.

Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut of manueel therapeut. De gespecialiseerde fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of in het register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

2. Oefentherapeut Cesar/Mensendieck of kinderoefentherapeut. De kinderoefentherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).
3. Oedeemtherapie mag alleen worden verleend door een oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut. De oedeem(fysio)therapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of in het register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

---

### Hebt u oefentherapie (looptraining) nodig voor de behandeling van perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 en 3 Fontaine (etalagebenen)?

Dan kunt u terecht bij fysiotherapeuten of oefentherapeuten die zijn aangesloten bij het landelijke netwerk ClaudicatioNet. U bent dan verzekerd van goede zorg. Zorgaanbieders aangesloten bij ClaudicatioNet zijn specifiek opgeleid om zorg en deskundige begeleiding te leveren voor de behandeling van etalagebenen.

Hierdoor krijgt u:

- een optimale looptraining waarbij rekening wordt gehouden met eventuele andere beperkingen die het lopen kunnen belemmeren;
- deskundige begeleiding en advies om een zo goed mogelijk resultaat te behalen met de looptraining.

Kijk voor meer informatie over ClaudicatioNet op onze website.

---

### Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, dan kan deze zorg ook thuis worden verleend.

### Toestemming

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). U hebt een verklaring nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist waaruit blijkt dat u behandeld moet worden voor een aandoening die is opgenomen in deze Lijst. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## Artikel 26. Logopedie

### Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Wie mag de zorg verlenen

Logopedist.

Logopedische behandelingen die afwijken van de reguliere behandeling mogen alleen worden geleverd door een logopedist die is ingeschreven in een van de volgende deelregisters van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF):

- Afasie;
- Hanen programma's;
- Integrale zorg stotteren;
- Preverbale logopedie (eten en drinken);
- Stotteren.

Stottertherapie mag ook worden verleend door een stottertherapeut die is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST).



**Waar mag de zorg worden verleend**

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van de logopedist of stottertherapeut of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, dan kan deze zorg ook thuis worden verleend.

## Artikel 27. Ergotherapie

**Omschrijving**

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen, tot maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar.

**Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

**Wie mag de zorg verlenen**

Ergotherapeut.

**Waar mag de zorg worden verleend**

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

## Artikel 28. Diëtietiek

**Omschrijving**

Uw recht op vergoeding van de kosten van diëtietiek omvat zorg zoals diëtisten die plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft, tot maximaal 3 behandeluren per kalenderjaar.

Onder diëtietiek wordt verstaan voorlichting met een medisch doel en het behandelen van patiënten door dieettherapie gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten.

---

**Diëtietiek als onderdeel van multidisciplinaire zorg (ketenzorg)**

Wanneer u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte), een verhoogd vasculair risico of astma hebt en u ontvangt hiervoor multidisciplinaire zorg zoals omschreven in artikel 11, dan wordt de diëtietiek voor deze of gerelateerde aandoeningen via deze multidisciplinaire zorg geleverd.

---

**Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

**Wie mag de zorg verlenen**

Diëtist.

### Artikel 29. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

#### Omschrijving

Als u jonger bent dan 18 jaar, dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); 1 keer per jaar. Als dit nodig is, dan hebt u meer keren per jaar recht op vergoeding van de kosten van dit onderzoek;
2. incidenteel consult;
3. tandsteen verwijderen;
4. fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit; 2 keer per jaar. Als dit nodig is, dan hebt u meer keren per jaar recht op vergoeding van de kosten van deze behandeling;
5. sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen);
6. behandeling van het tandvlees (parodontale hulp);
7. verdoving (anesthesie);
8. wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
9. vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
10. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
11. volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen);
12. chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten;
13. röntgenonderzoek. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van röntgenonderzoek voor orthodontie.

Bent u jonger dan 23 jaar? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer ontbrekende blijvende snij- of hoektanden die in het geheel niet zijn aangelegd of geheel ontbreken als gevolg van een ongeval. De noodzaak van deze zorg moet zijn vastgesteld voordat u de leeftijd van 18 jaar hebt bereikt.

#### Eigen risico

Bent u 18 jaar of ouder? Dan geldt voor deze zorg het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of mondhygiënist. De tandarts of mondhygiënist kunnen werkzaam zijn in een instelling voor jeugdtandverzorging.

#### Toestemming

Voor kronen, bruggen en implantaten hebt u vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

### Artikel 30. Bijzondere tandheelkunde

#### Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

#### 30.1. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

#### Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt;
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;

- als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groei- stoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

---

### Let op

Het ontbreken van enkele blijvende tanden of kiezen door een aanlegstoornis komt regelmatig voor. U hebt recht op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde als bij u ten minste 6 tanden en kiezen in aanleg ontbreken (verstandskiezen tellen niet mee).

---

### Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Wie mag de zorg verlenen

- Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen:  
tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.
- Orthodontische zorg in bijzondere gevallen:  
een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg, orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg of een tandarts die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Orthodontische Vereniging (OK register) in samenwerking met een kaakchirurg. Patiënten met een lip-, kaak- of gehemeltepleet mogen uitsluitend behandeld worden door een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg.

### Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in een:

- tandartspraktijk;
- ziekenhuis;
- centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Hebt u een behandeling onder (lachgas)sedatie of volledige anesthesie (narcose) nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

- een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde;
- een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
  - er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA);
  - het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA;
  - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis;
  - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten;
  - het centrum dat gebruikmaakt van (lachgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA);
  - bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

### Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

### Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## 30.2. Tandheelkundige implantaten

### Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van het plaatsen van een tandheelkundig implantaat in het kader van bijzondere tandheelkunde:

1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt;
2. als u een verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt in de vorm van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

---

### Implantaten in een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Voor de prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zie artikel 32.

---

### Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd als u 18 jaar of ouder bent als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, een bevoegd mondzorgaanbieder werkzaam in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, kaakchirurg of een orthodontist in samenwerking met een kaakchirurg. Als er sprake is van implantologie in de zeer ernstig geslonken tandeloze kaak dan mag de zorg ook worden verleend door een tandarts-implantoloog.

### Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in een:

1. tandartspraktijk;
2. ziekenhuis;
3. centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Hebt u een behandeling onder (luchgas)sedatie of volledige anesthesie nodig? Dan mag de zorg alleen worden verleend in een ziekenhuis of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde is:

1. een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde;
2. een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
  - er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA);
  - het centrum werkt met een anesthesioloog die lid is van de NVA;
  - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis;
  - er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten;
  - het centrum dat gebruikmaakt van (luchgas)sedatie is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA);
  - bij de behandeling van kinderen is de tandarts een erkend tandarts-pedodontoloog.

U vindt deze centra op onze website.

### Verwijsbrief nodig van

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

### Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## Artikel 31. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

### Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties. Bij ongecompliceerde extracties gaat het om tanden of kiezen die uw tandarts ook kan trekken.

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Wie mag de zorg verlenen

Kaakchirurg.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

### Toestemming

Voor kaakosteotomie (een operatie waarbij één of beide kaken worden gecorrigeerd) hebt u vooraf onze toestemming nodig. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

### Bijzonderheden

Voor orthodontische zorg in bijzondere gevallen, zie artikel 30.1, Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen.

## Artikel 32. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

### Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, al dan niet te plaatsen op implantaten. Tot een uitneembare volledige gebitsprothese te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (de mesostructuur). U hebt ook recht op vergoeding van de kosten van het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

### Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- 10% van de kosten voor een implantaatgedragen prothese voor de onderkaak;
- 8% van de kosten voor een implantaatgedragen prothese op de bovenkaak;
- 25% van de kosten voor een normale gebitsprothese;
- 10% van de kosten voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

---

### Eigen bijdrage (gebits)prothese

U hebt recht op vergoeding van de kosten van een (gebits)prothese voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt hiervoor een eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor de kosten van het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (mesostructuur). Een mesostructuur is de niet uitneembare constructie tussen implantaten en het kunstgebit (het kliksysteem). De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering hebt.

Voor een implantaat voor een volledige gebitsprothese als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt, zie artikel 30.2.

### Let op

Naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

---

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, tandarts-implantoloog of tandprotheticus. De tandprotheticus mag de gebitsprothese op implantaten alleen onder de medische verantwoordelijkheid van een tandarts of tandarts-implantoloog leveren. Uw tandarts of tandarts-implantoloog brengt in dat geval de kosten in rekening.

### Toestemming

1. U hebt vooraf onze toestemming nodig voor een conventionele (normale) gebitsprothese:
  - a. als de totale kosten (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:
    - € 675 voor een boven- of onderkaak;
    - € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen;
  - b. als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen;
2. U hebt vooraf onze toestemming nodig voor:
  - a. een gebitsprothese op implantaten;
  - b. het rebasen (opvullen) of repareren van een gebitsprothese op implantaten;
  - c. een steg of drukknoepen (mesostructuur).

De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## FARMACEUTISCHE ZORG

### Artikel 33. Geneesmiddelen

#### Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Deze zorg omvat ook:

- terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;
- terhandstelling en begeleidingsgesprek van een voor u nieuw receptplichtig geneesmiddel;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

#### Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de werkzame stoffen waarvoor wij voorkeursgeneesmiddelen hebben aangewezen, hebt u recht op vergoeding van de kosten van levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U vindt de door de minister aangewezen geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

#### Voorkeursgeneesmiddelen (preferente geneesmiddelen)

Wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als voorkeursgeneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen met specifieke toedieningsweg bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en specifieke toedieningsweg niet, hebt u aanspraak op vergoeding van de kosten van de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maakt u geen gebruik van voorkeursgeneesmiddelen, dan vergoeden wij deze in principe niet. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het voorkeursmiddel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op vergoeding van de kosten van een ander geneesmiddel.

Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie. U vindt de lijst met aangewezen geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg op onze website.

---

#### Voorkeursbeleid geneesmiddelen (preferentiebeleid)

Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursgeneesmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Het verplicht en vrijwillig eigen risico gelden niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, de begeleiding bij nieuwe medicatie of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van het eigen risico.

---

### Zelfzorgmiddelen

U hebt recht op vergoeding van de kosten van zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan 6 maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van laxeremiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

### Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U hebt recht op vergoeding van de kosten van niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U hebt recht op vergoeding van de kosten van de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apothekerbereidingen;
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:

- farmaceutische zorg voor een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
- voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
- advies farmaceutische zelfzorg;
- advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
- advies ziekterisico bij reizen;
- farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- preventieve reisgeneesmiddelen en reisivaccinaties;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet door de minister van VWS is aangewezen;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties die bij Regeling zorgverzekering zijn uitgesloten. U vindt de Regeling zorgverzekering op onze website.

### Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

---

#### Eigen bijdrage geneesmiddelen

De minister van VWS bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Als u moet bijbetalen voor een medicijn, dan telt deze eigen bijdrage niet mee voor uw eigen risicobedrag. Kijk voor meer informatie op onze website. U kunt voor informatie ook terecht bij uw apotheker.

