



Verzekeringsvoorwaarden zorgverzekeringen en aanvullende verzekeringen van Nationale-Nederlanden Zorg

per 1 januari 2022

Verzekeringsvoorwaarden

Zorgverzekeringen

en

Aanvullende Verzekeringen

geldig vanaf 1 januari 2022

De vorige verzekeringsvoorwaarden zijn vervallen

Hoe werkt uw verzekering?

Wij geven u in deze inleiding algemene informatie over wat u moet doen om uw zorg (vergoed) te krijgen. Deze informatie is beknopt en bevat geen rechten of plichten. De volledige artikelen vindt u vanaf artikel A.1. in dit boekje verzekeringsvoorwaarden.

1. Verzekeringsvoorwaarden

Dit boekje verzekeringsvoorwaarden is verdeeld in 4 hoofdstukken:

- in hoofdstuk A staan algemene voorwaarden die gelden voor de zorgverzekering en aanvullende verzekering;
- in hoofdstuk B staat de zorg beschreven die verzekerd is vanuit uw zorgverzekering;
- in hoofdstuk C staan de afwijkende of aanvullende algemene voorwaarden die alleen gelden voor de aanvullende verzekeringen en de particuliere ziektekostenverzekeringen;
- in hoofdstuk D staat de zorg beschreven vanuit uw aanvullende verzekeringen. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of u hiervoor verzekerd bent en wat de eventuele vergoeding is.

Hoofdstukken A en B gelden dus voor alle zorgverzekeringen (basisverzekeringen). Hoofdstukken A, C en D gelden voor de aanvullende verzekeringen.

Uw en onze rechten en plichten staan:

- op het polisblad: hier staat op vermeld welke verzekering(en) u hebt afgesloten; én
- op uw Vergoedingen Overzicht: hier staan de vergoedingen op vermeld waar u aanspraak op kunt maken; én
- in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen, bijlagen en diverse reglementen: deze documenten vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen

Daar waar wij in deze verzekeringsvoorwaarden in de mannelijke vorm schrijven, kan evengoed de vrouwelijke vorm worden bedoeld en andersom.

Aan de hand van het voorbeeld "ergotherapie" onder punt 2. laten wij zien hoe u dit boekje kunt gebruiken, zodat u weet waarvoor u verzekerd bent. Dit boekje geldt namelijk voor al onze verzekerden maar niet alle artikelen zijn op u van toepassing.

2. Vergoedingen

Let op! Lees eerst op uw Vergoedingen Overzicht voor welke vergoedingen u verzekerd bent, kijk daarna in de Verzekeringsvoorwaarden

Waar u voor verzekerd bent ziet u op uw Vergoedingen Overzicht. Daar ziet u ook of de vergoeding een maximum heeft. Op het vergoedingen Overzicht staat in welk artikel van de Verzekeringsvoorwaarden de beschrijving en voorwaarden van iedere vergoeding is te vinden.

U kijkt op uw Vergoedingen Overzicht of ergotherapie is opgenomen in uw aanvullende verzekering en wat de hoogte van de vergoeding is.

Komt ergotherapie, artikel D.17.1. niet voor op uw Vergoedingen Overzicht? Dan bent u niet verzekerd voor een aanvullende vergoeding maar alleen op de vergoeding uit de zorgverzekering.

U bent alleen verzekerd volgens de artikelen die op uw Vergoedingen Overzicht staan. Ook als u maar voor een deel van het artikel verzekerd bent, zijn de uitsluitingen (zie: "Let op!") en de voorwaarden van het hele artikel op u van toepassing.

Op het Vergoedingen Overzicht vindt u de concrete informatie voor welke zorg u verzekerd bent en hoe

hoog de vergoeding is. Hieronder ziet u een gedeelte van een Vergoedingen Overzicht. Daaruit kan blijken dat u wél verzekerd bent voor ergotherapie. Het nummer in de kolom Voorwaarden verwijst naar het artikelnummer in dit boekje.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Ergotherapie		D.17.
Ergotherapie voor verzekerden tot 18 jaar	maximaal 2 uur per jaar bovenop de vergoeding uit de zorgverzekering	D.17.1.
Instructie en begeleiding voor mantelzorgers	maximaal 2 uur per jaar van verzekerden die ergotherapie ondergaan	D.17.2.

3. Hoe verwerken wij uw rekening?

Met gecontracteerde zorgverleners spreken wij af, dat zij de rekening meteen naar ons kunnen sturen. Voor mondzorg kan dat ook voorkomen bij niet-gecontracteerde zorgverleners. Ontvangen wij dan een rekening, dan vergoeden wij de rekening meteen volledig aan uw zorgverlener. Als wij uw zorgverlener meer betalen dan het bedrag waar u volgens uw verzekering voor verzekerd bent, (bijvoorbeeld als er een (wettelijke) eigen bijdrage geldt of uw eigen risico nog niet op is), sturen wij u een bericht dat wij teveel hebben betaald (zie uitleg bij punt “Als wij zorg niet volledig vergoeden”). Later ontvangt u hiervoor van ons de rekening.

Als de zorgverlener geen contract met ons heeft stuurt hij de rekening naar u. U betaalt deze rekening eerst zelf aan die zorgverlener. Daarna stuurt u de originele rekening (geen kopie) naar ons op. Dat kan ook digitaal. Na verwerking krijgt u een bericht waarin staat wat er wordt vergoed.

4. Als wij zorg niet volledig vergoeden

Er kunnen verschillende redenen zijn waarom wij uw zorg niet helemaal vergoeden:

Eigen risico

Dit is een wettelijk vastgesteld bedrag dat per jaar voor uw eigen rekening komt. U kunt dat verhogen met een vrijwillig eigen risico. Alleen voor zorg uit de zorgverzekering geldt een eigen risico. Vergoedingen uit uw aanvullende verzekering worden niet verrekend met uw eigen risico.

Eigen bijdrage

De eigen bijdragen uit de zorgverzekering zijn ook wettelijk vastgesteld. Het is een vast bedrag of een percentage dat u zelf moet betalen. Eigen bijdragen staan op uw Vergoedingen Overzicht. Alleen voor zorg uit de zorgverzekering kan een wettelijke eigen bijdrage gelden. Op vergoedingen uit uw aanvullende verzekering is geen wettelijke eigen bijdrage van toepassing. Als u vanuit uw aanvullende verzekering verzekerd bent voor vergoeding van een eigen bijdrage, ziet u dit ook op uw Vergoedingen Overzicht.

Gedeeltelijke vergoeding

Bij een gedeeltelijke vergoeding staat op uw Vergoedingen Overzicht bijvoorbeeld dat wij 80% vergoeden tot een maximum van € 500,- per jaar. Wij vergoeden dan elke rekening steeds voor 80%, tot het moment dat wij in dat jaar € 500,- hebben betaald.

Vergoeding zolang u bij ons verzekerd bent

Voor bepaalde zorg vergoeden we eenmaal per verzekerde een maximumbedrag. Op uw Vergoedingen Overzicht staat dan dat wij bijvoorbeeld maximaal € 1.000,- vergoeden in de gehele periode u bij ons verzekerd bent. Meer informatie over maximale vergoedingen leest u in artikel C.9.2.

Tarieven

Op uw Vergoedingen Overzicht staat hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage (bijvoorbeeld 100%), maar dat wil niet altijd zeggen dat wij uw rekening dan ook volledig vergoeden, zie hiervoor artikel A.20.

5. Voorwaarden voor vergoeding

In het artikel van de zorg die u nodig hebt, staan de voorwaarden die wij aan die zorg stellen. Enkele voorwaarden die vaak voorkomen, zijn:

- De zorgverlener die u behandelt, moet bevoegd zijn:
Een zorgverlener met een goede opleiding en voldoende kennis op zijn vakgebied is belangrijk. Ook is het belangrijk dat een zorgverlener bijvoorbeeld duidelijk aangeeft hoe en waar een patiënt klachten kan indienen. Zo'n zorgverlener is soms herkenbaar aan zijn titel (medisch specialist), of is erkend door de overheid of door ons. Of dat zo is kunt u bij ons navragen of vinden op onze website.
- Voordat de behandeling start, moet u een akkoordverklaring van ons hebben gekregen:
Voor sommige zorg is het moeilijk om vast te stellen of u verzekerd bent voor een vergoeding. U moet dan vooraf een akkoordverklaring aanvragen. Pas als u van ons de akkoordverklaring hebt gekregen, kan de zorg voor rekening van uw verzekering komen. (Zie artikel A.18.)

6. Internet

Uw verzekeringsvoorwaarden, reglementen en andere bijbehorende bijlagen kunt u op onze website vinden. U kunt ze ook bij ons opvragen.

Op onze website vindt u nog meer informatie zoals:

- informatie over zorgverleners, bijvoorbeeld welke zorgverleners gecontracteerd zijn en bij wie u terecht kunt voor bepaalde zorg;
- de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie": hierin staat of (en voor hoeveel) u verzekerd bent voor (vergoeding van) fysiotherapie en/of oefentherapie uit de zorgverzekering. Als u geen aanspraak kunt maken op vergoeding uit de zorgverzekering, worden de behandelingen eventueel uit uw aanvullende verzekering vergoed;
- diverse bijlagen die horen bij uw verzekering, zoals verschillende reglementen;
- uw persoonlijke pagina: Met uw wachtwoord of DigiD kunt u uw polisblad, ingediende rekeningen of vergoedingen bekijken en wijzigingen doorgeven.

INHOUDSOPGAVE

Hoe werkt uw verzekering?	2
INHOUDSOPGAVE	5
Welke zorgverzekeringen en aanvullende verzekeringen?	7
HOOFDSTUK A.....	8
ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN	8
A.1. Begripsomschrijvingen	8
A.2. Grondslag van uw verzekering.....	15
A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering.....	16
A.4. Begin en duur van uw verzekering.....	17
A.5. Wanneer kunt u opzeggen of wijzigen?	18
A.6. Wanneer beëindigen wij de verzekering	20
A.7. Hoogte van de premie en kosten	21
A.8. Betaling van premie en kosten.....	22
A.9. Betalingsachterstand.....	22
A.10. Premie en kosten na beëindiging.....	23
A.11. Verandering van premiegrondslag	24
A.12. Verplicht eigen risico.....	24
A.13. Vrijwillig gekozen eigen risico.....	27
A.14. Algemene verplichtingen.....	27
A.15. Doorgeven van informatie	28
A.16. Privacy en controle.....	29
A.17. Zorgverleners.....	29
A.18. Akkoordverklaring	32
A.19. Rekeningen.....	33
A.20. Tarieven	34
A.21. Algemene uitsluitingen	38
A.22. Geschillen	40
A.23. Klachten	40
A.24. Nederlands Recht	40
A.25. Wat als situatie niet is geregeld?.....	40
HOOFDSTUK B.....	41
ZORG IN ZORG-VERZEKERING	41
B.1. Vervallen	41
B.2. Buitenlandzorg	41
B.3. Huisarts.....	42
B.4. Medisch specialistische zorg.....	45
B.5. Zorg voor de bevalling.....	55
B.6. Zorg tijdens de bevalling	56
B.7. Zorg na de bevalling.....	57
B.8. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck	58
B.9. Ergotherapie.....	61
B.10. Logopedie	62
B.11. Diëtetiek	62
B.12. Mondzorg voor alle leeftijden	63
B.13. Mondzorg tot 18 jaar	65
B.14. Mondzorg vanaf 18 jaar	66
B.15. Medicijnen.....	68
B.16. Dieetpreparaten	73
B.17. Hulpmiddelen	74
B.18. Vervoer	76
B.19. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	79
B.20. Vervallen	81
B.21. Preventie.....	81

B.22. Voorwaardelijke zorg.....	82
B.23. Voetzorg.....	83
B.24. Vervallen.....	84
B.25. Zorg voor zintuiglijk beperkten.....	84
B.26. Wijkverpleging.....	85
B.27. Kortdurend verblijf in een instelling.....	87
B.28. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP).....	88
HOOFDSTUK C.....	91
ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN.....	91
C.1. Begripsomschrijvingen.....	91
C.2. Grondslag van uw aanvullende verzekeringen en particuliere ziektekostenverzekering.....	92
C.3. Aard, inhoud en omvang van uw aanvullende verzekering.....	93
C.4. Begin en duur van uw aanvullende verzekering.....	93
C.5. Verzwijging.....	93
C.6. Beëindigen of wijzigen.....	93
C.7. Hoogte premie en kosten.....	94
C.8. Premie en kosten na beëindiging.....	94
C.9. Vergoeding.....	94
C.10. Algemene uitsluitingen.....	95
C.11. Afwijkende voorwaarden.....	97
C.12. Ongevallen­zorg.....	100
C.13. Vervallen.....	100
HOOFDSTUK D.....	101
ZORG IN AANVULLENDE VERZEKERINGEN.....	101
D.1. Medisch specialistische zorg.....	101
D.2. Preventie.....	103
D.3. Medicijnen.....	109
D.4. Hulp­mid­delen.....	111
D.5. Stot­ter­therapie.....	118
D.6. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ).....	118
D.7. Alternatieve geneeswijzen.....	120
D.8. Mond­zorg.....	121
D.9. Kuur­be­han­de­ling.....	127
D.10. Huid­thera­pie­ën.....	127
D.11. Obesitas behandeling.....	128
D.12. Ver­voer.....	129
D.13. Ver­blijf.....	130
D.14. Buitenland spoedeisende zorg.....	133
D.15. Voetzorg.....	135
D.16. Fysiotherapie en/of oefen­thera­pie Cesar/Mensendieck.....	136
D.17. Ergo­thera­pie.....	140
D.18. Dië­te­tie.....	141
D.19. Zorg voor de bevalling.....	141
D.20. Zorg tijdens de bevalling.....	142
D.21. Zorg na de bevalling.....	143
D.22. Beweeg­pro­gram­ma.....	145
D.23. Wmo - Wlz / huishoudelijke ondersteuning.....	146
D.24. Mantel­zorg.....	147

Welke zorgverzekeringen en aanvullende verzekeringen?