---

#### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Gebruikt u de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg? Dan geldt het eigen risico niet. Het eigen risico geldt ook niet voor de door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuveland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. U vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. U kunt ook kiezen voor andere longmedicatie, die niet als voorkeurslongmedicatie is geselecteerd. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie wel onder het eigen risico vallen. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apothekhoudend huisarts.

## Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

## Toestemming

1. U hebt vooraf onze toestemming nodig voor een aantal geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Wij kunnen de lijst met deze geneesmiddelen tussentijds aanpassen. U ontvangt hierover informatie. Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van [www.znformulieren.nl](http://www.znformulieren.nl) of een toestemmingsformulier van onze website downloaden en invullen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wilt inleveren, dan kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan vooraf toestemming vragen door het formulier rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

2. U hebt vooraf onze toestemming nodig voor de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- een aantal doorgeleverde apotheekbereidingen (op maat gemaakte medicijnen). Dit zijn bereidingen die een apotheek maakt en aan uw apotheek levert;
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd.

De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## Bijzonderheden

1. Add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren die zijn opgenomen in de G-standaard van de firma Z-Index worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

2. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, dagbehandeling of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

---

## Anticonceptiemiddelen

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.

Bent u 21 jaar of ouder? U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van anticonceptiemiddelen als u deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Als u geen recht hebt op deze vergoeding, dan krijgt u de kosten van het anticonceptiemiddel mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op vergoeding van de kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door een huisarts of een medisch specialist. Voor het plaatsen of verwijderen van een spiraaltje mag u ook naar een daartoe gecertificeerde verloskundige.

---



## Artikel 34. Dieetpreparaten

### Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van deze dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- b. lijdt aan een voedselallergie;
- c. lijdt aan een resorptiestoornis;
- d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
- e. daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

---

### Voorkeursdrinkvoeding (voorkeursproducten)

Wij kunnen voor enkele groepen drinkvoeding waarop u recht hebt op basis van dit artikel, voorkeursproducten selecteren. Er is dan voorkeur voor lager geprijsde drinkvoeding (van een bepaalde fabrikant en/of een bepaald merk). U vindt de lijst met de door ons geselecteerde drinkvoeding in het Reglement farmaceutische zorg op onze website. Wij kunnen de lijst met geselecteerde drinkvoedingen (voorkeursproducten) op ieder moment wijzigen. U ontvangt hierover van ons informatie.

### Uw voordeel

Gebruikt u de door ons geselecteerde voorkeursdrinkvoeding? Dan hebt u een voordeel. Het verplicht en vrijwillig eigen risico gelden dan namelijk niet. U kunt ook kiezen voor andere drinkvoeding, die niet als voorkeursdrinkvoeding is geselecteerd. In dat geval geldt het verplicht en vrijwillig eigen risico wel.

---

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Gebruikt u de door ons als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg? Dan geldt het eigen risico niet. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Wie mag de dieetpreparaten leveren

Apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kunt u alleen terecht bij een medisch specialzaak ook wel een facilitair bedrijf genoemd.

### Let op

Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.

### Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan uw behandelend arts of diëtist een Verklaring dieetpreparaten van onze website downloaden en invullen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan de door uw arts of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten inleveren. Uw zorgaanbieder beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw zorgaanbieder wilt inleveren, dan kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de Verklaring dieetpreparaten rechtstreeks naar ons te (laten) sturen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

---

### Dieetproducten (geen vergoeding)

Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten vergoeden wij niet.

---

### Artikel 35. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

#### Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. U vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen op onze website. Bepaalde groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement hulpmiddelen kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie), verstrekken wij in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. Bruikleen betekent dat u het hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons of de zorgaanbieder een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u de volgende informatie:

- of u recht hebt op vergoeding van de kosten van het hulpmiddel in eigendom of dat u het hulpmiddel in bruikleen krijgt;
- de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- of u een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;
- of u vooraf onze toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, dan kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

---

#### Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten, dan kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Wij betalen de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

---

#### Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

#### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Voor hulpmiddelen in bruikleen geldt het eigen risico niet. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Wie mag de hulpmiddelen en verbandmiddelen leveren

Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.

In het Reglement hulpmiddelen vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

---

### Bruikleen

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een hulpmiddel in bruikleen? Houdt u er dan rekening mee dat u zeer waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen. U hebt in dat geval recht op vergoeding van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij betaald zouden hebben voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

---

### Verwijsbrief nodig van

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u een verwijzing nodig hebt. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

### Toestemming

In het Reglement hulpmiddelen vindt u voor welke hulpmiddelen u vooraf toestemming nodig hebt. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

### Bijzonderheden

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij ons indienen.
2. U kunt toestemming krijgen voor vergoeding van de kosten van een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen hebt ontvangen kan controle plaatsvinden. Als wij van oordeel zijn dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

## VERBLIJF IN EEN INSTELLING

### Artikel 36. Verblijf

#### Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg (artikel 11), verloskundige zorg (artikel 13.1), medisch specialistische zorg (artikelen 14 tot en met 21), gespecialiseerde GGZ (artikel 24) en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (mondzorg, artikel 30 en artikel 31) zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.

Verblijf is ook mogelijk voor verzekerden jonger dan 18 jaar die intensieve kindzorg nodig hebben zoals omschreven in artikel 12, Verpleging en verzorging.

#### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Waar mag het verblijf plaatsvinden

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling of in een revalidatie-instelling.

Eerstelijnsverblijf mag plaatsvinden in een instelling waar de geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten wordt verleend.

Het verblijf in verband met intensieve kindzorg mag plaatsvinden in een kindzorghuis.

#### Op voorschrift van

Huisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Voor verblijf in verband met intensieve kindzorg mag een kinderarts of kinderverpleegkundige, niveau 5 een voorschrift afgeven.

Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg of medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 31, Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

### Toestemming

U hebt vooraf alleen onze toestemming nodig voor verblijf in verband met medisch specialistische zorg (artikel 14), revalidatie (artikel 15.1), plastische en/of reconstructieve chirurgie (artikel 19), gespecialiseerde GGZ (artikel 24) en mondzorg (artikel 30 en 31) als dit in het betreffende zorgartikel is aangegeven. Kijk voor meer informatie in het betreffende zorgartikel.

### Bijzonderheden

1. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen) bedoeld in dit artikel onder omschrijving. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar.
2. Hebt u op 31 december 2016 op grond van een indicatiebesluit van het CIZ recht op eerstelijnsverblijf als bedoeld in artikel 1.2, tweede lid, van de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2016? Dan hebt u recht op voortzetting van de zorg bij dezelfde zorgaanbieder. De voortzetting van de zorg geldt vanaf de ingangsdatum van het indicatiebesluit voor een periode van 3 jaar bij eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg.

Als uw gezondheidssituatie wijzigt waardoor de zorgzwaarte wijzigt, dan hebt u een voorschrift nodig zoals in dit artikel vermeld.

## ZIEKENVERVOER

### Artikel 37. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

#### Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van:

1. medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Tijdelijke Wet ambulancezorg over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
  - a. naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
  - b. naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz gaat verblijven;
  - c. als u jonger bent dan 18 jaar, naar een zorgaanbieder bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
  - d. vanuit een Wlz-instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 1b, naar:
    - een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
    - een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
  - e. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a tot en met d;
2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

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

---

#### Wanneer komt u in aanmerking voor zittend ziekenvervoer op basis van een visuele handicap?

Uw visuele handicap moet dusdanig zijn, dat u niet in staat bent om met openbaar vervoer te reizen. Dit wordt onder andere bepaald door uw visus (gezichtsscherpte) en door uw gezichtsveld. U hebt recht op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer, als uw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,1 of wanneer u een gezichtsveld hebt van minder dan 20 graden. Het kan ook voorkomen dat u een combinatie hebt van een slechte visus en een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. In dat geval is een individuele beoordeling nodig, om uw recht op vergoeding van de kosten van vervoer te kunnen beoordelen.

---

- e. u bent jonger dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid (intensieve kindzorg);
- f. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.

---

#### Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250. Bijvoorbeeld: u moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer (km). Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

---

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vergoeding van de kosten van vervoer van 2 begeleiders toestaan.

#### Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 101 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

#### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Wie mag het ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer verzorgen

1. Ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Zittend ziekenvervoer:
  - taxivervoerder;
  - openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;
  - eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,30 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

#### Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. Voor zittend ziekenvervoer zoals vermeld onder omschrijving, punt 2e (intensieve kindzorg) hebt u een voorschrift nodig van de kinderarts of kinderverpleegkundige, niveau 5.

U hebt geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

#### Toestemming

U hebt alleen vooraf onze toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer. U kunt deze toestemming aanvragen met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer. Dit formulier vindt u op onze website.

Toestemming voor zittend ziekenvervoer voor nierdialyses en oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie kunt u ook telefonisch aanvragen via de vervoersdesk. De toestemming voor zittend ziekenvervoer zoals omschreven onder omschrijving punt 2e (intensieve kindzorg) van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindersorghuis kunt u ook telefonisch aanvragen via de vervoersdesk. Kijk voor het telefoonnummer van de vervoersdesk op onze website.

#### Bijzonderheden

1. Als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
2. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel.

### Artikel 38. Zorgadvies en bemiddeling

#### Omschrijving

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de zorgverzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

## III. Begripsomschrijvingen

**Acute zorg:** als acute zorg, ofwel cruciale zorg kan worden aangemerkt wat is opgenomen in het Besluit beschikbaarheid-bijdrage Wmg. Het betreft ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang GGZ. Als het zorg betreft die in het buitenland wordt verleend dan betreft acute zorg ook zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd.

**CAK:** Centraal Administratie Kantoor.

**Collectieve overeenkomst:** een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

**Diagnose-behandelcombinatie (dbc):** een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

**Eigen bijdrage:** een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op vergoeding van de kosten van zorg, dat u zelf moet betalen voordat u recht hebt op vergoeding van de kosten van het resterende deel van de zorg.

**Eigen risico:**

1. verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat u zelf moet betalen;
2. vrijwillig eigen risico: een door u als verzekeringnemer met de zorgverzekeraar als onderdeel van de zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat u zelf moet betalen.

**Europese Unie en EER-lidstaat:** hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechoë, het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

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

**Geboortecentrum:** eerstelijns geboortecentrum voor het faciliteren van natale zorg (zorg tijdens de bevalling) en post-natale zorg (zorg gedurende de eerste 10 dagen na de bevalling), waarvan het beheer en de exploitatie wordt uitgevoerd door aanbieders van eerstelijns geboortezorg. Het beheer en exploitatie van het eerstelijns geboortecentrum kan ook worden uitgevoerd door zorgaanbieders anders dan eerstelijns verloskundigen, zoals kraamzorginstanties.

**GGZ:** Geestelijke gezondheidszorg.

**GGZ-instelling:** instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening en als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI).

**Instelling:**

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

**IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie:** een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt de IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie aangeduid met 'de zorgverzekering'.