Wij kunnen een of meer van de volgende zorgverzekeringen aanbieden:

- een Zorgverzekering Restitutie;
 - een Zorgverzekering Natura;
 - een Zorgverzekering Natura JUST;
 - een Zorgverzekering Natura Select;
 - een Zorgverzekering Natura Direct;
 - een Zorgverzekering Combinatie; of
 - een andere zorgverzekering, die is gebaseerd op een van de hiervoor genoemde zorgverzekeringen.
- Daarnaast kunt u een keuze maken uit de verschillende aanvullende verzekeringen die wij aanbieden.

Uw zorgverzekering is een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet. Hebt u een Zorgverzekering Natura, een Zorgverzekering Natura JUST, een Zorgverzekering Natura Select of een Zorgverzekering Natura Direct dan bent u verzekerd voor zorg (in natura).
Hebt u een Zorgverzekering Restitutie dan bent u verzekerd voor vergoeding van de kosten van zorg (restitutie).
Hebt u een Zorgverzekering Combinatie, dan bent u verzekerd voor zorg (in natura) of voor vergoeding van de kosten van zorg (restitutie). Op uw premiebijlage is aangegeven welke zorg in natura is. De overige zorg is dan op basis van restitutie. Dit is ook terug te vinden op uw Vergoedingen Overzicht.

Kijk op uw polisblad welke zorgverzekering u hebt en of u ook een aanvullende verzekering hebt.

HOOFDSTUK A

ALGEMENE VOORWAARDEN ZORGVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

A.1. Begripsomschrijvingen

In dit artikel leggen wij de betekenis uit van begrippen die in de verzekeringsvoorwaarden voorkomen.

Aanvullende verzekering

Een overeenkomst tot verzekering met een vergoeding van zorg die is afgestemd en een aanvulling vormt op een zorgverzekering. U kunt één aanvullende verzekering of een combinatie van meerdere aanvullende verzekeringen bij ons afsluiten. Als wij hierna spreken over “aanvullende verzekering”, kan dit ook een combinatie van aanvullende verzekeringen zijn.

AGB-code

Een Algemeen GegevensBeheer-code is een landelijke code waarmee de zorgverlener kan worden herkend. Met deze unieke code staan zorgverleners geregistreerd in een landelijk register (Vectis) waarin alle noodzakelijke (zorg)-informatie staat om het declareren, de zorginkoop, het contracteren en het 'gidsen' van de zorg mogelijk te maken.

Akkoordverklaring

De schriftelijke verklaring waaruit blijkt dat:

- wij deze zorg beschouwen als zorg die onder de dekking van uw (aanvullende) (zorg)-verzekering valt; en
- u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen; en
- u op die zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden recht hebt.

Deze verklaring wordt afgegeven door onze afdeling Medische Beoordelingen.

Apotheekhoudende

Een huisarts of apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om geneesmiddelen te leveren.

Arts Maatschappij en Gezondheid

Een arts die als arts Maatschappij en Gezondheid is ingeschreven in het betreffend register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Arts verstandelijk gehandicapten

Een arts die als arts Verstandelijk Gehandicapten is ingeschreven in het betreffend register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Basisverzekering

Een overeenkomst tot verzekering die u kunt afsluiten voor een vergoeding van zorg. De over-

eenkomst tot verzekering biedt zelfstandige dekking, dus zonder dat die een aanvulling is op een andere verzekering. Een basisverzekering is hetzelfde als een zorgverzekering. U kunt beide begrippen door elkaar heen tegenkomen.

Uitzondering hierop is de verdragspolis zoals bedoeld in C.11.2. De verdragspolis valt niet onder het begrip Basisverzekering.

Bedrijfsarts

Een arts die als bedrijfsarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen (RGS).

Behandeling

Het (fysieke of online) contact met een of meer zorgverleners waarbij aan u zorg wordt verleend of u wordt geadviseerd. Onder behandeling verstaan wij geen cursussen en trainingen.

Behandelveorstel

Op een behandelvoorstel of voorschrift staat welke zorg (onderzoek, behandeling of therapie) u nodig hebt. Voor medicijnen krijgt u een recept.

Buitenland

Elk ander land dan Nederland. Woont u niet in Nederland? Dan verstaan wij onder "buitenland" elk ander land dan uw woonland.

CAK

Het Centraal Administratie Kantoor (CAK), genoemd in artikel 6.1.1., eerste lid, van de Wet langdurige zorg.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een centrum dat tandheelkundige zorg verleent in bijzondere gevallen overeenkomstig het document "de centrumindicatie" met bijbehorende specificaties. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid. Een centrum of instelling voor mondzorg is niet een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Consult

Een raadpleging van een zorgverlener. Het kan hierbij gaan om een doorverwijzing, een gesprek over de voorgeschiedenis, lichamelijk onderzoek, het stellen van een diagnose of een aanvullend onderzoek/diagnostiek als dit medisch noodzakelijk is.

Dagbehandeling

Een aantal uren durende vorm van zorg in een instelling voor medisch specialistische zorg op een voor dagverpleging ingerichte afdeling, of in een instelling voor revalidatie bedoeld voor medisch onderzoek en/of medische behandeling,

zonder dat sprake is van opname. Het moet gaan om zorg die algemeen voorzienbaar is.

DBC-Zorgproduct (Diagnose Behandel Combinatie)

Een Diagnose Behandel Combinatie – ook wel DBC-zorgproduct genoemd – is een code van negen cijfers die het totale behandeltraject binnen de medisch specialistische zorg (MSZ) beschrijft. Hierbij gaat het om alle stappen die nodig zijn om een aandoening of ziekte te behandelen. De startdatum van een DBC-zorgproduct is de datum van de eerste zorgactiviteit die plaatsvindt. Deze datum is bepalend voor de vergoeding; de nota wordt afgehandeld op startdatum van de DBC. Het tarief van een DBC-zorgproduct is gebaseerd op het gemiddelde van de gemaakte kosten en de geleverde zorg bij een bepaald behandeltraject. Naast de DBC's zijn er in de medisch specialistische zorg ook andere prestaties die een ziekenhuis in rekening kan brengen. Die vallen onder de zogenaamde 'overige zorgproducten' (OZP). Dit zijn vaak enkelvoudige behandelingen, waar geen zorgtraject aan verbonden wordt, zoals diagnostiek op verzoek van de huisarts (bijvoorbeeld het maken van een echo of foto) of kaakchirurgie. Daarnaast wordt ook specifieke dure zorg (zoals intensive care zorg, dure medicijnen en bloedproducten) als OZP gedeclareerd.

Diagnostiek

Het vaststellen van de medische oorzaak van het probleem, de ziekte of aandoening van een patiënt.

Diëtist

Degene die als diëtist de status "kwaliteitsgeregistreerd" heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Echoscopist

Degene die een (para-)medische opleiding op minimaal hbo-niveau heeft afgerond en is ingeschreven in het register voor echoscopie van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) of het register van de Beroepsvereniging Echoscopisten Nederland (BEN).

Eerstelijnszorg (eerstelijnsgezondheidszorg)

Eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben.

Eigen bijdrage

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar die u geheel of gedeeltelijk zelf moet betalen. Eigen bijdragen zijn wettelijk vastgesteld. Deze wettelijke eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen

bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen bijdragen kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Eigen risico

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar die u zelf moet betalen. Eigen risico is wettelijk vastgesteld. Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage. Eigen risico en eigen bijdragen kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg. Voor eigen risico zie artikel A.12. en A.13.

Ergotherapeut

Degene die als ergotherapeut de status "kwaliteitsgeregistreerd" heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici.

EU- en EER-staat

De EU-staten (Europese Unie) zijn:

België, Bulgarije, Cyprus (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, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische Eilanden), Tsjechië en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Niet tot de EU behoren onder andere: Andorra, Monaco, de Kanaaleilanden, Man, San Marino en Vaticaanstad.

De EER-staten (Europese Economische Ruimte) zijn: de voorgaande EU-staten, Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Fysiotherapeut

Degene die als algemeen fysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).

Geboortecentrum

Een instelling voor eerstelijns verloskundige zorg (ook wel geboortehotel of bevalcentrum genoemd) gevestigd in een ziekenhuis met spoedeisende verloskundige zorg in het zorgaanbod. U kunt hier bevallen en eventueel verblijven gedurende de kraamperiode.

Gezin of gezinsleden

Onder gezin of gezinsleden verstaan wij de personen die wij als elkaars enige levenspartner zien, een gemeenschappelijke huishouding voeren en op hetzelfde adres wonen. Onder die personen verstaan wij ook:

- kinderen tot 18 jaar (onder kinderen vallen ook adoptiekinderen en pleegkinderen);
- studerende kinderen vanaf 18 jaar tot en met 30 jaar, ook als zij niet op hetzelfde adres wonen als u (verzekeringnemer) en dus niet met u een gemeenschappelijke huishouding voeren;
- degenen die door het bedrijf of de instelling die de collectieve overeenkomst heeft gesloten, als gezinslid worden aangewezen.

Een gezinslid kan een eigen polis hebben of kan meeverzekerd zijn op de polis van een ander gezinslid.

Huidtherapeut

Degene die als huidtherapeut de status "kwaliteitsgeregistreerd" heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici en bij de ingang van een behandeling beschikt over een geldige AGB-code.

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Huisartsendienstenstructuur

Een organisatorisch verband van huisartsen. Het verband heeft een rechtspersoonlijkheid zoals bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg. Het verband is opgericht om tijdens de avond, de nacht, het weekeinde en op feestdagen spoedeisende huisartsenzorg te verlenen op een bepaalde plaats "huisartsenpost" genaamd, en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Instelling voor medisch specialistische zorg

Een instelling zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Dit is bijvoorbeeld een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). De instelling moet bij de ingang van een behandeling beschikken over een geldige AGB-code.

- Als wij alleen een ziekenhuis bedoelen, schrijven wij dit zo: ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Wij bedoelen dan een algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis (dit is een ziekenhuis dat zorg van slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis) of een universitair ziekenhuis.
- Als wij alleen een ZBC bedoelen, schrijven wij dit zo: ZBC (instelling voor medisch specialistische zorg).
- In de gevallen dat wij ze allebei bedoelen, staat er alleen `instelling voor medisch specia-

listische zorg.

Jaar

Kalenderjaar. Alleen als het gaat om de leeftijd van iemand, dan wordt niet "kalenderjaar" maar levensjaar bedoeld.

Jeugdarts-KNMG

Een arts die als jeugdarts-KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) is ingeschreven in het betreffende profielregister bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) die als klinisch psycholoog geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

Kraamhotel

Een instelling waar men gedurende de kraamperiode kan verblijven en kraamzorg kan ontvangen. In een kraamhotel vinden geen bevallingen plaats.

Kraamverzorgende

Degene die als kraamverzorgende is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ).

Kraamzorg

Zorg tijdens de kraamperiode die wordt geleverd door een kraamverzorgende met kwalificatie (kraam)verzorgende niveau 3 of gelijkwaardig en die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Kraamverzorgenden van het Kenniscentrum Kraamzorg.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium dat een tariefbeschikking heeft, waardoor het onderzoek tot een bepaalde maximumprijs gedeclareerd mag worden.

Logopedist

Degene die als logopedist de status "kwaliteitsgeregistreerd" heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Maand

Kalendermaand.

Medicijn / medicatie

Geneesmiddel(en).

(Medisch) adviseur

De arts, apotheker, tandarts, fysiotherapeut of andere deskundige die ons adviseert over medische, farmacotherapeutische, tandheelkundige, fysiotherapeutische zorg of zorg die diens zorginhoudelijk vakgebied betreft.

Medisch specialist

Een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De medisch specialist is verantwoordelijk voor de zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners, aan wie hij taken heeft gedelegeerd van het specialisme waarop hij deskundig is.

Medische indicatie

Een medische indicatie is een aandoening of ziekte. Een arts heeft vastgesteld dat (of het vermoeden van) u een medische indicatie hebt om toegang te krijgen tot bepaalde zorg.

Mondhygiënist

De vrijgevestigde mondhygiënist die voor eigen rekening en verantwoordelijkheid de praktijk uitoefent.

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Degene die als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status "kwaliteitsgeregistreerd" heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Ongeval

Een plotselinge, onverwachte en niet gewilde gebeurtenis van buitenaf die rechtstreeks tot objectief medisch aan te tonen fysiek letsel leidt. Van een ongeval is ook sprake als u objectief medisch aan te tonen fysiek letsel oploopt, doordat u plotseling en onvrijwillig in omstandigheden terecht komt die u niet voorzien hebt en redelijkerwijs ook niet kon voorzien.

Voorbeelden van een genoemde gebeurtenis of bedoelde omstandigheden:

- wondinfectie of bloedvergiftiging;
- verstuing, ontwrichting of scheuring van band- en spierweefsel;
- het (onvrijwillig) binnenkrijgen van of vergiftiging met gassen, dampen, vloeibare of vaste stoffen of voorwerpen, behalve wanneer sprake is van gebruik van alcohol, medicijnen of drugs;
- besmetting door ziekteverwekkers of vergiftiging als u onvrijwillig in een (vloeistof) valt, of als u er zelf ingaat om een mens, dier of voorwerp te redden;
- verdrinking, verstikking, bevriezing, onderkoeling, zonnesteek of verbranding (anders dan

door zonnebaden), blikseminslag of andere elektrische ontlading, of in aanraking komen met bijtende stoffen;

- natuurgeweld zoals aardbeving, overstroming, tsunami/vloedgolf, orkaan of vulkanische uitbarsting;
- verhogering, uitdroging en uitputting;
- complicaties of verergering van letsel na een noodzakelijke medische behandeling na een ongeval;
- besmetting met HIV door een bloedtransfusie of een injectie met een besmette naald tijdens behandeling in een ziekenhuis.

We stellen een acute ernstige ziekte gelijk met een ongeval. Er is sprake van een acute ernstige ziekte als:

- zorg op medische gronden direct nodig en niet uitstelbaar is of als een ziekte of aandoening levensbedreigend is; en
- deze benodigde zorg onder de basisverzekering valt; en
- naar objectieve medische maatstaven binnen een halfjaar geen herstel te verwachten is.

Opname

Een periode van verpleging en behandeling met overnachting in een instelling voor medisch specialistische zorg op een voor verpleging ingerichte afdeling. De opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geneeskundige zorg.

We bedoelen niet verblijf in een polikliniek, niet een dagopname of spoedeisende hulp en ook niet in een instelling voor revalidatie.

Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:

- wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
- wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen (maximaal 1.095);
- wordt uw opname onderbroken voor weekenden en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.

Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor Dento-Maxillaire Orthopaedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Particuliere ziektekostenverzekering

Dit is een verzekering die geen zorgverzekering is in de zin van de Zorgverzekeringswet dus ook geen verzekering in de zin van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG), artikel 1 lid f. Het is een niet-wettelijke basisverzekering. Een particuliere ziektekostenverzekering kan alleen afgesloten worden en is alleen van kracht als er geen verzekeringsplicht volgens de Zorgverzekeringswet bestaat. Deze verzekering biedt een zelfstandige dekking zonder dat sprake is van een aanvulling op een andere verzekering.

Pedicure

- Degene die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als pedicure met een aantekening "voetverzorging bij diabetici (DV)" mag verzekerden met diabetes mellitus behandelen.
- Degene die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als pedicure met een aantekening "voetverzorging bij reumapatiënten (RV)" mag verzekerden met reumatoïde artritis behandelen.
- Degene die in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverlener geregistreerd staat als medisch voetzorgverlener mag verzekerden met reumatoïde artritis behandelen.
- Degene die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als medisch pedicure. De medisch pedicure is een gespecialiseerde pedicure voor diverse complexe voetproblemen. Deze pedicure mag verzekerden met diabetes mellitus of reumatoïde artritis behandelen.
- Degene die in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als paramedisch chiropodist. De paramedisch chiropodist is een gespecialiseerde pedicure voor diverse complexe voetproblemen. Deze pedicure mag verzekerden met diabetes mellitus of reumatoïde artritis behandelen.

In de artikelen waar zorg wordt beschreven staat ook welke van de hiervoor genoemde pedicures deze zorg moet verlenen.

Physician Assistant

Degene die is opgenomen in het kwaliteitsregister van de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA).

Toelichting: Tot het gebied van deskundigheid van de physician assistant wordt gerekend het verrichten van handelingen op het deelgebied van de geneeskunst waarbinnen de physician assistant is opgeleid. Deze handelingen omvatten het onder-

zoeken, behandelen en begeleiden van patiënten met veel voorkomende aandoeningen binnen dat deelgebied van de geneeskunst. Voor een nadere toelichting ten aanzien van het deskundigheidsgebied en de bevoegdheid van de physician assistant verwijzen wij naar het 'Besluit deskundigheidsgebied en opleidingseisen physician assistants'. Voor een nadere toelichting ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de physician assistant verwijzen wij naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP.

Polisblad

Het bewijs van verzekering.

Podotherapeut

Degene die als podotherapeut de status "kwaliteitsgeregistreerd" heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici en lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP).

Preventie

Het geheel aan activiteiten, individueel of in groepsverband, dat gericht is op het verbeteren of op peil houden van uw gezondheid (lichamelijk of geestelijk).

Psychiater

Een arts die als psychiater is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en zich richt op de diagnostiek en behandeling van stoornissen in de cognitieve functies, de emotionele functies, de psychomotoriek, de motivatie en het gedrag.

Psychotherapeut

Een behandelaar die de opleiding tot psychotherapeut heeft afgerond en als psychotherapeut geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard.

Revalidatie bestaat uit medisch specialistische revalidatie of geriatrische revalidatie.

De revalidatiearts is medisch eindverantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van de medisch specialistische revalidatie.

De specialist ouderengeneeskunde is medisch eindverantwoordelijk voor de inhoud en de kwaliteit van de geriatrische revalidatie.

Revalidatiezorg wordt geleverd door een samenhangend, interdisciplinair team, waarbij onder intensieve samenwerking alle teamleden aan

hetzelfde behandel doel van de patiënt werken. Het team is verbonden aan een instelling voor revalidatie.

Schriftelijk

Door middel van een fysieke of digitale informatiedrager waarbij de informatie zelf begrijpelijk, bewaarbaar en reproduceerbaar is. Onder digitale informatiedrager verstaan wij ook internet en e-mailberichten. Onder schriftelijk valt bijvoorbeeld communicatie per brief, e-mail of via de Mijn-omgeving.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die als specialist ouderengeneeskunde is ingeschreven in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Spoedeisende zorg

Medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden. Het gaat om zorg die naar algemeen geldend oordeel in de kring der beroepsgeenoten redelijkerwijs als spoedeisend mag worden aangeduid.

Sportarts

Een arts die is ingeschreven als sportarts in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen.

Tandarts

Degene die met een geldig universitair diploma als tandarts geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.

Tandprotheticus

Degene die een geldig diploma heeft volgens het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

Thuis

De plaats waar u woont of uw vaste verblijfplaats hebt.

Verblijf

Een periode waarin u ergens (tijdelijk) bent (met of zonder overnachting) of woont zonder dat altijd sprake hoeft te zijn van verpleging en behandeling zoals bedoeld bij een opname.

Verdragsland

Onder een verdragsland verstaan wij:

- de volgende staten waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen: Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië,

Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije;

- andere lidstaten van de Europese Unie (EU) dan Nederland;
- een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte (EER);
- Zwitserland;
- het Verenigd Koninkrijk.

Verloskundige

Degene die als verloskundige is opgenomen in het kwaliteitsregister van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

Verpleegkundig specialist:

Een verpleegkundige die is ingeschreven in het register van verpleegkundig specialisten bij de Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (R.S.V.).

Toelichting: De bevoegdheidsgrenzen van de verpleegkundig specialist worden bepaald door de opleiding, de eigen bekwaamheid, het deskundigheidsgebied en de gestelde beperkingen met betrekking tot de voorbehouden handelingen. Voor een nadere toelichting ten aanzien van het deskundigheidsgebied en de bevoegdheid van de verpleegkundig specialist verwijzen wij naar de 'Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten'. Voor een nadere toelichting ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de verpleegkundig specialist verwijzen wij naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP.

Verwijzing

Voor bepaalde zorg moet u vóór aanvang van deze zorg een verwijzing (verwijsbriefje) hebben. De verwijzing moet dan worden afgegeven door een zorgverlener die we in de voorwaarden van de zorg onder 'verwijzing' noemen.

Verzekerde

Degene voor wie zorg en/of kosten van zorg zijn verzekerd. In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met "u" en "uw". Als wij alleen de verzekerde aanspreken, en niet de verzekeringnemer, spreken wij van "u (verzekerde)" en "uw (verzekerde)".

Verzekering

Een overeenkomst van verzekering die kan bestaan uit een of meer van de volgende verzekeringen:

- zorgverzekering;
- particuliere ziektekostenverzekering;
- aanvullende verzekering.

Als de verzekering uit een combinatie van 2 of meer van de hiervoor genoemde overeenkomsten van verzekering bestaat, dan bevat die combinatie slechts één zorgverzekering of particuliere ziektekostenverzekering.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan. De polis staat op zijn of haar naam. De verzekeringnemer kan ook verzekerde zijn. In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met "u" en "uw". Als wij alleen de verzekeringnemer aanspreken, en niet de verzekerde, spreken wij van "u (verzekeringnemer)" en "uw (verzekeringnemer)".

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Zie onder "instelling voor medisch specialistische zorg".

Ziekenhuis

Zie onder "instelling voor medisch specialistische zorg".

Zorggroep

Organisatieverband van zorgverleners, geregistreerd als rechtspersoon. Zie ook artikel A.17.

Zorgverzekeraar

Een verzekeringsondernemer die als zodanig is toegelaten en zorgverzekeringen aanbiedt. De verzekeringsonderneming waarop deze verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn, is de verzekeringsonderneming die op het polisblad in die hoedanigheid vermeld staat. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt deze verzekeringsonderneming aangeduid met "wij" en "ons".

Zorgverzekering

Een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw) met zorg of een vergoeding van zorg. Een zorgverzekering is hetzelfde als een basisverzekering. U kunt beide begrippen door elkaar heen tegenkomen.

A.2. Grondslag van uw verzekering

A.2.1. Algemeen

U hebt bij ons een verzekering afgesloten. Wij leggen de overeenkomst vast op het polisblad. Wij sturen u deze jaarlijks toe.

A.2.2. Verzekeringsplicht

U kunt bij ons een zorgverzekering afsluiten als u volgens de Zorgverzekeringswet verzekeringsplichtig bent.

A.2.3. Basis van uw verzekering

Uw verzekering is gebaseerd op:

- deze verzekeringsvoorwaarden;
- het aanmeldformulier en de gegevens die u daarop hebt ingevuld of een derde namens u daarop heeft ingevuld;
- de informatie en verklaringen die wij hebben gekregen toen u de verzekering afsloot. Deze gegevens hebt u of een derde gegeven;
- het polisblad, reglementen, protocollen en polisbijlagen;
- eventuele bijkomende of collectieve overeenkomsten.

A.2.4. Basis van uw zorgverzekering

De zorgverzekering is behalve op artikel A.2.3. ook gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet;
- het Besluit zorgverzekering;
- de Regeling zorgverzekering;
- de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenoemde "standpunten").

A.2.5. Lidmaatschap

Samen met de aanvraag voor een basisverzekering vraagt u voor iedere verzekerde ook het lidmaatschap aan van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep u.a. Het bestuur van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep u.a. accepteert bij voorbaat deze aanvraag. Iedere door u aangemelde verzekerde is vanaf het moment dat de basisverzekering ingaat, ook lid van deze onderlinge waarborgmaatschappij.

A.2.6. Informatie van derden

Wij gaan ervan uit dat de informatie die derden over uw aanmelding voor een verzekering aan ons geven, bij u bekend is. Wij beschouwen die informatie als van u afkomstig.

A.2.7. Contractspartij

Wij beschouwen alleen u (verzekeringnemer) als onze contractspartij bij een verzekering. Alleen de verzekeringnemer mag deze opzeggen of wijzigen.

A.2.8. Controle van het polisblad

Wij gaan ervan uit dat de gegevens op uw aanvraag van u zijn. Als de gegevens op het polisblad niet juist of niet volledig zijn, moet u ons dat binnen 30 dagen na ontvangst van het polisblad melden. Neemt u binnen die periode daarover geen contact met ons op, dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

A.2.9. Uw pasje

Nadat u zich bij ons hebt ingeschreven, sturen wij u naast het polisblad van uw zorgverzekering, een verzekeringspasje. Op vertoon van dit pasje kunt u verzekerde zorg krijgen bij die zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten en/of op wiens zorg u volgens uw verzekeringsvoorwaarden recht hebt.

Let op!

U krijgt geen verzekeringspasje:

- als u niet een zorgverzekering maar een particuliere ziektekostenverzekering hebt; of
- als u alleen maar een aanvullende verzekering hebt.

A.2.10. Geldige verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn. Als volgens u een andere versie van de verzekeringsvoorwaarden, het Vergoedingen Overzicht en/of de eventuele aanvulling van toepassing is of dat een andere tekst van kracht is, gelden alleen de tekst en inhoud van de versies die op dat moment van kracht zijn en die wij in ons bezit hebben.

A.2.11. Andere taal

Behalve in het Nederlands kunnen wij verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en/of bijlagen ook uitgeven in één of meerdere andere talen. Als er verschillen in inhoud of uitleg daarvan bestaan tussen de Nederlandse versie en de versie in de andere taal, dan gelden alleen de tekst en inhoud van de Nederlandstalige versies die wij in ons bezit hebben.

A.2.12. Verzekeringsvoorwaarden wijken af van de wet

Wij zorgen ervoor dat de verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen overeenstemmen met geldende wetge-

ving. Daardoor blijven de omvang en inhoud van de dekking van uw basisverzekering in overeenstemming met de wet en is uw basisverzekering een modelovereenkomst in de zin van de Zorgverzekeringswet. Wanneer nieuwe of gewijzigde wetgeving laat of tussentijds in werking treedt, kunnen een of meer onderdelen van de verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen af gaan wijken van de wet. Als er verschil bestaat tussen enerzijds verzekeringsvoorwaarden, Vergoedingen Overzichten, reglementen en bijlagen en anderzijds een of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

A.2.13. Wat sturen wij u toe?