**KNMG:** de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) is een federatie van beroepsverenigingen van artsen en de vereniging De Geneeskundestudent en behartigt de belangen van artsen in Nederland.

**NZa:** Nederlandse zorgautoriteit.

**Schriftelijk:** waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'.

**Toestemming (machtiging):** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

**U:** verzekeringnemer en/of verzekerde.

**Verblijf:** verblijf met een duur van 24 uur of langer.

**Verdragsland:** een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaap-Verdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

**Verzekerde:** degene voor wie het risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad van de zorgverzekeraar staat.

**Verzekeringnemer:** degene die met de zorgverzekeraar een zorgverzekering heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

**Verzekeringsplichtige:** degene die op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

**Verzekeringsvoorwaarden IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie / verzekeringsvoorwaarden:** de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet van de zorgverzekeraar.

**Wlz:** Wet langdurige zorg.

**Wmg-tarieven:** tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

**Ziekenhuis:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

**Zorg:** zorg of overige diensten.

**Zorgaanbieder:** de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent zoals omschreven in artikel 1, aanhef en sub c, onderdeel 1 van de Wmg. Onder zorgaanbieder worden ook verstaan alle behandelaars die voor de levering van de zorg worden ingeschakeld voor rekening en risico van de zorgaanbieder.

**Zorgartikel:** artikel dat betrekking heeft op bepaalde zorg. Zie hoofdstuk II, Zorgartikelen.

**Zorgpolis:** de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd. De zorgpolis bestaat uit een polisblad en deze verzekeringsvoorwaarden.

**Zorgverzekeraar, de/VGZ voor de Zorg:** VGZ voor de Zorg N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09143315. VGZ voor de Zorg is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12001039. In deze verzekeringvoorwaarden wordt VGZ voor de Zorg aangeduid met 'wij' en 'ons'

**Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet waarvan deze voorwaarden een integraal en onlosmakelijk deel uitmaken.



## Deel 2

# Aanvullende verzekeringen

# I. Algemeen gedeelte

## Artikel 1. Verzekerde zorg

### 1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

### 1.2. Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs

Gaat u naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan worden de kosten van zorg vergoed op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

Gaat u naar een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan kan het zijn dat u (een deel van) de rekening zelf moet betalen. Dit kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden. De maximale vergoeding vindt u in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders'. Deze lijst vindt u op onze website.

### 1.3. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Voor een aantal vormen van zorg hebben we zorgaanbieders gecontracteerd, aangewezen of erkend. Alleen deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgaanbieders vindt u op onze website.

### 1.4. Hoe maakt u aanspraak op vergoeding?

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks.

Als u zelf een nota hebt ontvangen, dan kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. We nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige manier zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historische rates van [www.XE.com](http://www.XE.com). Hierbij gaan we uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

---

#### Online declareren

U kunt gebruikmaken van onze online declaratieservice. Ga naar 'Mijn IZZ Zorgverzekering' en volg daar de uitleg voor online declareren. Na het indienen van de declaratie vragen wij u de originele nota een jaar te bewaren.

Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

---

### 1.5. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

### 1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw aanvullende verzekering(en) of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

### 1.7. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of een schriftelijke toestemming vooraf nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

#### Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

#### Toestemming

U hebt in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, dan hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

### 1.8. Wanneer hebt u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

### 1.9. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet op tijd betalen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen die of eigen risico dat u, verschuldigd bent op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wlz, als de verzekerde voor deze wet verzekerd was;
- (vergoeding van kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van een zorgverzekering volgens de Zorgverzekeringswet of een daarmee overeenkomende ziektekostenverzekering;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wlz, de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. Zie onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;

- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie die zich binnen Nederland voordoet, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid.

### 1.10. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van een of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorisme-dekking van de NHT.

---

#### Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

---

## Artikel 2. Algemene bepalingen

### 2.1. Grondslag van de aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven.

### 2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke manier aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Na het sluiten van de verzekeringsovereenkomst ontvangt u van ons zo snel mogelijk een polis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe polis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten verzekeringen vermeld.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen. De aanvullende verzekeringen vallen onder "Pakketten" of "Kies zelf".

#### Pakketten:

Pakket "IZZ Zorg voor de Zorg": hoofdstuk II;

- IZZ Zorg voor de Zorg: hoofdstuk II, artikelen 1 t/m 56;
- IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 1: hoofdstuk II, artikelen 1 t/m 56;
- IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 2: hoofdstuk II, artikelen 1 t/m 56;
- IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 3: hoofdstuk II, artikelen 1 t/m 56;

Pakket "IZZ Bijzonder Bewust": hoofdstuk III, artikelen 1 t/m 5.

#### Kies zelf:

- IZZ Fysio Goed; hoofdstuk IV, artikel 1;
- IZZ Fysio Beter; hoofdstuk IV, artikel 1;
- IZZ Buitenland Europa; hoofdstuk IV, artikelen 2 en 3
- IZZ Buitenland Wereld: hoofdstuk IV, artikelen 2 en 3;
- IZZ Tand Goed; hoofdstuk IV, artikel 4;
- IZZ Tand Beter; hoofdstuk IV, artikel 4.

Tenzij uit enige bepaling anders blijkt, zijn hoofdstuk I en V op alle verzekeringen van toepassing.

---

In de vergoedingstabellen van hoofdstuk II t/m IV worden de namen van de verschillende pakketten en Kies zelf-modules zonder IZZ vermeld.

---

### 2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders;
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera.
- Het Reglement Gezichtshulpmiddelen

Deze documenten vindt u op onze website.

### 2.4. Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Als u fraude pleegt, dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit persoonsgegevens en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken. Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) en medepleger(s):

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

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie en opsporingsinstanties.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat wij uw aanvullende verzekering kunnen beëindigen. U kunt in dat geval gedurende een periode van acht jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

### 2.5. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekering(en). Uw persoonsgegevens worden opgenomen in onze verzekerdenadministratie.

#### Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controles en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- werving voor deze verzekering en werving voor eigen en gelijksoortige diensten en producten en daarbij behorende marketingactiviteiten (tot 1 jaar na beëindiging van de verzekeringsovereenkomst).
- voor gegevensuitwisseling met Stichting IZZ en/of IZZ BV ten behoeve van marketingactiviteiten voor diensten en producten van Stichting IZZ.

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring van Coöperatie VGZ UA. U vindt de gedragscode en de Privacy Verklaring op onze website.

Wij zijn verplicht uw burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beide vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).

Wilt u meer informatie, uw persoonsgegevens inzien, corrigeren of verzet aantekenen? U kunt hiervoor bij de functionaris voor de gegevensbescherming (FG) terecht via het emailadres op onze website onder het kopje 'privacy'.

---

#### Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij uw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw aanvullende verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

---

### 2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving.

### 2.7. Bedenkperiode

Bij de totstandkoming van de aanvullende verzekering(en), hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

### 2.8. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

## Artikel 3. Premie

### 3.1. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekeringen.

Voor de verzekeringnemer die niet (meer) deelneemt aan een collectieve overeenkomst is een premietoeslag van toepassing op de premie van de Extra 3 voor iedere premiebetalende verzekerde. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden.

### 3.2. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

3.2.1. U bent als verzekeringnemer verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage op de bij aanmelding overeengekomen manier voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.

3.2.2. U betaalt de premie, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

#### Kosteloze betaalmogelijkheden

- U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.3);
- U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal;
- Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

### **Kosten voor betaling per papieren factuur**

Als u geen gebruikmaakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, dan betaalt u € 1,50. Dit bedrag is voor alle kosten die wij maken voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruikmaakt van de papieren factuur.

U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

- 3.2.3.** Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatisch incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een papieren factuur. Als wij ervoor kiezen u een papieren factuur te sturen, dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

### **3.3. Verrekening**

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van ons te ontvangen bedrag.

### **3.4. Niet-tijdig betalen**

- 3.4.1.** Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de aanvullende verzekering te beëindigen, als u niet op tijd betaalt. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan (kunnen) de aanvullende verzekering(en) weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. De aanvullende verzekering(en) wordt (worden) met terugwerkende kracht hersteld.
- 3.4.2.** Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:
- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
  - incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.4.3.** Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.4.4.** Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.4.5.** Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd hebt betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

## **Artikel 4. Overige verplichtingen**

### **U bent verplicht:**

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
  - medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering(en);
  - de zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
  - ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt) scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.
- Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

## Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

### 5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

### 5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering in uw nadeel wijzigen, kunt u de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt als verzekeringnemer in ieder geval gedurende een maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepaling.

## Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering

### 6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering van ons aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

### 6.2. Toelating en keuze van de aanvullende verzekering

#### 6.2.1. Toelating voor de aanvullende verzekering

U kunt de aanvullende verzekering als aanvulling op de zorgverzekering van ons sluiten. Er geldt geen medische selectie. Alle verzekerden van 18 jaar en ouder die op de polis staan kunnen een aanvullende verzekering naar keuze afsluiten. Verzekerde kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering(en) als de verzekeringnemer.

#### 6.2.2. Mogelijke keuzes

Verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen een aanvullende verzekering(-scombinatie) onder Pakketten of Kies zelf kiezen. Combinaties van aanvullende verzekeringen onder Pakketten en Kies zelf zijn niet mogelijk.

#### Pakketten:

U kunt kiezen uit het pakket "IZZ Zorg voor de Zorg" en het pakket "IZZ Bijzonder Bewust".

Bij het pakket "IZZ Zorg voor de Zorg" geldt voor de aanvullende verzekeringen het volgende:

- Extra 1, Extra 2 of Extra 3 kan alleen in combinatie met de IZZ Zorg voor de Zorg gesloten worden;
- u moet een keuze maken tussen Extra 1, Extra 2 of Extra 3.

#### Kies zelf:

Wanneer u een aanvullende verzekering onder 'Kies zelf' afsluit, geldt het volgende:

- u kunt maximaal drie aanvullende modules kiezen;
- u kunt voor IZZ Fysio en IZZ Tand kiezen uit 'Goed' en 'Beter'. Voor IZZ Buitenland kunt u kiezen uit 'Europa' en 'Wereld'.

#### 6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt van aanvullende verzekering wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1 en 6.2.2 is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2018 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2018.

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van de aanvullende verzekering binnen de IZZ Zorgverzekering. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van de vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. In de berekening van de hoogte van de vergoeding waarop u aanspraak kunt maken, tellen deze eerder uitgekeerde vergoedingen mee.



### 6.3. Einde van rechtswege

De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk twee maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stoppen met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekeringen. Wij informeren u hierover uiterlijk drie maanden van te voren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden. Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

### 6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering opzeggen?

#### 6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

#### 6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van de IZZ Basisverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt, op voorwaarde dat wij de opzegging ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

#### 6.4.3. Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering zoals bedoeld in artikel 6.4.1 en 6.4.2 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering op te zeggen.