Als u zich voor het eerst bij ons verzekert of als verzekeringsvoorwaarden, premie(grondslag) en/of aanspraak op zorg danwel vergoeding veranderen, dan sturen wij u:

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U hebt recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend

of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
- De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
- De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
- In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat ge-

noemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.

- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Voorbeeld:

Als u een indicatie hebt voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U hebt dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verzekering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekerings-

voorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de website van de overheid:

wetten.overheid.nl. is de Regeling zorgverzekering te vinden.

A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

A.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden.

In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvingen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een sala-

risafschrift aan ons toestuurt van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk; of

- een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank aan ons toestuurt waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- er redelijkerwijs niets aan kunt doen dat het door u verstrekte adres afwijkt van het adres in de Basisregistratie Personen.

Als u op dit moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek aangeeft dat u de verzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de verzekering op die latere datum in. Op uw polisblad staat de ingangsdatum van uw verzekering.

A.4.2. Verzoek tot wijziging

Uw verzoek om bij ons een verzekering af te sluiten beschouwen wij ook als een verzoek van u om de bij ons lopende gelijksoortige verzekering te beëindigen.

Verzoekt u een andere zorgverzekeraar om daar een zorgverzekering af te sluiten dan beschouwen wij vanaf het moment dat wij een afschrift van dat verzoek ontvangen, datzelfde verzoek ook als een verzoek van u om de bij ons lopende zorgverzekering te beëindigen.

A.4.3. Verzekerd met terugwerkende kracht

Er zijn situaties waarin wij u met terugwerkende kracht inschrijven:

- als uw zorgverzekering ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- als u de verzekering bij ons afsluit binnen een maand nadat u uw verzekering bij een andere zorgverzekeraar hebt beëindigd omdat deze de verzekeringsvoorwaarden wijzigde, of omdat het jaar afliep. Uw (aanvullende) (zorg)verzekering gaat bij ons in op de 1e dag nadat uw oude verzekering is geëindigd.

A.4.4. Verzekeringsduur

Uw verzekering duurt één volledig jaar, tenzij uw verzekering bij ons in de loop van het jaar start. In dat laatste geval loopt de verzekering tot 1 januari van het volgende jaar. Wij verlengen de verzekering daarna van jaar tot jaar. Dat vertellen wij u ieder jaar samen met de wijzigingen voordat de

verlenging ingaat. Dan hebt u de gelegenheid om uw verzekering te wijzigen of te beëindigen.

A.4.5. Begin en einde van recht op zorg

U hebt alleen recht op zorg waarop u volgens de verzekeringsvoorwaarden recht hebt als u die zorg hebt gehad in de periode dat deze zorgverzekering loopt. Als een DBC-zorgproductcode gedeclareerd wordt die begon voor de einddatum van uw zorgverzekering, dan gaan wij ervan uit dat de kosten daarvan zijn gemaakt tijdens de periode waarin uw zorgverzekering liep.

A.5. Wanneer kunt u opzeggen of wijzigen?

A.5.1. Herroepen van uw nieuwe verzekering

Als u (verzekeringnemer) een (nieuwe) verzekering hebt afgesloten of als u uw bestaande verzekering wijzigt, mag u die afgesloten verzekering kosteloos en zonder reden beëindigen door herroeping. Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

- U moet de herroeping schriftelijk indienen. Vermeld daarbij duidelijk uw naam, adres, woonplaats en welke verzekering u wilt herroepen.
- De herroeping moet binnen 14 dagen nadat uw nieuwe verzekering is ingegaan bij ons binnen zijn. Is de verzekering nog niet ingegaan dan moet de herroeping binnen 14 dagen nadat u het polisblad hebt ontvangen, bij ons binnen zijn.

Voldoet u niet aan deze voorwaarden, dan eindigt uw nieuwe verzekering niet door herroeping.

Wij beëindigen de nieuw afgesloten verzekering met terugwerkende kracht tot en met de dag waarop de verzekering is ingegaan. Had u ons al premie betaald voor deze verzekering, dan betalen wij die binnen 30 dagen nadat wij de herroeping hebben ontvangen aan u terug.

Had u tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van herroeping kosten gemaakt en vergoed gekregen van ons, dan betaalt u die aan ons terug binnen 30 dagen nadat u daarvoor een specificatie van ons hebt ontvangen.

A.5.2. Met ingang van een nieuw jaar

U (verzekeringnemer) kunt uw verzekering elk jaar opzeggen of wijzigen. Wij moeten dan uiterlijk op 31 december schriftelijk uw opzegging of wijziging hebben ontvangen. Ontvangen wij die later, dan blijft uw lopende verzekering nog een jaar

gelden en eindigt daarna op 1 januari. Dit artikel geldt niet voor een zorgverzekering die CAK voor u heeft gesloten; zie artikel A.5.8.

Bij wijziging sluit u - nadat wij hiermee akkoord zijn gegaan - bij ons een andere, vervangende verzekering. Uw lopende verzekering eindigt dan per 1 januari daaropvolgend.

A.5.3. Bij verandering van de verzekeringsvoorwaarden

Wij hebben het recht de verzekeringsvoorwaarden te veranderen. Is de verandering in uw nadeel (en gaat het om een wijziging in een verzekering die u hebt afgesloten), dan hebt u (verzekeringnemer) het recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen. Opzeggen moet u schriftelijk doen. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gebracht. Uw verzekering eindigt of wijzigt op de dag dat de verandering ingaat.

Het recht tot opzeggen of wijzigen van de verzekering geldt niet als de verandering van de verzekeringsvoorwaarden het gevolg is van een wijziging van de wetgeving.

A.5.4. Bij verandering van de premiegrondslag

Als wij de premiegrondslag veranderen, stellen wij u hiervan ten minste 7 weken van tevoren op de hoogte. Als wij de premiegrondslag verhogen, hebt u (verzekeringnemer) het recht uw verzekering op te zeggen of te wijzigen vanaf de dag dat wij u deze mededeling doen tot de dag waarop de verhoging ingaat. Opzeggen moet u schriftelijk doen. Uw verzekering eindigt of wijzigt op de dag dat de premieverhoging ingaat.

A.5.5. Bij verandering van collectiviteit

Bent u (verzekeringnemer) collectief verzekerd via een werkgever en treedt u aansluitend in dienst bij een andere werkgever die een andere collectieve verzekering heeft afgesloten? U (verzekeringnemer) kunt dan uw collectieve verzekering via uw oude werkgever ook in de loop van het jaar beëindigen. U (verzekeringnemer) kunt de oude collectieve verzekering schriftelijk opzeggen vanaf de dag dat uw oude dienstverband eindigt tot 30 dagen nadat uw nieuwe dienstverband is ingegaan. Uw nieuwe collectieve verzekering gaat in op de dag van indiensttreding bij uw nieuwe werkgever als dit de 1e dag van de kalendermaand is of anders op de 1e dag van de maand na indiensttreding. Uw oude collectieve verzekering eindigt diezelfde dag, evenals de premiekorting en andere collectieve afspraken die bij uw oude collectieve verzekering horen.

A.5.6. Bij verandering van collectieve verzekering naar individuele verzekering

Wij zetten voor u (verzekeringnemer) en uw gezinsleden de collectieve verzekering om in een individuele verzekering als u niet meer in aanmerking komt voor deelname aan de collectieve overeenkomst waarbinnen de collectieve verzekering valt. Hiervan is bijvoorbeeld sprake in de volgende gevallen:

- Als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) hebt afgesloten via uw werkgever en u niet meer beschouwd kunt worden als werknemer van die werkgever. Vernemen wij dit binnen 30 dagen nadat u geen werknemer meer bent, dan kunt u aan de collectiviteit blijven deelnemen tot 1 januari van het volgende jaar. Als u het later doorgeeft, dan stellen wij vast wanneer de deelname eindigt.
- Als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) hebt afgesloten via een rechtspersoon die uw belangen behartigt. Wij doen dit per de datum dat u niet meer aangemerkt kunt worden als een persoon wiens belangen door die rechtspersoon worden behartigd.
- Als de collectieve overeenkomst (welke is aangegaan tussen de werkgever of belangenbehartiger en ons) waarbinnen uw collectieve verzekering valt, om enige reden eindigt.

Vanaf dat moment vervalt de collectiviteitskorting. De collectieve verzekering(en) wordt (worden) in dat geval aansluitend voortgezet op basis van de voorwaarden die voor een individuele verzekering gelden en het meest lijken op de voormalige collectieve voorwaarden. Vanaf dat moment moet u de premie voor een individuele verzekering gaan betalen.

A.5.7. Bij einde van de verzekering voor iemand anders

Hebt u (verzekeringnemer) iemand anders verzekerd, dan kunt u ook in de loop van het jaar de verzekering voor die verzekerde opzeggen of bij ons een andere verzekering sluiten, als deze persoon via een andere verzekering wordt verzekerd:

- Als u (verzekeringnemer) de verzekering schriftelijk opzegt **voordat** de nieuwe verzekering ingaat, eindigt de verzekering op de dag waarop de nieuwe verzekering ingaat.
- Zegt u (verzekeringnemer) de verzekering schriftelijk op **nadat** de nieuwe verzekering is ingegaan, dan eindigt de verzekering na afloop van een volledige maand nadat wij de opzegging ontvingen.

A.5.8. Bij einde van de zorgverzekering die CAK heeft gesloten

Als u op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht bent een zorgverzekering te sluiten, kan het zijn, dat u desondanks niet verzekerd was en CAK voor u bij ons een zorgverzekering heeft gesloten.

- U kunt deze zorgverzekering gedurende 2 weken vanaf het moment dat CAK u dat heeft medegedeeld, beëindigen met terugwerkende kracht, als u aan CAK en aan ons aantoont dat u al een andere zorgverzekering heeft gesloten binnen 3 maanden nadat CAK u heeft medegedeeld dat u onterecht niet verzekerd was.
- U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden dat deze loopt niet opzeggen.

A.5.9 Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

De opzeg- en wijzigingsmogelijkheden die wij hiervoor in de artikelen A.5.2., A.5.4., A.5.5. en A.5.7. hebben aangegeven, gelden niet in de volgende situaties:

- U (verzekeringnemer) hebt de (bestuursrechtelijke) premie en kosten die u moet betalen niet op tijd aan ons betaald; en
- Wij hebben u hiervoor een herinnering (zie artikel A.9.1.) gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- Wij hebben de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (geschorst); en
- Wij hebben niet binnen 14 dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de (bestuursrechtelijke) premie, kosten en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald hebt, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruikmaken van deze opzeg- en wijzigingsmogelijkheden.

A.5.10. Royementsverklaring

Als de verzekering(en) eindigt (eindigen) door opzegging hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.6. Wanneer beëindigen wij de verzekering

A.6.1. Wettelijke beëindiging van uw verzekering

Op grond van de wet moeten wij uw verzekering in bepaalde situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan zo snel mogelijk op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- u (verzekerde) overlijdt. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht.

A.6.2. Wettelijke beëindiging van uw zorgverzekering

Naast het bepaalde in artikel A.6.1. moeten we op grond van de wet uw zorgverzekering ook in bepaalde andere situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- wij het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden (werkgebied) hebben veranderd en u (verzekerde) door die verandering buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de Wlz verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen.

A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering bij ons hebt afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht hebt, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze hebt gesloten. Wij verrekenen de premie die u hebt betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

A.6.4. Misdrijf of overtreding

Als u zich tegenover ons of een gecontracteerde zorgverlener schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- al uw verzekeringen bij ons per direct te beëindigen;

- aanspraken op zorg of vergoeding van kosten van zorg op te schorten;
- betaalde vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door het CAK bij ons bent verzekerd, omdat dit instituut meende dat u verzekeringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringswet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Wij beëindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.

A.6.5.1. Einde van een verzekering

Als wij stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde soort verzekering die u hebt gesloten, kunnen wij de betreffende verzekering beëindigen. Wij informeren u hierover ten minste 6 maanden voor het moment van beëindiging. Als wij de verzekering vervangen door een andere verzekering informeren wij u tenminste 3 maanden voor deze wijziging.

A.6.6. Royementsverklaring

Als wij de verzekering(en) beëindigen, hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

A.7.1. Kosten

Voor de verzekering moet u (verzekeringnemer) aan ons de volgende kosten betalen:

- de premie voor alle verzekerden op uw polis;
- de bedragen die op grond van wettelijke regelingen voor uw (verzekerde en verzekeringnemer) rekening komen/blijven (zoals eigen risico, eigen bijdragen, overschrijding van vastgestelde maximale vergoedingen);
- bedragen voor verzekerde zorg die wij voor u (verzekerde en verzekeringnemer) door rechtstreekse betaling aan uw zorgverlener hebben voorgeschoten.
- eventuele toeslagen, onverschuldigde betalingen en andere kosten. Hieronder valt een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in

rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

Onder kosten verstaan wij niet wettelijke rente, verdragingsrente en incassokosten die wij moeten maken als u te laat of niet betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen als gevolg van een vrijwillig gekozen eigen risico staan op de premiebijlage.

A.7.2. Vaststelling van de kosten

Wij stellen in Nederlands wettig betaalmiddel (euro's) vast wat de hoogte van de kosten is en in welke gevallen en op welk moment u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Hiervoor zijn uw actuele leeftijd en de soort verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten, ook van belang.

A.7.3. Hoogte van de premie

De premie die is genoemd in artikel A.7.1. onder het 1^e bolletje en die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen, is gelijk aan de premiegrondslag (de bruto premie) minus de volgende kortingen als die van toepassing zijn:

- korting als u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- collectiviteitskorting;
- korting als u uw premie voor een langere periode vooruit betaalt dan één maand (betaaltermijnkorting).

A.7.4. Tot 18 jaar

Voor een verzekerde met een zorgverzekering bedraagt de premie € 0,- tot de 1e dag van de maand nadat hij 18 jaar is geworden.

A.7.5. Tijdens hechtenis of gevangenschap

Als u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, bent u geen kosten aan ons verschuldigd voor uw verzekering.

A.7.6. Als uw verzekering wijzigt

Als uw verzekering in de loop van de maand wijzigt, berekenen wij de hoogte van de kosten opnieuw. Deze nieuwe bedragen gaan dan in op de dag waarop de wijziging ingaat. Als er een verzekerde overlijdt, betalen wij de bedragen naar rato vanaf de dag na het overlijden terug of wij verrekenen de bedragen naar rato.

A.7.7. Aanmelding van nieuwe verzekerde

Als u (verzekeringnemer) in de loop van een betalingsperiode een nieuwe verzekerde aanmeldt, betaalt u voor die verzekerde alleen over het overgebleven gedeelte van deze betalingsperiode.

de.

A.7.8. Als u ten onrechte niet verzekerd bent

U bent (nog) niet verzekerd maar moet zich op grond van de Zorgverzekeringswet wel verzekeren. Wij moeten in dat geval alle stukken hebben ontvangen binnen 4 maanden nadat uw verzekeringsplicht is ingegaan of binnen een maand nadat uw eerdere zorgverzekering is beëindigd. Als de stukken te laat binnen zijn, gaat de zorgverzekering in op het moment dat wij de benodigde gegevens en/of documenten hebben ontvangen.

A.8. Betaling van premie en kosten

A.8.1. Wie betaalt de premie en kosten?

U (verzekeringnemer) bent verantwoordelijk voor de volledige en tijdige betaling van de verschuldigde kosten.

A.8.2. Vooruit betalen

U (verzekeringnemer) moet de verschuldigde kosten vooruit betalen. Wij hebben met u (verzekeringnemer) afgesproken voor welke periode u deze kosten vooruit betaalt. Die periode noemen wij de 'betalingsperiode'. De betalingsperiode kan één maand, één kwartaal, één halfjaar of één jaar zijn. U (verzekeringnemer) hebt tijdig voldaan aan uw betalingsverplichting als het totale verschuldigde bedrag over de met u afgesproken betalingsperiode in ons bezit is:

- uiterlijk op de datum die op de acceptgiro of premienota staat, als u betaalt door middel van een acceptgiro of op basis van een premienota;
- door middel van automatische incasso. Automatische incasso vindt plaats in de 1^e 7 dagen van de met u afgesproken betalingsperiode. Op uw verzoek kunt u met ons een ander moment voor automatische incasso afspreken;
- uiterlijk vóór de 1^e dag van de met u afgesproken betalingsperiode, als u op een andere manier betaalt dan door middel of op grond van een acceptgiro, een premienota of automatische incasso.

A.8.3. Manier van betalen

U (verzekeringnemer) hebt met ons afgesproken hoe u alle verschuldigde kosten betaalt. Dat kan zijn door een automatische incasso, een acceptgirobetaling (op papier of via e-mail), internetbankieren of een premienota. Hebt u met ons afgesproken digitaal te communiceren, dan is alleen automatische incasso, acceptgirobetaling via e-

mail of in bepaalde gevallen betaling via internetbankieren mogelijk. Bij een zorgverzekering "Natura JUST" en een zorgverzekering "Natura Direct" is alleen automatische incasso mogelijk.

Als wij via automatische incasso de verschuldigde kosten van uw bankrekening afschrijven, blijft u verantwoordelijk voor tijdige en volledige betaling. U ontvangt een vooraankondiging voordat het bedrag van de bankrekening afgeschreven wordt.

A.8.4. Verrekening

- U (verzekeringnemer) kunt schulden niet verrekenen met bedragen die u (verzekeringnemer én verzekerden) nog van ons tegoed hebt.
- Wij kunnen uw (verzekeringnemer) schuld wel verrekenen met bedragen waarop u (verzekeringnemer én verzekerde) recht hebt op grond van de verzekeringen die u bij ons hebt gesloten. Wij verrekenen de schuld niet met uitbetalingen van het PGB (Persoons Gebonden Budget).

A.9. Betalingsachterstand

A.9.1. Herinnering en opschorting

Als u (verzekeringnemer) niet (tijdig) aan uw betalingsverplichting voldoet, hebt u een betalingsachterstand en sturen wij u een herinnering. Betaalt u daarna niet binnen 14 dagen, dan nemen wij achtereenvolgens de volgende stappen:

- wij verrekenen uw (verzekeringnemer) schuld met bedragen waarop u (verzekeringnemer én verzekerde) recht hebt. Blijft er dan nog een deel van uw schuld over, dan moet u dat nog wel betalen. U hebt pas weer recht op dekking vanuit uw aanvullende verzekering vanaf de dag nadat alle bedragen die u moest betalen bij ons binnen zijn.
- wij schakelen een deurwaarder in (zie artikel A.9.2.).
- wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en).
- vanaf 6 maanden melden wij uw betalingsachterstand voor uw zorgverzekering bij het CAK. U moet dan aan het CAK iedere maand een bestuursrechtelijke premie voor uw zorgverzekering betalen in plaats van de premie die u aan ons moet betalen. De hoogte van deze bestuursrechtelijke premie voor uw zorgverzekering wordt door de overheid bepaald. Het CAK int deze bestuursrechtelijke premie totdat u alle verschuldigde bedragen voor uw zorgverzekering hebt betaald. Dit is een wettelijke regeling.
- U bent niet langer verplicht om de bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen van-

af de 1e dag van de maand volgend op de maand waarin:

- o uw betalingsachterstand niet meer bestaat, of
- o de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen uit de Faillissementswet op u (verzekeringnemer) van toepassing heeft verklaard, of
- o u (verzekeringnemer) gaat deelnemen aan een schuld(sanerings)regeling. Deze is tot stand gekomen door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener en wij nemen daaraan ten minste ook deel, of
- o wij met u een betalingsregeling hebben getroffen.

Uw (verzekeringnemer) plicht om uw normale kosten aan ons te betalen gaat weer in op de 1e dag van de maand volgend op de maand waarin een van bovenstaande situaties van toepassing is.

Wij melden u opnieuw aan bij het CAK waardoor u weer verplicht bent om de bestuursrechtelijke premie te betalen vanaf de 1e dag van de maand volgend op de maand:

- waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, g Faillissementswet is beëindigd, of
- waarin u zich, blijkens een melding aan het CAK, aan deelname aan een op u van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als hierboven bedoeld, hebt onttrokken voordat u de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken aan ons volledig bent nagekomen.

Om verdere toename van schulden te voorkomen, wisselen wij gegevens uit met uw gemeente. Wij sturen uw gemeente een bericht, zodra u 2 maanden premieachterstand of meer hebt. Wij doen dit voordat u wordt aangemeld bij het CAK. De gemeente kan samen met ons een regeling treffen over uw betalingsachterstand. Als u aan de voorwaarden voldoet, bent u van uw schulden bij ons en het CAK af.

A.9.2. Rente en incassokosten

Als u (verzekeringnemer) een betalingsachterstand hebt, betaalt u ons ook de wettelijke / vertragingsrente over de verschuldigde en opeisbare kosten. Bovendien moet u eventuele incassokosten betalen.

A.9.3. Vervallen van betaaltermijnkorting

Als u (verzekeringnemer) met ons hebt afgesproken kosten over een langere betalingsperiode dan één maand vooruit te betalen, krijgt u daarvoor

betaaltermijnkorting. Als er een betalingsachterstand is ontstaan, zetten wij voor de verzekeringnemer waarvan u verzekeringnemer bent de betalingsperiode om naar één maand en verliest u uw betaaltermijnkorting. Het verlies van deze korting geeft u niet het recht om uw verzekering op te zeggen.

A.9.4. Aflossen schuld

Loopt u (verzekeringnemer) achter met de betaling? Dan lost u met elk bedrag dat wij van u ontvangen (een deel van) uw schuld af in de volgende volgorde:

- U lost altijd eerst de rente en incassokosten af (zie artikel A.9.2.);
- U lost daarna de schuld af van de kosten van uw zorgverzekering en daarna de kosten van uw aanvullende verzekering(en). Zie voor een uitleg over "kosten" ook artikel A.7.1. U lost eerst het langst openstaande deel van uw schuld af.

Bestaat de openstaande schuld uit bedragen van meerdere perioden, doordat u langere tijd niet hebt betaald? Dan kunt u de schuld niet splitsen door bijvoorbeeld eerst alleen de achterstallige premie te betalen en daarna de eventuele andere schulden. De schuld moet per periode in zijn geheel betaald worden.

A.10. Premie en kosten na beëindiging

A.10.1. Schuld over beëindigde verzekering

Als u ons nog premie en kosten zoals bedoeld in artikel A.7.1. moet betalen voor een verzekering die inmiddels beëindigd is en u sluit een nieuwe verzekering bij ons af, dan hebben wij het recht:

- de kosten van zorg die u uit uw nieuwe verzekering van ons vergoed krijgt, te verrekenen met de oude openstaande schuld;
- onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare premies en kosten betaald hebt. Wij vergoeden geen rekeningen totdat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde premie en kosten aan ons hebt betaald, ook die van de oude beëindigde verzekering.

A.10.2. Teveel betaalde premie

- Eindigt uw verzekering in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan krijgt u (verzekeringnemer) het betaalde bedrag over het aantal overgebleven dagen van die betalingsperiode terug.

- Als uw verzekering wijzigt in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan verrekenen wij de teveel betaalde premie over het aantal overgebleven dagen in die betalingsperiode, met de premie die u moet betalen voor de nieuwe verzekering(en).
- Wij kunnen in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, uw verzekering beëindigen, omdat u zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen krijgt u (verzekeringnemer) over het overgebleven gedeelte van die betalingsperiode van het betaalde bedrag niets terug.

A.11. Verandering van premiegrondslag

Wij kunnen de premiegrondslag veranderen. De hoogte van de premie verandert dan ook. Wij delen u (verzekeringnemer) deze verandering ten minste 7 weken voordat deze ingaat mee. In artikel A.5.4 kunt u de opzegmogelijkheden lezen die hierbij gelden.

A.12. Verplicht eigen risico

A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 385,- voor een heel jaar. Als de verzekering ingaat of eindigt na 1 januari of als u na 1 januari 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico van dat jaar lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en A.12.7.

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 385,- aan kosten die u als vergoeding uit uw zorgverzekering zou ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed.

Een eigen risico is iets anders dan een (wettelijke) eigen bijdrage. Eigen risico en (wettelijke) eigen bijdragen kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

A.12.2. Verrekening eigen risico

- De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is geleverd.
Wordt in 2 achtereenvolgende jaren gebruik gemaakt van de zorg en op één rekening, in één bedrag in rekening gebracht dan worden

de kosten van deze zorg verrekend met het verplicht eigen risico van het eerste jaar.

- Rekeningen worden met het eigen risico verrekend als deze uiterlijk op 31 december van het jaar na behandeling of na opening van de DBC bij ons binnen zijn. Een behandeling op 1 april 2021 mag dus niet meer verrekend worden met het eigen risico als wij de rekening na 31 december 2022 ontvangen.

Let op!

De kosten van een DBC-zorgproductcode (behalve de eerstelijns DBC-zorgproductcodes) tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin een DBC-zorgproductcode is begonnen (opening van de DBC-zorgproductcode). Dit geldt echter niet voor Overige Zorg Producten (OZP's) voor medisch specialistische of specialistische psychiatrische zorg.

A.12.3. Geen eigen risico

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 385,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:

1. De kosten van huisartsenzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten van zorg die met huisartsenzorg te maken hebben, maar waarbij de zorg ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Deze zorg moet dan wel uitgevoerd worden door een persoon of instelling die een tarief mag vragen dat door de NZa is vastgesteld.

Voorbeeld:

U maakt in een jaar voor € 75,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om € 30,- aan kosten voor een consult bij de huisarts. Deze kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Daarnaast gaat het om € 45,- aan kosten voor bloedafname en bloedonderzoek, op verwijzing van de huisarts. Het bloedprikken en laboratoriumkosten voor het bloedonderzoek tellen wel mee voor het verplicht eigen risico. U moet dan € 45,- zelf betalen. De € 30,- voor het huisartsenconsult worden wel door ons vergoed.

2. De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg artikelen B.5., B.6. en B.7.

Let op!

Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor:

- De NIPT uit artikel B.5.3.;
- opname in een instelling na de bevalling

- (bijvoorbeeld als u als gezonde moeder in het ziekenhuis blijft terwijl uw kind met medische noodzaak opgenomen is);
- o kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die in een ander artikel van onze verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen, zoals IVF, ambulancevervoer, medicijnen, hulpmiddelen en (laboratorium of diagnostisch) onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.
3. De kosten van zorg voor u als donor vanaf 13 weken (bij levertransplantatie vanaf 6 maanden) na de opname ter selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal. (zie artikel B.4.7.2.). Het gaat hierbij om zorg die verband houdt met de orgaantransplantatie.
 4. De kosten van vervoer van de donor bij orgaantransplantatie als deze vervoerskosten onder zijn eigen zorgverzekering vallen (zie artikel B.4.7.2.).
 5. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving vallen:
 - o een bedrag voor de inschrijving als patiënt. Wij vergoeden maximaal het tarief dat hiervoor op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (rekening houdend met fiscale wetgeving) is vastgesteld;
 - o kosten die te maken hebben met:
 - de manier waarop de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk of de instelling wordt verleend;
 - de kenmerken van het patiëntenbestand;
 - de plaats van de praktijk of instelling.Wij moeten hierover met de huisarts of instelling wel een contract hebben afgesloten. In dat contract moeten wij ook hebben afgesproken dat zij deze kosten bij uw inschrijving in rekening mogen brengen.
 6. De kosten van ketenzorg.
 7. De kosten van wijkverpleging (zie ook artikel B.26.).
 8. Hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven. Hiervoor zijn geen kosten verschuldigd. Daarom geldt hiervoor het verplicht eigen risico niet. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en gebruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven.
 9. De gehele of gedeeltelijke kosten van zorg en overige diensten als u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of

stoppen met roken hebt gevolgd, dat wij hebben aangewezen.

Wij hebben hier de kosten voor een Stoppen-met-roken (SMR) programma voor aangewezen inclusief de medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie) als onderdeel van een SMR programma (zie artikel B.21.2.) en voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR.

Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.

10. De kosten van de app Skinvision (zie artikel B.4.3.). Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.

11. De kosten voor door ons aangewezen zorg als u gebruik maakt van een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener.

Uitsluitend in de Zorgverzekering Natura Select hebben wij hiervoor de volgende zorg aangewezen:

- o Fysiotherapie bij Claudicatio Intermittens. Zie artikel B.8.4.
- o Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie. Zie artikel B.8.2.

In de artikelen van de betreffende zorg kunt u de nadere voorwaarden lezen. Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.

Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.

Daarnaast geldt geen verplicht eigen risico (en ook geen vrijwillig eigen risico) voor de zorg die onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering(en) valt.

Voor medisch specialistische zorg uit de aanvullende verzekering (artikel D.1.) geldt het verplicht eigen risico weer wel voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze niet onder de DBC van de ingreep vallen.

A.12.4. Kosten voor eigen rekening

Kosten die u op grond van de verzekeringsvoorwaarden zelf moet betalen, tellen niet mee voor het door u te betalen verplicht eigen risico. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om (wettelijke) eigen bijdragen.

A.12.5. Betaling aan zorgverlener en eigen risico

Als een gecontracteerde zorgverlener rechtstreeks bij ons declareert, kunnen wij uw kosten rechtstreeks aan de zorgverlener vergoeden. Als u nog een (deel van het) eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen dit met u.

Als u zelf de rekening naar ons instuurt of als de zorgverlener niet gecontracteerd is voor de betreffende zorg, betalen wij aan u als er nog een (deel van het) eigen risico openstaat. U ontvangt van ons dan het bedrag waar u voor verzekerd bent, minus het nog openstaande eigen risico. U moet zelf zorgen voor een volledige en tijdige betaling aan de zorgverlener.

A.12.6. Als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint, eindigt of verandert

Als uw zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt, betaalt u een evenredig deel van het verplicht eigen risico voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep, afgerond op hele euro's.

Wij tellen het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is 365 dagen en 366 dagen bij schrikkeljaren). De uitkomst hiervan vermenigvuldigen wij met € 385,-. De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld verplicht eigen risico:

Uw zorgverzekering begint op 23 september 2022. Van 23 september 2022 tot en met 31 december 2022 is 100 dagen. 2022 is geen schrikkeljaar en kent dus 365 dagen. Uw verplicht eigen risico wordt dan:

- € 385,- : 365 = € 1,0547 eigen risico per dag
- € 1,0547 x 100 dagen = € 105,47 eigen risico dat jaar (niet afgerond)
- € 105,47 ronden wij af. De uitkomst is dan € 105,-. Dat is uw verplicht eigen risico voor dat jaar.

Let op!

Wanneer u binnen een jaar verschillende aaneengesloten zorgverzekeringen hebt bij ons met een verschillend vrijwillig gekozen eigen risico, moeten de naar rato berekende eigen risicobedragen voor dat jaar bij elkaar worden opgeteld.

Voorbeeld verplicht en vrijwillig eigen risico:

Uw eerste zorgverzekering loopt van 1 januari 2022 t/m 30 juni 2022; dit zijn 181 dagen. U hebt dan alleen het verplichte eigen risico van € 385,-.

Uw tweede zorgverzekering loopt van 1 juli 2022 t/m 31 december 2022 dit zijn 184 dagen. U kiest dan, naast het verplichte eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 300,-.

Uw (verplicht) eigen risico voor de eerste zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- : 365 = € 1,0547 eigen risico per dag
- € 1,0547 x 181 dagen = € 190,90 eigen risico; dat is afgerond € 191,-.

Uw (verplicht en vrijwillig) eigen risico voor uw 2^e zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- + € 300,- = € 685,-
- € 685,- : 365 = € 1,8767 eigen risico per dag
- € 1,8767 x 184 dagen = € 345,31 eigen risico; dat is afgerond € 345,-.

Voor deze 2 periodes tellen wij beide eigen risico bedragen bij elkaar op: € 191,- + € 345,- = € 536,-. Dat is uw eigen risico (verplicht + vrijwillig) voor het gehele jaar.

A.12.7. Als u 18 jaar wordt

Tot 18 jaar is het verplicht eigen risico € 0,-. Vanaf 18 jaar is dat € 385,- voor een heel jaar. Als de hoogte van uw verplicht eigen risico in de loop van het jaar verandert en u direct voor de wijziging al een zorgverzekering bij ons had, geldt een evenredig deel als verplicht eigen risico, afgerond op hele euro's.

De hoogte van het verplicht eigen risico wordt dan als volgt berekend:

- Wij vermenigvuldigen het bedrag van het verplicht eigen risico met het aantal dagen van dat jaar dat dit verplicht eigen risico gaat gelden;
- De uitkomst daarvan delen wij door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is 365 dagen en 366 dagen bij schrikkeljaren);
- Dat bedrag ronden wij af op hele euro's.

Voorbeeld:

U hebt een zorgverzekering afgesloten voor u en uw zoon. Op 5 november 2022 wordt uw zoon 18 jaar. Vóór 5 november 2022 had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 5 november 2022 een verplicht eigen risico van € 385,-. Vanaf 5 november resteren dat jaar nog 57 dagen. Het eigen risico voor uw zoon bedraagt dat jaar dan:

- € 385,- : 365 dagen = € 1,0547 eigen risico per dag.
- € 1,0547 x 57 dagen = € 60,12 eigen risico; dat is afgerond € 60,-. Dit is dan het resterende deel van het eigen risico voor dat jaar, geldend vanaf het moment dat uw zoon 18 jaar is geworden.

A.12.8. Eerst verplicht en daarna vrijwillig eigen risico

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplichte eigen risico vol. Als dat is verrekend, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillige eigen risico. Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen vanaf dat

moment daadwerkelijk vergoed van ons.

A.12.9. Gespreide betaling

U (verzekeringnemer) kunt het verplicht eigen risico gespreid betalen.

Wanneer kunt u deelnemen?

- U hebt op 1 januari bij ons een zorgverzekering;
- U hebt een zorgverzekering met alleen een verplicht eigen risico; u hebt dus niet gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- U bent 18 jaar of ouder;
- Uw aanvraag voor gespreide betaling is voor 1 februari van het jaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, bij ons binnen;
- U bepaalt welke verzekerden, genoemd op uw polisblad, u voor deze regeling aanmeldt. Deze deelnemende verzekerden meldt u bij de aanvraag tegelijkertijd aan;
- U betaalt vanaf het 1e kwartaal van het deelnamejaar in 10 termijnen.

Voorwaarden tijdens deelname

- Deelname wordt jaarlijks verlengd, behalve als u voor 1 februari van het volgende jaar aangeeft dat en voor welke verzekerden u wilt stoppen met deze betalingsregeling.
- U ontvangt een eindafrekening in het 1e kwartaal van het volgende jaar. Hebt u teveel betaald aan verplicht eigen risico, dan betalen wij het (resterende) bedrag uiterlijk in datzelfde kwartaal aan u terug. Als hierna nog rekeningen bij ons binnenkomen die met uw verplicht eigen risico van het afgelopen jaar moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug.

Einde van de deelname

- Als u niet meer wilt deelnemen, meldt u zich bij ons af.
- Wij kunnen de deelname beëindigen als:
 - niet meer wordt voldaan aan bovenstaande voorwaarden;
 - u niet tijdig betaalt;
 - uw verzekeringssituatie wijzigt in die zin dat de verzekeringnemer of aantal deelnemers verandert.
- Eindigt deelname voor deze betalingsregeling gedurende het jaar, dan ontvangt u direct een eindafrekening. Teveel betaald verplicht eigen risico betalen wij dan aan u terug. Als u nog verplicht eigen risico moet betalen, dan betaalt u dat direct in één keer aan ons. Als hierna nog rekeningen bij ons binnenkomen die met uw verplicht eigen risico moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct bij u

terug.

A.13. Vrijwillig gekozen eigen risico

A.13.1. Voorwaarden vrijwillig eigen risico

De artikelen A.12.2., A.12.3. punt 1 tot en met 8 en A.12.4 tot en met A.12.8. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico van uw zorgverzekering. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico de hierna genoemde verzekeringsvoorwaarden.

A.13.2. Lagere premie

Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent bij uw zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u (verzekeringnemer) voor uw zorgverzekering betaalt.

U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, of € 500,- per jaar.

Bij een Zorgverzekering Natura JUST kunt u alleen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 300,- of € 500,- per jaar.

Bij een Zorgverzekering Natura Select kunt u alleen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- per jaar.

Op aanvullende verzekeringen is geen eigen risico van toepassing.

A.13.3. Als u 18 jaar wordt

Wij vragen u uiterlijk in de maand vóór de 18^e verjaardag voor welke hoogte van het vrijwillig eigen risico u wilt kiezen vanaf de 18^e verjaardag. Reageert u niet of niet op tijd op deze vraag, dan berekenen wij de premie voor uw zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico.

A.14. Algemene verplichtingen

A.14.1. Als u verplichtingen niet nakomt

U hebt bepaalde algemene verplichtingen tegenover ons. Deze verplichtingen zijn genoemd in dit artikel. Als u onze belangen schaadt, doordat u deze verplichtingen niet nakomt, hebt u geen recht op dekking van zorg. Ook kunnen wij de vergoedingen die u eerder van ons voor zorg ontving, terugvorderen en hebt u geen recht meer op de zorg of de vergoeding die u nog moet ontvangen voor rekeningen die zijn ingediend.

A.14.2. Algemene verplichtingen

U bent verplicht:

- te kunnen bewijzen dat u bent wie u zegt te zijn als u zorg inroept bij een instelling voor medisch specialistische zorg of bij een polikliniek.
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt;
- ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts, controleur of de zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie;
- ons binnen 30 dagen te melden dat u in hechtenis bent genomen of in de gevangenis zit of u daartoe veroordeeld bent;
- ons binnen 30 dagen te melden dat uw hechtenis of gevangenschap is beëindigd;
- ons bij overlijden van de verzekeringnemer of wanneer de verzekeringnemer niet meer bevoegd is zelfstandig over zijn vermogen te beschikken, binnen 30 dagen te laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer(s) wordt / worden.

A.14.3. Ander aansprakelijk stellen

Cessie: vorderingen aan ons overdragen

Soms kunnen wij derden aansprakelijk stellen voor kosten of zorg die wij hebben vergoed uit uw verzekering(en). Vanaf het moment dat uw verzekering ingaat, draagt u de eventuele vorderingen die u op derden krijgt, aan ons over. Het gaat daarbij om vorderingen met betrekking tot zorg die onder de dekking van de verzekering(en) kan komen.

Behulpzaamheid bij aansprakelijkheid van andere partijen (derden)

Er kunnen zich omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen voordoen, waardoor u direct of later zorg moet krijgen die, of waarvan de kosten onder de dekking van een of meer van uw verzekering(en) vallen. Als wij anderen voor deze kosten aansprakelijk kunnen stellen, moet u dit uiterlijk binnen 14 dagen aan ons melden. U bent verplicht ons behulpzaam te zijn als wij proberen deze kosten te verhalen.

Geen overeenkomsten met derden

U mag geen afspraken maken of overeenkomsten aangaan met derden (ook niet met verzekeraars) die wij aansprakelijk kunnen stellen. Dit geldt niet als wij u hiervoor vooraf een schriftelijke akkoord-

verklaring geven.

Gevolgen bij geen medewerking

Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u ons niet helpt verhaal te halen.