### 6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- a. als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.4;
- b. als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- c. als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel(kunnen) leiden;
- d. als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken.

In die gevallen beschreven onder a t/m d kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

## Artikel 7. Klachten en geschillen

### 7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

---

#### Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waar u ontevreden over bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
  - Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
  - Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.
-

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl). U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

### 7.2. e-Court

Als u premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet tijdig hebt betaald, kunnen wij een procedure starten bij de Stichting e-Court. Als u een oproep voor een procedure bij e-Court hebt ontvangen, kunt u een maand bezwaar maken tegen deze procedure. In dat geval starten wij een procedure bij de burgerlijke rechter, tenzij u het geschil voorlegt aan de SKGZ. De wettelijke regels en het procesreglement zijn op de procedure bij e-Court van toepassing. U vindt deze op [www.e-court.nl](http://www.e-court.nl).

### 7.3. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorg-autoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl). Op de website van de Nederlandse Zorg-autoriteit, [www.nza.nl](http://www.nza.nl), is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

## Artikel 8. Zorg- en wachtlijstbemiddeling

U hebt aanspraak op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachtlijst voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. Als sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kunt u een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en Bemiddeling kunt u bereiken via onze website.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg, denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u de mogelijkheden.

## II. Pakket

IZZ Zorg voor de Zorg,

IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 1,

IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 2,

IZZ Zorg voor de Zorg + Extra 3.

### ALTERNATIEVE ZORG

#### Artikel 1. Behandelingen en/of consulten

##### Omschrijving

Behandelingen en/of consulten die vallen onder de volgende stromingen:

- acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
- antroposofische alternatieve geneeswijzen;
- homeopathie;
- natuurgeneeswijzen;
- psychosociale zorg.

##### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. U vindt een overzicht van de door ons aangewezen zorgaanbieders op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

##### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	maximaal € 200 per kalenderjaar; voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 200 per kalenderjaar; voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 500 per kalenderjaar; voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag

##### Bijzonderheden

- Onder alternatieve zorg verstaan wij niet de consulten en (groeps)behandelingen voor:
  - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
  - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
  - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
  - relatietherapie;
  - schoonheidsbevordering;
  - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen;
  - Celtherapie en Chelatietherapie.
- Wij vergoeden de kosten niet voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, school-psychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.
- Hebt u klachten aan uw bewegingsapparaat? Kijkt u dan in artikel 34, Alternatieve bewegingstherapie.

## Artikel 2. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

### Omschrijving

Homeopathische en antroposofische middelen die volgens de Geneesmiddelenwet als homeopathische geneesmiddelen worden aangemerkt.

### Wie mag de middelen leveren

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

### Recept (voorschrift)

Een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	€ 100 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 2	€ 100 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	€ 300 per kalenderjaar

## ANTICONCEPTIE

### Artikel 3. Anticonceptie

### Omschrijving

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering verstrekt mogen worden zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

### Wie mag het middel verlenen

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

### Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	
Zorg voor de Zorg + Extra 1	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)
Zorg voor de Zorg + Extra 2	
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

### Bijzonderheden

1. Per voorschrift bestaat aanspraak op de anticonceptiepil voor een periode van een jaar.
2. Verzekerden jonger dan 21 jaar hebben op grond van de zorgverzekering aanspraak op anticonceptiemiddelen.
3. De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje worden vergoed vanuit uw zorgverzekering.

## BUITENLAND

### Artikel 4. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

#### Omschrijving

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit uw zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U hebt recht op vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Bij opname in een ziekenhuis en/of langdurige medische behandeling moet u de VGZ voor de Zorg Alarmcentrale inschakelen. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en onze website. Zonder inschakeling van de VGZ voor de Zorg Alarmcentrale hebt u voor een opname in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling geen recht op vergoeding. Onder ziekenhuisopname verstaan wij een behandeling van één of meer nachten in een ziekenhuis/instelling.

#### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	volledig op basis van werelddekking
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig op basis van werelddekking
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig op basis van werelddekking

### Artikel 5. Repatriëring

#### Omschrijving

Uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

#### Wie mag de repatriëring verzorgen

VGZ voor de Zorg Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en onze website.

#### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	volledig op basis van werelddekking
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig op basis van werelddekking
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig op basis van werelddekking

#### Bijzonderheden

De VGZ voor de Zorg Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

## Artikel 6. Wettelijke bijdragen in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

### Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten voor de in het betreffende EU-/ EER-land of verdragsland van toepassing zijnde wettelijke bijdragen voor niet-spoedeisende zorg volgens de wettelijke regeling van dat land. Zoals remgelden in België en Selbstbeteiligung of Praxisgebühr in Duitsland. De vergoeding van die zorg moet plaatsvinden op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of het socialezekerheidsverdrag.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	maximaal € 1.000 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 1.000 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 1.000 per kalenderjaar

## HUIDBEHANDELINGEN

### Artikel 7. Acnebehandeling

#### Omschrijving

Behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

#### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

#### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

#### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 200 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 200 per kalenderjaar

### Artikel 8. Camouflagetherapie

#### Omschrijving

Behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, wijnvlekken en donkere of lichte vlekjes in de huid, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

#### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

#### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 200 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 200 per kalenderjaar

## Artikel 9. Ontharen

### Omschrijving

Behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat.

### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 570 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 570 per kalenderjaar

## Artikel 10. Psoriasisbehandeling

### Omschrijving

Behandeling gericht op het bestrijden van de chronische huidziekte psoriasis door middel van balneotherapie. Er moet sprake zijn van een ernstige vorm van psoriasis.

### Wie mag de zorg verlenen

Een in psoriasis gespecialiseerd dagbehandelingscentrum.

### Verwijsbrief nodig van

Dermatoloog.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 910 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 910 per kalenderjaar

### Bijzonderheden

Aanspraak op lichttherapie in de thuissituatie en andere vormen van therapie voor de bestrijding van psoriasis is opgenomen in uw zorgverzekering.

## HULPMIDDELEN

### Artikel 11. Brillen en contactlenzen

#### Omschrijving

U hebt eenmaal per 3 kalenderjaren de keuze uit:

1. Een enkelvoudige of multifocale complete bril op sterkte geleverd door een door ons gecontracteerde leverancier volgens het Reglement gezichtshulpmiddelen **of**;
2. Een tegemoetkoming in de kosten van aanschaf van een bril op sterkte bij een opticien of optiekbedrijf waarmee wij voor deze zorg geen overeenkomst hebben gesloten **of**;
3. Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen op sterkte geleverd door een opticien of optiekbedrijf naar keuze **of**;
4. Als u jonger bent dan 18 jaar vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen of filterglazen als deze glazen zijn verstrekt ten laste van de zorgverzekering.

#### Wie mag de zorg verlenen

Opticien of optiekbedrijf.

#### Vergoeding eenmaal per 3 kalenderjaren voor de onder Omschrijving punt 1 tot en met 4 genoemde zorg

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Een enkelvoudige of multifocale bril uit het basisassortiment van onze gecontracteerde leveranciers</li><li>2. Maximaal € 50</li><li>3. Maximaal € 50</li><li>4. Volledige vergoeding</li></ol>
Zorg voor de Zorg + Extra 2	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Een enkelvoudige of multifocale bril uit het uitgebreide assortiment van onze gecontracteerde leveranciers</li><li>2. Maximaal € 100</li><li>3. Maximaal € 100</li><li>4. Volledige vergoeding</li></ol>
Zorg voor de Zorg + Extra 3	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Een enkelvoudige of multifocale bril uit het uitgebreide assortiment van onze gecontracteerde leveranciers</li><li>2. Maximaal € 200</li><li>3. Maximaal € 200</li><li>4. Volledige vergoeding</li></ol>

#### Bijzonderheden

1. De door ons gecontracteerde leveranciers en hun assortiment vindt u in het Reglement gezichtshulpmiddelen.
2. De kosten van het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten, maken onderdeel uit van de aanschaf;
3. De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril of lenzen hebt gekocht en de hieraan voorafgaande 2 kalenderjaren.

---

Hebt u in 2016 kosten voor een bril, brillenglazen en/of lenzen gedeclareerd en hebt u nog een restbudget? Dan blijven voor u de verzekeringsvoorwaarden 2016 gelden tot 1 januari 2019.

---



## Artikel 12. Ooglaserbehandeling of lensimplantaties

### Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van een ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. De vergoeding geldt ook voor de meerkosten van een multifocale of torische lens bij een cataractoperatie (staaroperatie).

### Wie mag de zorg verlenen

Oogarts.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	maximaal € 100 per 3 kalenderjaren
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 200 per 3 kalenderjaren
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 340 per 3 kalenderjaren

## Artikel 13. Batterijen van hoortoestellen

### Omschrijving

Batterijen voor een hoortoestel.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig, voor maximaal twee hoortoestellen
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig, voor maximaal twee hoortoestellen

## Artikel 14. Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

### Omschrijving

U heeft recht op een vergoeding van de kosten van een hand- en/of vingerspalk. De hand- en/of vingerspalk wordt tijdelijk ingezet als onderdeel van een behandeling om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.

### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig, maximaal 2 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

### Bijzonderheden

1. De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of uw spalk voor vergoeding in aanmerking komt.
2. De kosten van een spalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport, vergoeden wij niet.

## Artikel 15. Eenvoudige loopkrukken

### Omschrijving

Eenvoudige loopkrukken.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	
Zorg voor de Zorg + Extra 1	maximaal € 25
Zorg voor de Zorg + Extra 2	
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

### Wie mag de krukken leveren

Leverancier van hulpmiddelen

## Artikel 16. Mammaprothese

### Omschrijving

Artikelen die u gebruikt na een borstamputatie. Het betreft de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH, een prothese badpak en een zwemprothese. Hieronder vallen ook de benodigde schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van de plakstrips.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 50 per twee kalenderjaren
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 50 per twee kalenderjaren

### Bijzonderheden

U krijgt alleen een vergoeding als aanspraak bestaat op een mammaprothese op grond van uw zorgverzekering.

## Artikel 17. Pruiken of mutssja's

### Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten die voor rekening van de verzekerde komen in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. Het betreft hier het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en het bedrag zoals genoemd in de Regeling zorgverzekering.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 50 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 50 per kalenderjaar

### Bijzonderheden

1. U krijgt alleen een vergoeding als aanspraak bestaat op een pruik op grond van uw zorgverzekering.
2. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U vindt het document op onze website.
3. Als u een indicatie hebt voor een pruik, dan kunt u kiezen voor een tegemoetkoming in de kosten voor een pruik óf een tegemoetkoming in de kosten voor een mutssja.

## Artikel 18. Schoenen

### Omschrijving

U hebt de keuze uit een vergoeding voor:

1. aangepaste confectieschoenen;
2. inspectie en reparatie van (semi-)orthopedische schoenen vanaf de 10e maand na leveringsdatum.

### Wie mag de zorg verlenen

Oorspronkelijke leverancier.

### Vergoeding

	1. aangepaste confectieschoenen	2. inspectie en reparatie van (semi-)orthopedische schoenen
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 50 per paar	maximaal € 30 eenmalig
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 50 per paar	maximaal € 30 eenmalig

### Bijzonderheden

U krijgt alleen vergoeding als er sprake is van een indicatie voor orthopedische schoenen volgens de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U vindt het document op onze website.

## Artikel 19. Steunpessarium

### Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een steunpessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het steunpessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig

## Artikel 20. Steunzolen en therapiezolen

### Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van maatwerk inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U hebt ook recht op een tegemoetkoming in de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.

### Wie mag de steun- en therapiezolen leveren

Orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB) of werkplaats (SEMH-OIM) of podotherapeut.

SEMH staat voor Stichting Erkenningregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen.

Kijk voor informatie over de zorgaanbieders op onze website.

### Recept (voorschrift)

Huisarts, medisch specialist of podotherapeut.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 90 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 90 per kalenderjaar

## Artikel 21. Wekapparatuur/plaswekker

### Omschrijving

Vergoeding van de (huur)kosten van een plaswekker in verband met nachtelijk bedplassen voor verzekerden van 6 tot 18 jaar, inclusief de eventueel benodigde bandages. U hebt recht op één plaswekker voor de hele looptijd van de verzekering.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 175
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 175

### Wie mag de plaswekker leveren?

U kunt een plaswekker kopen of huren bij een leverancier van plaswekkers.

## MANTELZORG

## Artikel 22. Mantelzorgmakelaar

### Omschrijving

Een mantelzorgmakelaar zorgt tijdelijk voor professionele ondersteuning van de mantelzorger. Een mantelzorgmakelaar kan in overleg met de mantelzorger tijdelijk en ter voorkoming van overbelasting regeltaken op het gebied van zorg, welzijn of financiën overnemen. De mantelzorger houdt de regie. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

### Wie mag de zorg verlenen

Voor vragen over mantelzorg kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar ingeschreven in het landelijk Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaars van de Beroepsvereniging voor Mantelzorgmakelaars (BMZM). Gaat u zonder verwijzing van onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling naar een mantelzorgmakelaar? Of gaat u naar een mantelzorgmakelaar die niet als zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar is ingeschreven in het landelijk Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaar van de BMZM? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 500 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

### Bijzonderheden

De diensten die een mantelzorgmakelaar verleent, komen eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De verleende diensten kunnen niet worden gedeclareerd door zowel de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt.

## Artikel 23. Vervangende mantelzorg

### Omschrijving

Een tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De gecontracteerde organisatie bepaalt of een vervangende mantelzorger kan voorzien in uw zorgvraag. De vervangende mantelzorg kan aangevraagd worden voor een minimum van drie dagen.

### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van vervangende mantelzorg kunt u contact opnemen met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Het telefoonnummer vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	maximaal 9 dagen per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

### Bijzonderheden

Voor meer informatie over mantelzorg en vervangende mantelzorg kunt u contact opnemen met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling.

## MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

## Artikel 24. Buikwandcorrectie

### Omschrijving

Correctie van de buikwand.

### Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

### Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 2.500 voor de gehele looptijd van de verzekering

### Indicatie

Een overhangende buikhuidplooi waarbij de plooi – aan de binnenzijde gemeten – 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aannemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte. Uw BMI is maximaal 30. Voor een buikwandcorrectie na bariatrische chirurgie mag uw BMI niet hoger zijn dan 35 ( $BMI \leq 35$ ).

De body mass index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte). Voorbeeld: u weegt 85 kilogram en u bent 1.75 meter lang. Uw BMI is dan  $85 \text{ gedeeld door } (1,75 \times 1,75) = 85 \text{ gedeeld door } 3,0625 = 27,76$ . Dit is afgerond 28.

### Bijzonderheden

Als u aanspraak kunt maken op een vergoeding uit uw zorgverzekering dan geldt deze vergoeding niet.

## Artikel 25. Flapoorcorrectie

### Omschrijving

Correctie van uitstaande oorschelpen (flaporen) voor verzekerden tot en met 12 jaar.

### Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

### Vergoeding

	gecontracteerde zorgaanbieder	niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig	€ 1500
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig	€ 1500

## Artikel 26. Ooglidcorrectie

### Omschrijving

Correctie van bovenoogleden of levatorplastiek.

### Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

### Indicatie

U hebt recht op een bovenooglidcorrectie of levatorplastiek:

- als de pupil eenderde wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u recht vooruit kijkt, of;
- als er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van het oog, of;
- bij aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

### Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld. Wij vragen u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder 'Indicatie', goed zichtbaar is.

### Vergoeding

	gecontracteerde zorgaanbieder	niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig	€ 950
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig	€ 950

### Bijzonderheden

Als u aanspraak kunt maken op een vergoeding uit de zorgverzekering dan geldt de vergoeding uit de aanvullende verzekering niet.

## Artikel 27. Sterilisatie

### Omschrijving

Sterilisatie.

### Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist, of als het een vasectomie (sterilisatie van de man) betreft, een huisarts.

### Vergoeding

	gecontracteerde zorgaanbieder	niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig	maximaal €1500 voor sterilisatie voor vrouw; €800 voor sterilisatie voor man
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig	maximaal €1500 voor sterilisatie voor vrouw; €800 voor sterilisatie voor man

## MONDZORG

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkunde. Deze tarievenlijst met maximale tandheelkundige tarieven wordt opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

## Artikel 28. Algemene tandheelkundige zorg

### Omschrijving

Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Onder de algemene tandheelkundige zorg zijn de volgende prestaties opgenomen:

- consultatie en diagnostiek (C-codes);
- preventieve mondzorg (M-codes);
- verdoving (A- en B-codes);
- maken en beoordelen van foto's (X-codes);
- vullingen (V-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes);
- kaakgewrichtsbehandelingen (G-codes);
- chirurgische ingrepen (H-codes).

Onder tandheelkundige zorg verstaan we ook eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032).

### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, tandprotheticus en mondhygiënist. De tandprotheticus met wie wij een overeenkomst hebben gesloten en de mondhygiënist mogen zorg verlenen die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om eenvoudige extracties.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	maximaal € 200 per kalenderjaar. De kosten van gebitsreiniging vergoeden wij tot maximaal 60 minuten
Zorg voor de Zorg + Extra 1	maximaal € 450 per kalenderjaar. De kosten van gebitsreiniging vergoeden wij tot maximaal 60 minuten
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 450 per kalenderjaar. De kosten van gebitsreiniging vergoeden wij tot maximaal 60 minuten
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 750 per kalenderjaar. De kosten van gebitsreiniging vergoeden wij tot maximaal 60 minuten

### Bijzonderheden

Niet vergoed worden de kosten van:

- niet nagekomen afspraken;
- orthodontische zorg;
- uitwendig bleken (E97 en E98);
- algehele narcose, sedatie en voorbereiding behandeling onder volledige narcose (A20 en C84).

## Artikel 29. Kronen, bruggen, implantaten, gedeeltelijke protheses en tandvleesbehandelingen

### Omschrijving

Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Onder deze zorg wordt verstaan:

- kronen, bruggen en opbouw (R-codes);
- implantaten in de niet-tandeloze kaak (J-codes);
- gedeeltelijke protheses (P-codes);
- tandvleesbehandelingen (T-codes).

De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan we ook implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, tandprotheticus en mondhygiënist. De tandprotheticus met wie wij een overeenkomst hebben gesloten en de mondhygiënist mogen zorg verlenen die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	80% tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	80% tot maximaal € 1.500 per kalenderjaar

### Bijzonderheden

Wij vergoeden niet de kosten van de in de Regeling zorgverzekering vastgestelde eigen bijdrage voor een volledig kunstgebit en/of een (vervangend) klikgebit (uitneembare volledige gebitsprothese) op implantaten.



## Artikel 30. Orthodontie

### Omschrijving

Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

### Wie mag de zorg verlenen

Orthodontist of tandarts.

### Vergoeding

	verzekerden jonger dan 18 jaar	verzekerden van 18 jaar en ouder
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	80% van de kosten	€ 125 voor de gehele looptijd van de verzekering
Zorg voor de Zorg + Extra 2	80% van de kosten	€ 250 voor de gehele looptijd van de verzekering
Zorg voor de Zorg + Extra 3	80% van de kosten	€ 500 voor de gehele looptijd van de verzekering

## PARAMEDISCHE ZORG

## Artikel 31. Fysiotherapie

### Omschrijving

Hieronder vallen de volgende therapieën:

- fysiotherapie;
- oefentherapie Cesar/Mensendieck;
- oedeemtherapie.

### Wie mag de zorg verlenen

- Fysiotherapie: fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut.  
Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en de manueel therapeut. De gespecialiseerde fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of in het register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
- Voor oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/ Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut).
- Oedeemtherapie: oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.  
De oedeem(fysio)therapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of in het register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. U vindt deze lijst op onze website.

### Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website. Voor fysiotherapie vanwege a-specifieke lage rugklachten en fysiotherapie na vervanging van een heup of een knie maken wij speciale afspraken met een aantal zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie op onze website.

### Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	maximaal 16 behandelingen per kalenderjaar. Voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	maximaal 16 behandelingen per kalenderjaar. Voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal 25 behandelingen per kalenderjaar. Voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig. Voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar

### Bijzonderheden

#### Jonger dan 18 jaar

##### 1. Niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder) oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering.

#### 18 jaar en ouder

##### 2a. Chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen tot maximaal het aantal behandelingen van de door u afgesloten aanvullende verzekering. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist.

Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

##### 2b. Niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot maximaal het aantal behandelingen van de door u afgesloten aanvullende verzekering. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie).

##### 3. Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:

vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering.

##### 4. Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen):

vergoeding van de kosten van deze behandeling geldt vanaf de 38e behandeling. De eerste 37 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden, komen ten laste van de zorgverzekering.

##### 5. Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht:

vergoeding van de kosten van deze behandeling geldt vanaf de 13e behandeling. De eerste 12 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden, komen ten laste van de zorgverzekering.

#### Alle leeftijden

##### 6. Een screening, intake en onderzoek op dezelfde dag telt als 1 behandeling. Als een screening, intake en onderzoek niet op dezelfde dag plaatsvinden, dan telt dit als 2 behandelingen.

##### 7. U hebt geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie of ergotherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve zorg. Dit is zorg die zich richt op genezing en behandeling van arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen. Uitzondering hierop is de intake van de arbeidsfysiotherapeut als onderdeel van het protocol PPAW, zoals beschreven in artikel 33;
- re-integratietrajecten. Re-integratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

##### 8. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

## Artikel 32. Ergotherapie

### Omschrijving

Aanvullende vergoeding voor ergotherapie op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 10 behandeluren ergotherapie per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling op de vergoeding uit de zorgverzekering.