A.15. Doorgeven van informatie

A.15.1. Geven van juiste informatie

U bent verplicht ons juiste informatie te geven en ons te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, geeft u ons valse of misleidende stukken, doet u een onjuiste opgave of weigert u ons uw medewerking, dan hebben wij de volgende mogelijkheden:

- Wij beëindigen uw verzekering en u hebt daarom geen enkele aanspraak meer op dekking van zorg;
- Wij vorderen alle bedragen die u van ons ontving terug tot de datum waarop u ons misleidde;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van de opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de - tussen verzekeraars - erkende signaleringssystemen;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij zullen gedurende een periode van 5 jaar een verzoek tot het sluiten van een nieuwe verzekering weigeren.

Als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, geldt hetzelfde.

A.15.2. Belangrijke gebeurtenissen

U bent verplicht om gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren, binnen 30 dagen aan ons door te geven. Het gaat om zaken zoals:

- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen;
- wijziging van postadres of ander communicatieadres (zoals e-mailadres);
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis/verblijf in gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinssamenstelling.

Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Doet u dit niet op tijd, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij bepalen.

A.15.3. Delen van informatie

Uitsluitend als het van belang is voor een correcte uitvoering van uw verzekering(en) en bijbehorende voorwaarden delen wij ter controle de daarvoor noodzakelijke gegevens zoals pakquetsamenstelling, pakketdeelname, premie, korting en persoonsgegevens. Het doel is om onder andere:

- de collectiviteit waaraan u deelneemt te controleren;
- de uitbetaalde kosten van verzekerde zorg op derden te verhalen, zoals een reisverzekeraar bij verleende zorg in het buitenland.

A.15.4. Actuele adres

Wij gaan ervan uit dat berichten die wij sturen naar het laatste post- of e-mailadres dat bij ons van u bekend is, ook bij u aankomen. Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres door hebt gegeven.

A.16. Privacy en controle

A.16.1. Privacy

Voor de verzekering(en) die u bij ons afsluit, verwerken wij alleen de gegevens die wij nodig hebben voor het uitvoeren van uw verzekering(en). Gaat het over uw persoonsgegevens, dan doen wij dat volgens de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).

Meer over privacy en uw rechten en plichten over de door ons bewaarde en bewerkte (persoons)gegevens vindt u in het "Privacy Statement" op onze website.

A.16.2.

VERVALLEN

A.16.3.

VERVALLEN

A.16.4. Materiële controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de uitvoering van uw verzekering en uw (persoons)gegevens die wij in onze administratie opslaan en verwerken. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringswet, het landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen". U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

A.17. Zorgverleners

A.17.1. Omschrijving zorgverlener

Een zorgverlener is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, of de natuurlijke persoon of rechtspersoon die tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met zorgverlening door een bevoegde zorgverlener.

In een enkel geval verstaan wij onder een zorgverlener ook de natuurlijke persoon die bij ons verzekerde zorg niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verleent of levert. Dat betreft met name de zorg die een verzekerde door middel van een Persoons Gebonden Budget (PGB) zelf inkoop op grond van het Reglement PGB Verpleging en Verzorging.

Een zorgverlener kan zijn:

- een persoon;
- een instelling voor zorgverlening; of
- een zorggroep (zie artikel A.17.3.).

Een zorgverlener verleent zorg of levert goederen en/of middelen. Levering gaat over medicijnen of hulpmiddelen en eventuele, daarmee samenhangende diensten.

A.17.2. Voorwaarden voor zorg en zorgverleners

Zorg valt onder de dekking van de verzekering als:

- een zorgverlenersoort bij de betreffende zorg in de verzekeringsvoorwaarden of het Vergoedingen Overzicht uitdrukkelijk wordt genoemd onder het kopje "zorgverlener". Soorten zorgverleners die wij bij de betreffende zorg niet noemen, mogen die zorg ook niet voor onze rekening verlenen en dus ook niet bij ons declareren. Voor zorg door niet-genoemde soorten zorgverleners hebt u dus geen dekking, ook al bent u wel voor die zorg verzekerd; en
- de zorgverlener deze zorg zelf levert. Zorg mag ook worden geleverd door een andere, zelfs een niet-genoemde soort zorgverlener, als deze handelt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die wij onder dat betreffende artikel wel uitdrukkelijk hebben genoemd, tenzij dat in het betreffende artikel anders staat vermeld; en
- de zorgverlener de zorg declareert onder eigen naam. Het kan ook zijn, dat een instelling, een andere zorgverlener of een derde de zorg declareert met vermelding van de naam van de verantwoordelijke zorgverlener; en

- een zorgverlener in Nederland voldoet aan de eisen en regels, die bij en/of krachtens wetten aan zijn beroep en bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld, zodat hij zodoende bevoegde zorg levert. Zo moet een in Nederland gevestigde zorgverlener voldoen aan de eisen die bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) worden gesteld en moeten zorgverleners zich houden aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ). In Nederland gevestigde zorgverleners moeten voorts ook voldoen aan de eisen van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG):
 - artsen, tandartsen, apothekers, GZ-psychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen moeten zijn opgenomen in de landelijke BIG-registers of een ander door ons als gelijkwaardig beschouwd register. Bijvoorbeeld registratie als laboratoriumspecialist klinische chemie bij de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVCK);
 - van andere dan deze zorgverleners vergoeden wij alleen de zorg, als het zorgverlener betreft die op grond van artikel 34 van de Wet BIG een aangewezen opleiding hebben gevolgd en die rechtmatig de aan die opleiding verbonden titel of het onderscheidingsteken voeren; en
- de zorgverlener die de zorg levert, ook beschikt over een AGB-code; en
- een zorgverlener in het buitenland voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

A.17.3. Hoofdaannemer

Een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep, gezondheidscentrum of podotherapeut) is een zorgverlener zoals bedoeld in artikel A.17.1. Een hoofdaannemer heeft bovendien de volgende kenmerken:

- de hoofdaannemer heeft rechtspersoonlijkheid en contracteert in een samenwerkingsverband meerdere betrokken zorgverleners van verschillende disciplines, bijvoorbeeld een huisarts en diëtist die de daadwerkelijke zorg verlenen.
- de hoofdaannemer kan verschillende vormen van zorg leveren (zie artikelen B.3.1., B.11. en B.23.).
- de hoofdaannemer is verantwoordelijk voor het toezien op de handhaving van de kwaliteitseisen van de aangesloten zorgverleners en de levering van de zorg volgens de zorgstandaard. In zorgstandaarden staat waar, vanuit de patiënt gezien, kwalitatief goede zorg aan

moet voldoen: de inhoud van de zorg, de organisatie ervan en de ondersteuning van zelfmanagement. Een zorgstandaard is dus een hulpmiddel voor zorgverlener, verzekeraar én patiënt.

A.17.4. Contract, betaalovereenkomst en erkenning

a. Gecontracteerde zorgverleners

Wij hebben contracten gesloten over zorg of middelen die zorgverleners leveren. In die contracten hebben wij afspraken gemaakt over de prijs, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg en de voorwaarden waaronder zij die zorg verlenen en bij ons declareren. Wij hebben een lijst gemaakt van de gecontracteerde zorgverleners. Die kunt u vinden op onze website.

Als wij een zorgverlener hebben gecontracteerd, hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor al zijn (zorg)diensten. Het kan ook betekenen dat wij een zorgverlener hebben gecontracteerd voor bepaalde of een aantal van zijn zorgdiensten of tot een bepaald budget (omzetplafond, volumeafspraken). Dit kan tot gevolg hebben dat de zorgverlener u niet meer in behandeling neemt vanwege deze volumeafspraken of als zijn omzetplafond (bijna) is bereikt.

Hebt u een zorgverzekering Natura? Dan kan ons Zorgteam u helpen een andere zorgverlener te vinden die u wel behandelt.

Hebt u een zorgverzekering Restitutie? Dan kan ons Zorgteam contact opnemen met de zorgverlener zodat u alsnog bij hem terecht kunt. Zij kunnen u ook helpen een andere zorgverlener te vinden.

Hebt u een zorgverzekering Combinatie?

Dan kan ons Zorgteam u helpen een andere zorgverlener te vinden voor de verzekerde zorg (in natura). Voor de zorg op restitutiebasis kan ons Zorgteam contact opnemen met de zorgverlener zodat u alsnog bij hem terecht kunt. Zij kunnen ook helpen een andere zorgverlener te vinden.

Als u al onder behandeling bij deze zorgverlener was, kunt u die behandeling ongehinderd afmaken. Als met een zorgverlener een budget (omzetplafond) is afgesproken of volumeafspraken zijn gemaakt, dan geven wij dit op onze website aan bij de betreffende zorgverlener.

Wij hebben met gecontracteerde zorgverleners bijna altijd lagere tarieven afgesproken dan de tarieven die een niet-gecontracteerde zorgverlener rekent. U bent verzekerd voor volledige ver-

goeding, maar u hebt wel belang bij een lager tarief vanwege de verrekening met uw eigen risico. Het eigen risico moet u tenslotte zelf betalen. U profiteert dan toch mee van de lagere tarieven voor de zorg die wij contracteren. Meer informatie over de te vergoeden tarieven vindt u in artikel A.20.

b. Niet-gecontracteerde zorgverleners

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan geven wij aan u een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg als aan de voorwaarden uit artikel A.17.2. is voldaan. En als aan de voorwaarden van de betreffende zorg is voldaan. Meer informatie over de te vergoeden tarieven vindt u in artikel A.20.

c. Zorgverleners met een betaalovereenkomst

Gaat u naar een zorgverlener met een betaalovereenkomst, dan worden de kosten van verleende zorg niet bij u, maar rechtstreeks bij ons gedeclareerd. Wij betalen dan rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van de verzekerde zorg. Zie hiervoor artikelen A.19.3. en A.19.4.

d. Erkenning van zorgverleners

Wij hebben zorgverleners- en/of beroepsgroepen erkend. Wij hebben geen afspraken met hen gemaakt, maar hebben extra voorwaarden aan zorgverleners binnen de zorgverleners- en/of beroepsgroep gesteld als kwaliteitsgarantie.

U leest de extra voorwaarden voor erkenning in:

- artikel A.1. of C.1. in de begripsomschrijving van de betreffende zorgverlener. Bijvoorbeeld een podotherapeut moet lid zijn van de N.V.v.P.; of
- het betreffende artikel van hoofdstuk B. of D. waar de zorg beschreven staat. Bijvoorbeeld een alternatief zorgverlener moet als lid zijn ingeschreven bij één van de beroepsverenigingen voor alternatieve geneeswijzen; de lijst met beroepsverenigingen vindt u op onze website.

Ter afsluiting

Zorgverleners kunnen meerdere van de genoemde overeenkomsten met ons hebben gesloten.

Gecontracteerde zorgverleners hebben ook altijd een betaalovereenkomst. Zorgverleners met een erkenning kunnen ook een betaalovereenkomst met ons hebben. Andersom geldt dat niet. Zorgverleners met een betaalovereenkomst hoeven niet altijd een contract met ons voor bepaalde zorg of middelen te hebben.

A.17.5. Einde contract met zorgverlener

- Eindigt het contract dat wij met uw zorgverlener hebben gesloten, nadat u al was gestart met de behandeling bij deze zorgverlener? Dan vergoeden wij deze zorg uit uw zorgverzekering gedurende uw behandeling.
- Stapt u tijdens uw behandeling over van een andere zorgverzekeraar naar ons? Dan houdt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg uit uw zorgverzekering die u voortzet bij de zorgverlener met wie uw vorige zorgverzekeraar een contract had afgesloten. Dit geldt ook als wij geen contract met deze zorgverlener gesloten hebben, of niet op tijd alsnog een contract kunnen sluiten, of wij er niet voor kunnen zorgen dat de zorg uit uw zorgverzekering op tijd geleverd wordt.

De zorg wordt dan uit uw zorgverzekering vergoed alsof deze is verleend door een zorgverlener met wie wij wel een contract hebben gesloten.

A.17.6. Plaats van zorgverlening

De zorg wordt verleend op een locatie die redelijkerwijs passend, geschikt en medisch verantwoord is. Dit kan een locatie zijn waarover afspraken zijn gemaakt tussen ons, de zorgverlener en u, of die wettelijk of door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd daarvoor is aangewezen.

De zorg kan, indien passend ook online worden verleend.

In bijzondere situaties of bij bijzondere zorg noemen we de locatie bij de betreffende artikelen.

Toelichting:

Zorg door deze zorgverleners vindt plaats in:

- Huisarts: praktijk van de huisarts, huisartsenpost, huisartsenlaboratorium, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats (niet een instelling voor medisch specialistische zorg of verpleeghuis);
- Apotheek: praktijk van apothekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apothek, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats;
- Medisch specialist: in een instelling voor medisch specialistische zorg of praktijk van de medisch specialist. De zorg kan ook geleverd worden in een andere instelling die wij hebben erkend voor de beschreven zorg. Dit moet dan blijken uit de voorwaarden van deze zorg;
- Echoscopist: echocentrum of prenataal screeningscentrum;
- Verloskundige: geboortecentrum, kraamhotel, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats.

Voor andere zorgverleners geldt dat de zorg wordt uitgevoerd in de praktijk van die zorgverlener, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats. Als er een medische noodzaak moet zijn voor zorg bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats dan is dit vermeld in het artikel van de betreffende zorg. U hebt dan een verwijzing nodig waaruit deze medische noodzaak blijkt.

Bij ketenzorg kan de zorg (afhankelijk van de soort zorg) ook worden geleverd op de locatie waar een zorgverlener (aangesloten bij een hoofdaannemer of in regionaal, multidisciplinair samenwerkingsverband) werkzaam is.