### Wie mag de zorg verlenen

Ergotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. U vindt deze lijst op onze website.

---

### Let op

Wij hebben voor ergotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

---

### Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

### Vergoeding

	<b>voor alle cursussen tezamen</b>
Zorg voor de Zorg	
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal 5 uur per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

## Artikel 33. Intake arbeidsfysiotherapie

### Omschrijving

Een (gedeeltelijke) vergoeding van de intake, als onderdeel van het Protocol Participatieve Werkaanpassing (PPAW). Dit protocol is een preventieprogramma dat door IZZ in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeuten (NVBF) is opgesteld voor de aanpak van arbeidsgerelateerde klachten

### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. U vindt een overzicht van de door ons aangewezen zorgaanbieders op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	Maximaal € 43,60 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

### Bijzonderheden

1. U hebt geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie of ergotherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:
  - arbocuratieve zorg. Dit is zorg die zich richt op genezing en behandeling van arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen. Voorbeelden hiervan zijn werkplekonderzoek en driegesprek als onder-

deel van het Protocol Participatieve Werkaanpassing (PPAW). Alleen het onderdeel Intake door de arbeidsfysiotherapeut als onderdeel van het Protocol Participatieve Werkaanpassing (PPAW), zoals beschreven in dit artikel, is hiervan uitgezonderd;

- re-integratietrajecten. Re-integratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

## Artikel 34. Alternatieve bewegingstherapie

### Omschrijving

Hieronder vallen de volgende bewegingstherapieën:

- chiropractie;
- osteopathie;
- manuele therapie E.S;
- (ortho)manuele geneeskunde;
- craniosacraaltherapie;
- haptotherapie;
- adem- en ontspanningstherapie Van Dixhoorn.

### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. U vindt een overzicht van de door ons aangewezen zorgaanbieders op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	maximaal € 150 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 400 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 600 per kalenderjaar

### Bijzonderheden

1. Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:
  - arbocuratieve- of re-integratietrajecten;
  - (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.
2. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

## Artikel 35. Voetbehandelingen

### Omschrijving

1. Podotherapie. Hieronder wordt verstaan behandelingen van voetafwijkingen, huid- en nagelaandoeningen, of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat die voortvloeien uit de voeten;
2. Voetbehandeling voor verzekerden met reumatoïde artritis;
3. Voetbehandelingen voor diabetici met zorgprofiel 1. Dit betreft behandelingen met het doel (pijn)klachten door huid- en nagelaandoeningen en/of overmatige druk op voet of nagels te verminderen om wonden te voorkomen. Deze voetbehandelingen omvatten geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

### Wie mag de zorg verlenen

Voor behandelingen genoemd onder omschrijving, punt 1: podotherapeut.

Voor behandelingen genoemd onder omschrijving, punt 2 en 3: podotherapeut of pedicure.

De podotherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVvP) en ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Een pedicure met aantekening 'Reumatische voet' (bij reumatische voet) of 'Diabetes voet' (bij diabetes voet), of medisch pedicure, die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

### Vergoeding

	voor punt 1, 2 en 3 samen
Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 90 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 180 per kalenderjaar

### Bijzonderheden

1. Voor vergoeding van de kosten van steunzolen en therapiezolen, zie artikel 20, Steunzolen en therapiezolen.
2. U hebt recht op bepaalde voetzorg bij diabetes mellitus op grond van uw zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2 en hoger. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.
3. Op de nota dient uw podotherapeut of pedicure het zorgprofiel te vermelden.

## PREVENTIEVE ZORG

### Artikel 36. Cursussen, voorlichting en trainingen

#### Omschrijving:

1. Cursussen die u voorbereiden op de bevalling en/of uw lichamelijke herstel bevorderen na de bevalling (tot maximaal 6 maanden na de bevalling) georganiseerd door een thuis- of kraamzorgorganisatie of verloskundige(-praktijk). Ook vergoeden wij deze cursussen als ze worden verzorgd door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die is aangesloten bij ZwangerFit®, een haptonoom die is aangesloten bij de Vereniging van Haptonomisch Zwangerschaps Begeleiders (VHZB), een yoga-docent die is aangesloten bij van de Vereniging Yogaleerkrachten Nederland (VYN), een cursusleider die is aangesloten bij de vereniging Samen Bevallen of een cursusleider die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor HypnoBirthing® Cursusleiders (NVHBC);
2. Het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger. Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap;
3. Cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, gewrichtsaandoeningen, kanker-, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of een thuiszorgorganisatie;
4. Therapeutisch zwemmen in groepsverband voor verzekerden met de chronische aandoening reumatoïde artritis of Bechterew of verzekerden met hartproblemen met als doel de conditie van verzekerden te verbeteren of op peil te houden. Georganiseerd door een patiëntenvereniging van reuma- en Bechterewpatiënten of een patiëntenvereniging van hartpatiënten die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie;
5. Cursussen Omgaan met dementie georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, de GGD of een GGZ instelling;
6. Cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de Nederlandse richtlijnen voor EHBO;
7. Reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR);
8. Cursus Valpreventie 'In Balance', 'Vallen Verleden Tijd' of 'Zicht op Evenwicht' door een gecontracteerd fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of ergotherapeut die beschikt over een certificaat valtraining of een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of een ergotherapeut met een certificaat valtraining verbonden aan een thuiszorginstelling.

---

Kijk voor de patiëntenverenigingen op [www.npcf.nl](http://www.npcf.nl).

---

### Vergoeding

	<b>voor alle cursussen tezamen</b>
Zorg voor de Zorg	
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 100 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

### Bijzonderheden

Na afloop van de cursus Valpreventie stuurt u ons een bewijs van deelname en de nota samen met een declaratie-formulier. De zorgaanbieder vermeldt op de nota dat hij beschikt over een certificaat valpreventie.

## Artikel 37. Sportmedisch advies

### Omschrijving

Vergoeding voor sportmedisch onderzoek en sportmedische begeleiding en sportkeuringen.

### Wie mag de zorg verlenen

Sportarts (medisch specialist).

### Bijzonderheden

Onder de zorgverzekering valt:

- inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding door sportartsen binnen een revalidatietraject;
- diagnostiek en behandeling van bepaalde blessures aan het houding-/bewegingsapparaat door (over)belasting door de sportarts.

Deze zorg krijgt u niet vergoed uit de aanvullende verzekering.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 150 per twee kalenderjaren*
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

\*De periode van 2 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een vergoeding hebt gekregen en het hieraan voorafgaande kalenderjaar.

## Artikel 38. Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie

### Omschrijving

Gaat u op reis naar het buitenland? Dan vergoeden wij de kosten van consulten, noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcon)-meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis.

### Wie mag de zorg verlenen

1. Travel (Health) Clinics verbonden aan een ziekenhuis. U kunt een overzicht van Travel (Health) Clinics die verbonden zijn aan een ziekenhuis vinden op onze website.
2. Vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een huisarts of arts die een LCR-registratie en gele koorts-registratie heeft.

U kunt op de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing ([www.lcr.nl](http://www.lcr.nl)) adressen vinden en zien of uw arts een LCR-registratie en gele koortsregistratie heeft.

De vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen mogen rechtstreeks door deze zorgaanbieders geleverd worden. Of door apotheekhoudende huisartsen en apotheken op voorschrift van de hiergenoemde zorgaanbieders.

Vergoeding	zorgaanbieders onder punt 1	zorgaanbieders onder punt 2
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	maximaal € 140 per kalenderjaar	75% tot € 140 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 140 per kalenderjaar	75% tot € 140 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 140 per kalenderjaar	75% tot € 140 per kalenderjaar

## Artikel 39. Zorg voor vrouwen in de overgang

### Omschrijving

Voorlichting aan, advisering en behandeling van vrouwen in de overgang.

### Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van vrouwen en hormonen.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	maximaal € 40 per consult tot maximaal 4 consulten voor de gehele looptijd van de verzekering
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

## Artikel 40. Diëtetiek

### Omschrijving

Voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden.

### Wie mag de zorg verlenen

Diëtist waarmee wij daartoe een contract hebben gesloten. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. U vindt deze lijst op onze website.

### Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	maximaal 1 behandeluur per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 1	
Zorg voor de Zorg + Extra 2	
Zorg voor de Zorg + Extra 3	

### Bijzonderheden

Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 3 uur diëtetiek. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop.

## Artikel 41. Gezondheidstest

### Omschrijving

Integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De gezondheidstest bestaat uit de volgende onderzoeken:

- algemene vragenlijst over uw gezondheid;
- meten bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index);
- bloedonderzoek: cholesterol en glucose;
- urineonderzoek: eiwit, bloed en glucose;
- longfunctietest;
- visusonderzoek;
- schriftelijke eindrapportage met een advies en de uitslag van de onderzoeken.

De gezondheidstest mag uitgebreid worden met:

- audiologische screening;
- fietstest;
- persoonlijk leefstijlgesprek.

### Wie mag de zorg verlenen

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Gaat u naar een andere zorgaanbieder? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Vergoeding

<u>Zorg voor de Zorg</u>	
<u>Zorg voor de Zorg + Extra 1</u>	75% tot maximaal € 200
<u>Zorg voor de Zorg + Extra 2</u>	
<u>Zorg voor de Zorg + Extra 3</u>	

### Bijzonderheden

U hebt geen recht op vergoeding van kosten voor:

- preventief medisch onderzoek naar kanker of andere ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen preventie of behandeling mogelijk is;
- preventief medisch onderzoek als onderdeel van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet;
- MRI-, CT-scans en zogenaamde total body scans.

Uit de nota moet blijken welke onderzoeken deel uitmaken van de gezondheidstest.

## Artikel 42. Lidmaatschap patiëntenvereniging

### Omschrijving

Tegemoetkoming in de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie en koepelorganisatie Ieder(in).

### Vergoeding

We vergoeden één lidmaatschap van een patiëntenvereniging tot:

<u>Zorg voor de Zorg</u>	
<u>Zorg voor de Zorg + Extra 1</u>	maximaal € 25 per kalenderjaar
<u>Zorg voor de Zorg + Extra 2</u>	
<u>Zorg voor de Zorg + Extra 3</u>	

### Bijzonderheden

Stuur ons een ingevuld declaratieformulier met een kopie van het bewijs van inschrijving en het betalingsbewijs.



## PSYCHOLOGISCHE ZORG

### Artikel 43. Mindfulness bij burn-out klachten vanaf 18 jaar

#### Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van een 8 weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Bij deze therapieën wordt de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie gecombineerd met meditatie en yoga.

#### Wie mag de zorg verlenen

Mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) en vallend onder categorie 1. U kunt deze trainers vinden op de website van deze vereniging ([www.vmbn.nl](http://www.vmbn.nl)).

#### Indicatie

Burn-out klachten.

#### Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts.

#### Vergoeding

<a href="#">Zorg voor de Zorg</a>	maximaal € 350 per kalenderjaar voor de volgende pakketten
<a href="#">Zorg voor de Zorg + Extra 1</a>	
<a href="#">Zorg voor de Zorg + Extra 2</a>	
<a href="#">Zorg voor de Zorg + Extra 3</a>	

## VERBLIJF

### Artikel 44. Herstellingsoorden en zorghotels

#### Omschrijving

Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

1. aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
2. als uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
3. als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of 'burn-out'.

#### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Een overzicht van de door ons gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

#### Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of 'burn-out' (punt 3 van de omschrijving).

#### Vergoeding

<a href="#">Zorg voor de Zorg</a>	geen
<a href="#">Zorg voor de Zorg + Extra 1</a>	geen
<a href="#">Zorg voor de Zorg + Extra 2</a>	maximaal € 70 per dag voor ten hoogste 42 dagen
<a href="#">Zorg voor de Zorg + Extra 3</a>	maximaal € 70 per dag voor ten hoogste 42 dagen

#### Bijzonderheden

Als aanspraak bestaat op de in dit artikel genoemde zorg die wordt bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift (zoals Wmo, Jeugdwet of Wlz) bestaat er geen aanspraak op grond van dit artikel.

## Artikel 45. Hospice

### Omschrijving

Het verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis voor verzekerden die ongeneeslijk ziek zijn en niet meer thuis verzorgd kunnen worden. Zij kunnen tot aan het overlijden hier worden verzorgd.

### Wie mag de zorg verlenen

Een door IZZ erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis. Op [www.vgzvoordezorg.nl/izz/hospice](http://www.vgzvoordezorg.nl/izz/hospice) vindt u een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio.

Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Vergoeding

Gaat u naar een door ons erkende hospice/Bijna-Thuis-Huis?

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 30 per dag
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 30 per dag

## Artikel 46. Logeerhuis Ronald McDonald/Kiwanis, gastenverblijf Ter Weijde

### Omschrijving

Verblijf:

1. Vergoeding voor de kosten van het verblijf in een familie- of logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis in Nederland, als uw kind of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres is gevestigd. Voorbeelden van familiehuizen speciaal voor kinderen zijn de Ronald McDonaldhuizen en de Kiwanishuizen verbonden aan verschillende ziekenhuizen in Nederland. Als uw kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan is daar de mogelijkheid te verblijven in het Onthaalthehuis Ter Weijde.
2. Vergoeding voor de kosten van verblijf in een logeerhuis als u twee dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Het ziekenhuis bepaalt of u in aanmerking komt voor verblijf in een familiehuis of logeerhuis.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal 15 nachten per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal 15 nachten per kalenderjaar

### Bijzonderheden

Er bestaat aanspraak op vergoeding van logieskosten van maximaal twee gezinsleden.

## Artikel 47. Kuuroord

### Omschrijving

1. Behandeling binnen een periode van 2 tot 4 weken waarbij de verzekerde verblijft in de kuuroorden:
  - Thermaalbad Arcen in Arcen;
  - Scandic Sanadome in Nijmegen;
  - Kuurcentrum Fontana in Nieuweschans;
  - Thermae 2000 in Valkenburg (L).

Gaat u naar een niet aangewezen kuuroord in Nederland? Dan vergoeden wij de kosten niet.

2. Behandeling in een kuuroord in Europa (niet zijnde Nederland).

#### Indicatie

Artritis psoriatica, Morbus Bechterew, Morbus Forestier of reumatoïde artritis.

#### Verwijsbrief nodig van

Reumatoloog.

#### Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig.

#### Vergoeding

	1. aangewezen kuuroorden in Nederland	2. kuuroord in Europa (niet zijnde Nederland)
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	€ 460 per twee kalenderjaren*	€ 700 per twee kalenderjaren*
Zorg voor de Zorg + Extra 3	€ 460 per twee kalenderjaren*	€ 700 per twee kalenderjaren*

\* U kunt maximaal eens per twee jaar naar een kuuroord en u krijgt daar dan maximaal het genoemde bedrag voor.

## VERLOSKUNDIGE ZORG EN KRAAMZORG

### Artikel 48. Verloskundige zorg

#### Omschrijving

Vergoeding van de kosten die voor uw rekening komen als u zonder medische noodzaak bevalt in een ziekenhuis of een geboortecentrum. De vergoeding betreft het verschil tussen het notabedrag en het bedrag dat u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

#### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig

#### Bijzonderheden

1. U krijgt alleen vergoeding in die gevallen waarin de verzekerde aanspraak op de zorg heeft op grond van uw zorgverzekering.
2. De Regeling zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U vindt dit document op onze website.

### Artikel 49. Kraampakket

#### Omschrijving

Een door ons in overleg met verloskundigen samengesteld kraampakket. Naast de gebruikelijke zaken die in een kraampakket zitten, ontvangt u een speciale attentie.

#### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig

#### Bijzonderheden

U kunt het kraampakket aanvragen via onze website.

## Artikel 50. Kraamzorg bij adoptie

### Omschrijving

De noodzakelijke ondersteuning en advisering van de moeder over verzorging van en omgang met het adoptiekind jonger dan 3 maanden. Het aantal zorguren wordt geïndiceerd door de kraamzorgorganisatie.

### Wie mag de zorg verlenen

Gediplomeerd kraamverzorgende of een verpleegkundige.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal 12 uur verdeeld over maximaal 4 aaneengesloten dagen
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal 12 uur verdeeld over maximaal 4 aaneengesloten dagen

## Artikel 51. Extra kraamzorg moeder en pasgeborene

### Omschrijving

Extra ondersteuning en advisering van de moeder over verzorging van en omgang met het kind. Daarnaast kan zij ingezet worden voor aan kraamzorg gerelateerde zaken, zoals opvang van de andere aanwezige kinderen, opvang van bezoek, verzorging gezinswas, (voor)bereiding van de warme maaltijd. De extra kraamzorg kunt u op verschillende momenten ontvangen:

- als aanvulling op de reguliere kraamzorgperiode;
- aansluitend aan de reguliere kraamzorgperiode;
- na ontslag van de moeder en/of het kind uit het ziekenhuis.

### Wie mag de zorg verlenen

Gediplomeerd kraamverzorgende of een verpleegkundige.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal 10 uur
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal 20 uur

### Bijzonderheden

U krijgt alleen extra kraamzorg als aanvulling op de vanuit uw zorgverzekering geïndiceerde kraamzorg.

## Artikel 52. Problemen met borstvoeding

### Omschrijving

Lactatiekundig consult voor de moeder bij problemen met de borstvoeding in specifieke situaties.

### Wie mag de zorg verlenen

Lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

### Verwijsbrief nodig van

Verloskundige, kraamzorgorganisatie, consultatiebureau-arts of jeugdgezondheidszorgverpleegkundige.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	één consult per bevalling tot maximaal € 80
Zorg voor de Zorg + Extra 3	één consult per bevalling tot maximaal € 80

### Bijzonderheden

De verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige NVL. Dit protocol maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U vindt dit document op onze website.

## Artikel 53. Elektrische borstkolf

### Omschrijving

Huur en/of aanschaf van een elektrische borstkolf.

### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	eenmalig tot maximaal € 80
Zorg voor de Zorg + Extra 3	eenmalig tot maximaal € 80

## THUISZORG

## Artikel 54. Hulp bij het huishouden

### Omschrijving

Hulp bij het huishouden in Nederland aansluitend op uw ziekenhuisopname van minimaal 24 uur.

### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling.

### Vergoeding

	gecontracteerde thuiszorg-organisatie	andere thuiszorgorganisatie
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig, tot maximaal 12 uur per kalenderjaar	maximaal € 23 per uur, tot maximaal 12 uur per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig, tot maximaal 12 uur per kalenderjaar	maximaal € 23 per uur, tot maximaal 12 uur per kalenderjaar

### Bijzonderheden

1. De huishoudelijke hulp wordt binnen twee werkdagen na ontvangst van uw aanvraag door onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling geboden bij u thuis, tenzij u de hulp op een later moment wilt. De huishoudelijke hulp start uiterlijk binnen 4 weken na afloop van de ziekenhuisopname en moet gedurende een periode van maximaal 2 maanden aaneengesloten ingepland worden.
2. De hulp wordt geleverd op uw woonadres, zoals dat bij ons bekend is.
3. Onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig of medisch handelen of lichamelijke verzorging.
4. De eigen bijdrage uit de Wet maatschappelijk ondersteuning en de Wet langdurige zorg vergoeden wij niet.

## VERVOER

### Artikel 55. Vervoer in verband met transplantatie van organen

#### Omschrijving

Taxivervoer of eigen vervoer tussen de woon- of verblijfplaats van de verzekerde en de instelling waar hij zorg ontvangt die verband houdt met een transplantatie van organen voor zover er geen aanspraak op dit vervoer bestaat op grond van uw zorgverzekering. Het betreft de volgende zorg: pretransplantatie-onderzoek, opnames en nacontroles. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

#### Wie mag het taxivervoer verzorgen

Een vervoerder waarmee wij daartoe een contract hebben gesloten. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u voor het taxivervoer naar een vervoerder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

#### Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist.

#### Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruik maken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website.

#### Vergoeding

	gecontracteerde taxivervoerder	vervoer met eigen auto
Zorg voor de Zorg	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	volledig	€ 0,30 per kilometer
Zorg voor de Zorg + Extra 3	volledig	€ 0,30 per kilometer

#### Bijzonderheden

Het betreft hier niet het vervoer van de donor.

## VITAMINES

### Artikel 56. Vitamines

#### Omschrijving

Enkelvoudige vitaminepreparaten van de vitamines A-B1-B2-B3-B6-B8-B11-B12-D-E-K voor de behandeling van ernstig vitaminetekort.

#### Recept (voorschrift)

Behandelend arts.

#### Wie mag de zorg leveren

Apotheek of apotheekhoudend huisarts.

#### Vergoeding

Zorg voor de Zorg	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 1	geen
Zorg voor de Zorg + Extra 2	maximaal € 200 per kalenderjaar
Zorg voor de Zorg + Extra 3	maximaal € 200 per kalenderjaar

# III. Pakket

## IZZ Bijzonder Bewust

### PARAMEDISCHE ZORG

## Artikel 1. Fysiotherapie en ergotherapie

#### Omschrijving

Hieronder vallen de volgende therapieën:

- fysiotherapie;
- oedeemtherapie;
- oefen therapie Cesar/Mensendieck;
- ergotherapie.

#### Wie mag de zorg verlenen

- Fysiotherapie: fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut.  
Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en de manueel therapeut. De gespecialiseerde fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.
- Oedeemtherapie: oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.  
De oedeem(fysio)therapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie of in het register van het Keurmerk Fysiotherapie.
- Voor oefen therapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefen-therapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP) (dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut);
- Voor ergotherapie: ergotherapeut.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. U vindt deze lijst op onze website.

---

#### Let op

Wij hebben voor ergotherapie en fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

---

#### Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandeld zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

#### Vergoeding

---

Bijzonder Bewust

---

---

maximaal € 150 per kalenderjaar. Voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar

---

#### Bijzonderheden

##### Jonger dan 18 jaar

1. Niet-chronische aandoeningen:  
u hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefen therapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;

## 18 jaar en ouder

### 2a. Chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen tot maximaal uw budget. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist.

Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

### 2b. Niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot maximaal uw budget. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie);

### 3. Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:

vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering;

### 4. Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen):

vergoeding van de kosten van deze behandeling geldt vanaf de 38e behandeling. De eerste 37 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden, komen ten laste van de zorgverzekering.

### 5. Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht:

vergoeding van de kosten van deze behandeling geldt vanaf de 13e behandeling. De eerste 12 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden, komen ten laste van de zorgverzekering.

## Alle leeftijden

### 6. Vergoeding van ergotherapie geldt vanaf het 11e uur. De eerste 10 uur komen ten laste van de zorgverzekering;

### 7. U hebt geen recht op behandelingen die niet als Beweegzorg worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of reïntegratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining;

### 8. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

## Artikel 2. Alternatieve bewegingstherapie

### Omschrijving

Hieronder vallen de volgende bewegingstherapieën: chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., (ortho) manuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie, adem- en ontspanningstherapie Van Dixhoorn.

### Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. U vindt een overzicht van de door ons aangewezen zorgaanbieders op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

### Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

### Vergoeding

Bijzonder Bewust

maximaal € 150 per kalenderjaar

### Bijzonderheden

#### 1. Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:

- arbocuratieve- of re-integratietrajecten;
- (groeps)behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, medische fitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht, cardiotraining e.d.

#### 2. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.



### Artikel 3. Brillen en contactlenzen

#### Omschrijving

U hebt eenmaal per 3 kalenderjaren de keuze uit:

1. Een enkelvoudige of multifocale complete bril op sterkte geleverd door een door ons gecontracteerde leverancier volgens het Reglement Gezichtshulpmiddelen **of**;
2. Een tegemoetkoming in de kosten van aanschaf van een bril op sterkte bij een opticien of optiekbedrijf waarmee wij voor deze zorg geen overeenkomst hebben gesloten **of**;
3. Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen op sterkte geleverd door een opticien of optiekbedrijf naar keuze **of**;
4. Als u jonger bent dan 18 jaar vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen of filterglazen als deze glazen zijn verstrekt ten laste van de zorgverzekering.

#### Wie mag de zorg verlenen

Opticien of optiekbedrijf.

#### Vergoeding eenmaal per 3 kalenderjaren voor de onder Omschrijving punt 1 tot en met 4 genoemde zorg

	1.	Een enkelvoudige of multifocale bril uit het basisassortiment van onze gecontracteerde leveranciers
Bijzonder Bewust	2.	Maximaal € 50
	3.	Maximaal € 50
	4.	Volledige vergoeding

---

Hebt u in 2016 kosten voor een bril, brillenglazen en/of lenzen gedeclareerd en hebt u nog een restbudget? Dan blijven voor u de verzekeringsvoorwaarden 2016 gelden tot 1 januari 2019.

---

### Artikel 4. Ooglaserbehandeling of lensimplantaties

#### Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van een ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. De vergoeding geldt ook voor de meerkosten van een multifocale of torische lens bij een cataractoperatie (staaroperatie).

#### Wie mag de zorg verlenen

Oogarts.

#### Vergoeding

Bijzonder Bewust	maximaal € 75 per 3 kalenderjaren*
------------------	------------------------------------

\* De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril of lenzen hebt gekocht en de hieraan voorafgaande 2 kalenderjaren.

## MONDZORG

---

Uw tandarts specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkunde. Deze tarievenlijst met maximale tandheelkundige tarieven wordt opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

---

### Artikel 5. Algemene tandheelkundige zorg

#### Omschrijving

Behandelingen volgens de onderstaande prestatiecodes:

- periodiek controle: eerste in kalenderjaar C11;
- gebitsreiniging: M03. De kosten van gebitsreiniging vergoeden wij tot maximaal 60 minuten;
- röntgenfoto: X10;
- geleidings- en/of infiltratieverdooving: A10;
- trekken tand of kies: H11;
- vullingen: V71, V72, V73, V81, V82, V83, V91, V92, V93.

#### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, tandprotheticus en mondhygiënist. De tandprotheticus met wie wij een contract hebben gesloten en de mondhygiënist mogen zorg verlenen die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

#### Vergoeding

---

Bijzonder Bewust

---

---

maximaal € 250 per kalenderjaar

---

# IV. Kies zelf

## IZZ Fysio, IZZ Buitenland, IZZ Tand

### PARAMEDISCHE ZORG

#### Artikel 1. Fysiotherapie

##### Omschrijving

Fysiotherapie bestaat uit:

1. fysiotherapie;
2. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
3. oedeemtherapie.

##### Wie mag de zorg verlenen

1. Fysiotherapie: fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut.  
Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en de manueel therapeut. De gespecialiseerde fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of in het register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
2. Voor oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut.
3. Oedeemtherapie: oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut.  
De oedeem(fysio)therapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of in het register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

##### Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

##### Vergoedingen

Fysio Goed	maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar. Voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar
Fysio Beter	maximaal 18 behandelingen per kalenderjaar. Voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar

##### Bijzonderheden

###### Jonger dan 18 jaar

1. Niet-chronische aandoeningen:  
u hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering;

###### 18 jaar en ouder

- 2a. Chronische aandoeningen:  
u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste twintig behandelingen tot maximaal het aantal behandelingen van de door u afgesloten aanvullende verzekering. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist.  
Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

2b. Niet-chronische aandoeningen:

u hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen tot maximaal het aantal behandelingen van de door u afgesloten aanvullende verzekering. U krijgt in dit geval geen vergoeding uit de zorgverzekering (uw aandoening komt niet voor in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie);

3. Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:

vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering;

4. Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut (looptraining) bij perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen):

vergoeding van de kosten van deze behandeling geldt vanaf de 38e behandeling. De eerste 37 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden, komen ten laste van de zorgverzekering.

5. Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht:

vergoeding van de kosten van deze behandeling geldt vanaf de 13e behandeling. De eerste 12 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden, komen ten laste van de zorgverzekering.

**Alle leeftijden**

6. U hebt geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie of ergotherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of reïntegratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining;

7. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

---

**Let op**

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

---

## BUITENLAND

### Artikel 2. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

**Omschrijving**

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit uw zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U hebt recht op vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands bankrekeningnummer.

Bij opname in een ziekenhuis en/of langdurige medische behandeling moet u de VGZ voor de Zorg Alarmcentrale inschakelen. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en onze website. Zonder inschakeling van de VGZ voor de Zorg Alarmcentrale hebt u voor een opname in een ziekenhuis en/of een langdurige medische behandeling geen recht op vergoeding uit IZZ Buitenland Europa of IZZ Buitenland Wereld. Onder ziekenhuisopname verstaan wij een behandeling van één of meer nachten in een ziekenhuis/instelling.

## Artikel 3. Repatriëring

### Omschrijving

Uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

### Wie mag de repatriëring verzorgen

VGZ voor de Zorg Alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en onze website.

### Bijzonderheden

De VGZ voor de Zorg Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

### Vergoeding artikelen 2 en 3

Buitenland Europa	volledig op basis van Europadekking*
Buitenland Wereld	volledig op basis van werelddekking

\* Hieronder vallen de landen van de Europese Unie en de Europese Economische Ruimte: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Liechtenstein, Litouwen, Luxemburg, Malta, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar), IJsland, Zweden en Zwitserland.

Ook de verdragslanden vallen hieronder: Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

## MONDZORG

Uw tandarts specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkunde. Deze tarievenlijst met maximale tandheelkundige tarieven wordt opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

## Artikel 4. Tandheelkundige zorg

### Omschrijving

Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half-)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

### Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.

De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.

## Vergoedingen

Tand Goed	75% tot maximaal € 250 per kalenderjaar
Tand Beter	75% tot maximaal € 500 per kalenderjaar

## Bijzonderheden

1. Niet vergoed worden de kosten van:

- niet nagekomen afspraken;
- orthodontische zorg;
- uitwendig bleken (E97 en E98);
- algehele narcose, sedatie en voorbereiding behandeling onder volledige narcose (A20 en C84).

2. De kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar.

# V. Begripsomschrijvingen

**Aanvullende verzekeringen:** de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven verzekeringen, die als aanvulling op de IZZ Basisverzekering gesloten worden.

**Diagnose-behandelcombinatie (dbc):** een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt, tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

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

**Geneesmiddelen:** de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.

**GGZ-instelling:** instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening en als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

**Instelling:**

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

**IZZ Basisverzekering:** een tussen VGZ voor de Zorg en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

**Mantelzorger:** Een mantelzorger zorgt langdurig en onbetaald meer dan 8 uur per week of langer dan 3 maanden voor iemand die chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend is en met wie hij of zij een persoonlijke band heeft. Dat kan een familielid zijn, maar ook een vriend of kennis. Een mantelzorger is geen beroepskracht.

**NZa:** Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.

**Schriftelijk:** waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan per e-mail.

**Toestemming:** een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

**U:** verzekeringnemer en/of verzekerde.

**Verblijf:** verblijf met een duur van 24 uur of langer.

**Verdragsland:** een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaap-Verdië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

**Verzekerde:** degene voor wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.

**Verzekeringnemer:** degene die met de zorgverzekeraar deze verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In de verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

**Wlz:** Wet langdurige zorg

**Wmg-tarieven:** tarieven zoals vastgesteld bij of door de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

**Wmo:** Wet maatschappelijke ondersteuning

**Ziekenhuis:** een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

**Zorghotel:** een door de zorgverzekeraar gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

**Zorgverzekeraar, de/IZZ:** VGZ voor de Zorg N.V., statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 09143315. VGZ voor de Zorg is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12001039. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt VGZ voor de Zorg aangeduid met 'wij' en 'ons'.

**Zorgverzekering:** een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet.



Over uw verzekering

**[vgzvoordezorg.nl/izz](https://vgzvoordezorg.nl/izz)**

Algemene informatie

**[izz.nl](https://izz.nl)**

**De IZZ Zorgverzekering wordt uitgevoerd door VGZ voor de Zorg**

IZZ is opgericht door werkgevers en werknemers in de zorg. Namens haar leden maakt IZZ afspraken over de premie, samenstelling en service van de IZZ Zorgverzekering. VGZ voor de Zorg is de uitvoerder van de IZZ Zorgverzekering en regelt uw verzekeringszaken. Samen werken zij al meer dan 40 jaar aan de beste zorgverzekering voor u: de zorgverzekering van mensen in de zorg.

de  **zorgverzekering**<sup>®</sup> uitgevoerd door   
van mensen in de zorg.