A.18. Akkoordverklaring

A.18.1.1. Akkoordverklaring

Voor alle zorg geven wij in het betreffende artikel aan of een akkoordverklaring nodig is. Als daar staat dat dit nodig is, is het een verplichting dat u deze voorafgaand aan de zorg van ons heeft ontvangen. Om een akkoordverklaring te kunnen afgeven moeten we kunnen toetsen of wordt voldaan aan de voorwaarden en of sprake is van doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Het kan zijn dat we daarom aanvullende informatie moeten opvragen. Als wij u een akkoordverklaring geven, weet u in hoeverre de zorg die u nodig hebt, verzekerd is. Ook weet u dan naar welke zorgverlener(s) u kunt gaan.

A.18.1.2. Gecontracteerde zorgverlener en akkoordverklaring

Als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat, kan deze zorgverlener (als dit zo is vastgelegd in de overeenkomst) namens ons:

- beoordelen of u voldoet aan de voorwaarden voor (vergoeding van) de zorg;
- beoordelen op welke zorg u in uw situatie bent aangewezen;
- een akkoordverklaring afgeven als dat nodig is.

Als de zorgverlener dit niet zelf kan beoordelen, zal hij de aanvraag voor een akkoordverklaring naar ons insturen.

U hoeft dus zelf niets aan ons door te geven. Zie ook artikel A.17.4.a.

A.18.1.3. Niet-gecontracteerde zorgverlener en akkoordverklaring

Als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, moet u zelf (of de niet-gecontracteerde zorgverlener namens u) een akkoordverklaring bij ons aanvragen als in het artikel van de betreffen-

de zorg staat dat dit nodig is. Hiervoor stuurt u onze afdeling Medische Beoordelingen:

- een aanvraag met motivatie van uw behandelend zorgverlener, zoals vermeld in het artikel van de betreffende zorg;
- als het mogelijk is, een kostenbegroting en/of behandelplan van de aangevraagde zorg;
- extra informatie die wij soms aan u vragen, als wij moeten beoordelen of wij u een akkoordverklaring kunnen geven.
- Aanvragen en aanvullende informatie dienen in een gangbare taal (Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans) te zijn opgesteld. Is dit niet het geval? Dan vragen wij een vertaling van deze documenten bij u op. U kunt er ook voor kiezen om de vertaling door ons te laten regelen en aan ons de kosten van het vertaalbureau terug te betalen.

Zie ook artikel A.17.4.b.

A.18.2. Akkoordverklaring, verwijzing of recept bij verandering zorgverzekeraar

Als u tijdens uw behandeling overstapt van een andere zorgverzekeraar naar ons (zie artikel A.17.5. 2e bolletje), dan blijven de akkoordverklaring, de verwijzing en het recept met betrekking tot de zorgverzekering geldig alsof u nog steeds bij die andere zorgverzekeraar verzekerd was.

A.18.3. Mededelingen en toezeggingen

Mededelingen en toezeggingen die wij aan u doen, binden ons alleen als wij u die schriftelijk aan u hebben bevestigd. Wij gaan ervan uit dat berichtgevingen aan uw bij ons laatst bekende post- of e-mailadres u hebben bereikt. Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres door hebt gegeven.

A.18.4. Geldigheidsduur

Een akkoordverklaring is geldig:

- voor maximaal 365 dagen, tenzij uitdrukkelijk anders is aangegeven en
- op basis van de op dat moment geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden.

De akkoordverklaring is niet meer geldig als:

- de betreffende wet- of regelgeving wijzigt of
- als uw verzekering is gewijzigd of beëindigd (tenzij de ingangsdatum van het DBC-zorgproductcode binnen de looptijd van uw verzekering ligt).

A.19. Rekeningen

A.19.1. Rekeningen algemeen

- Als u recht hebt op vergoeding, betalen wij het bedrag aan u (verzekeringnemer) op het bankrekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is.
- Zorgverleners met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, kunnen hun rekeningen rechtstreeks bij ons indienen. Wij betalen dan rechtstreeks aan hen. Zie artikel A.19.3.
- Gaat u naar zorgverleners met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, dan ontvangt u van hen de rekening. Die kunt u vervolgens bij ons indienen.
- Aan zorgverleners waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten en aan iedere andere derde:
 - kunt u niet uw vordering op ons of een ander recht overdragen;
 - kunt u niet een zekerheidsrecht geven, zoals een pandrecht;
 - kunt u niet toestemming, een last, instructie of andere opdracht geven om namens u te declareren, voor u een betaling in ontvangst te nemen, of een betaling aan te nemen waarmee een verplichting van u aan die derde wordt voldaan.

A.19.2. Rekeningen indienen

U kunt uw rekeningen op verschillende manieren insturen:

- via uw smartphone stuurt u ons met de door ons ter beschikking gestelde app digitaal gefotografeerde rekeningen;
- online via uw persoonlijke pagina (in de Mijn-omgeving op onze website) stuurt u ons ingescande of digitaal gefotografeerde rekeningen;
- via de post stuurt u ons uw originele rekeningen; bij uitzondering en in overleg met ons kan dit ook een kopie van de rekening zijn.

Uw zorgverlener kan de rekeningen naar ons insturen via Vecozo of Cryptshare.

Buitenlandse rekeningen

Als u zorg in het buitenland hebt gehad, hebt u mogelijk recht op vergoeding van (een deel van) rekeningen die u eerder hebt ingediend in uw woonland.

In dat geval nemen wij kopieën van de originele, buitenlandse rekeningen in behandeling. Deze kopieën stuurt u op met daarbij een verklaring van het uitvoeringsorgaan van de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland, waaruit blijkt:

- dat (een deel van) de kosten niet voor vergoeding in aanmerking is gekomen; en
- hoe hoog het bedrag is dat voor uw rekening

blijft.

Eisen aan rekeningen

Rekeningen moeten:

- betrekking hebben op daadwerkelijk plaatsgevonden behandelingen en geleverde zorg, genees- of hulpmiddelen;
- binnen 36 maanden na de datum waarop de zorg is verleend bij ons binnen zijn. Ontvangen wij uw rekening later, dan komt deze niet meer voor vergoeding in aanmerking;
- in een gangbare taal (Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans) zijn opgesteld. Dit geldt ook voor behandelverslagen. Is dit niet het geval? Dan vragen wij een vertaling van de nota bij u op. U kunt er ook voor kiezen om de vertaling door ons te laten regelen en aan ons de kosten van het vertaalbureau terug te betalen.
- afkomstig zijn van u, of van / namens de zorgverlener of zorginstelling;
- zo gespecificeerd zijn, dat wij deze zonder navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden kunnen afhandelen. Voor specificatie van rekeningen gaan wij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst.

De zorgverlener moet in ieder geval op een rekening zetten:

- de naam van de zorgverlener;
- het adres van de zorgverlener;
- uw naam;
- de inhoud van de behandeling;
- de datum waarop of de periode waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- het declaratiebedrag van de geleverde zorg;
- de naam van het medicijn, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm, als u de medicijnen in het buitenland hebt gehaald.

Daarnaast moet, indien van toepassing, op de rekening staan:

- het nummer waaronder de zorgverlener in het BIG-register is opgenomen en
- de AGB-code.
- voldoen aan de door de NZa gestelde specifieke eisen. Deze eisen gelden boven die van de belastingdienst;
- bij medisch specialistische zorg kosten bevatten met vermelding van de juiste DBC-zorgproductcode.

Bij vergoeding gaan wij uit van de datum van de behandeling of levering, niet van de besteldatum of de datum van de rekening.

Let op!

- Wij geven geen vergoeding op basis van offertes, voorschotnota's, herinneringen of aanmaningen.

- Door u ingestuurde rekeningen, bijlagen en bescheiden geven wij u niet terug, ook niet als u slechts een deel vergoed hebt gekregen, rekening met eigen risico heeft plaatsgevonden of zelfs als u niets vergoed hebt gekregen. U kunt bij ons wel een gewaarmerkte kopie opvragen.
- Rekeningen van medicijnen die in het buitenland zijn verkregen moeten leesbaar (indien handgeschreven) en volledig zijn. Staat de naam van het medicijn, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Stuur dan de bijsluiter, het doosje en/of etiketten mee op.

A.19.3. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener

Bij het aangaan van uw verzekering hebt u ons toestemming gegeven om met zorgverleners een contract te sluiten. Wij kunnen onder andere afspreken dat zij alle of bepaalde rekeningen rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. U bent verplicht hieraan mee te werken. Als wij van een dergelijke zorgverlener een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u dus geacht aan ons toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener te betalen. Als wij de rekening aan de zorgverlener betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden. Betaling van de rekening aan de zorgverlener/zorginstelling kan ook plaatsvinden door compensatie met voorschotten die wij al aan de zorgverlener/zorginstelling hebben verstrekt.

A.19.4. Teveel vergoed aan de zorgverlener

Als wij aan de zorgverlener meer betalen dan wij volgens uw verzekering(en) zouden moeten vergoeden, dan gaan wij ervan uit dat u aan ons een volmacht tot incasso hebt gegeven voor het bedrag dat wij teveel aan de zorgverlener hebben betaald. Als u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden geen recht hebt op zorg of op minder zorg of voor een kleinere vergoeding dan het bedrag dat wij aan de zorgverlener betaald hebben, bent u verplicht ons het verschil te betalen. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen als u een (wettelijke) eigen bijdrage of eigen risico hebt of als een (wettelijke) maximumvergoeding geldt.

A.19.5. Controle van originele rekening

Als u rekeningen via internet hebt ingestuurd, moet u de papieren, originele rekeningen nog minimaal 2 jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

A.19.6. Volgorde van vergoeding

Rekeningen worden afgehandeld op volgorde van ontvangst door ons. Bij de vaststelling van de (hoogte van) vergoeding van rekeningen hanteren wij een bepaalde volgorde:

- eerst een voorliggende volksverzekering of sociale verzekering zoals de Wlz (of voorheen AWBZ), Jeugdwet of Wmo;
- vervolgens de zorgverzekering;
- dan een collectieve aanvullende verzekering die alleen kan worden gesloten voor de werknemers van het bedrijf dat of de instelling die de collectieve overeenkomst met ons heeft gesloten;
- dan een individuele aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor meerdere, verschillende soorten zorg;
- tot slot een specifieke aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor maar één of enkele soort(en) zorg.
Bijvoorbeeld voor mondzorg of voor een luxe-arrangement in een ziekenhuis.

A.20. Tarieven

A.20.1. Omschrijving van de tarieven

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw rekening volledig vergoeden. Wij gaan uit van verschillende tarieven:

1. Afgesproken tarief

Dit is het (gemiddelde) tarief dat wij in de contracten met gecontracteerde zorgverleners hebben afgesproken voor de betreffende zorg / behandeling. Hoe hoog het tarief voor de verschillende zorgvormen is, vindt u op onze website.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan kan zich een van de volgende situaties voordoen:

- a. Wij hebben met andere zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling (als de zorg die u krijgt) dezelfde, gelijke tarieven afgesproken. Dan is dat tarief het afgesproken tarief.
- b. Wij hebben met andere zorgverleners voor dezelfde zorg/behandeling (dezelfde als de zorg die u krijgt) verschillende tarieven afgesproken. Dan is het gemiddelde van deze tarieven het afgesproken tarief.

2. Vast, wettelijk (punt)tarief

Dit is het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg door de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd.

3. Maximaal, wettelijk tarief

Dit is het maximale tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg door de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus wel lager maar niet hoger zijn.

4. Marktconforme tarief

Dit is het tarief dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is, als bedoeld in artikel 2.2., tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

Toelichting:

De gedeclareerde kosten van de zorg moeten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg die soortgelijke zorgverleners in Nederland declareren. In principe vergoeden wij de rekening volledig. Behalve als een ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is en daardoor buitensporig afwijkt van rekeningen voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners: wij betalen dan maximaal het marktconforme tarief en we wijzen extreem hoge kosten af voor zover die uitkomen boven dit marktconforme tarief.

5. Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de rekening staat.

De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt en aan u in rekening zijn gebracht.

A.20.2. Hoogte van de tarieven

Kijk op uw polisblad welke verzekering u hebt:

1. Zorgverzekering Natura (zie A.20.2.1.)
2. Zorgverzekering Natura Select (zie A.20.2.1.)
3. Zorgverzekering Natura JUST (zie A.20.2.1.)
4. Zorgverzekering Natura Direct (zie A.20.2.1.)
5. Zorgverzekering Restitutie (zie A.20.2.2.)
6. Zorgverzekering Combinatie (zie A.20.2.1. voor verzekerde zorg (in natura) en A.20.2.2 voor vergoeding van kosten van zorg (restitutie))

Andere verzekeringen:

7. Aanvullende verzekering en particuliere ziektekostenverzekering (zie A.20.2.2.)
8. Aanvullende gemengde verzekering (zie A.20.2.1. en A.20.2.2.)

Hebt u een Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select, Zorgverzekering Natura JUST of Zorgverzekering Natura Direct?

Dan hebt u recht op zorg (in natura) bij gecontracteerde zorgverleners. U hebt met een zorgverzekering in natura ook recht op vergoeding van de kosten van zorg bij niet-gecontracteerde zorgverleners. Maar deze vergoeding is niet volledig; zie hiervoor artikel A.20.2.1.

Hebt u een Zorgverzekering Restitutie?

Dan hebt u recht op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg. Zie artikel A.20.2.2.

Hebt u een Zorgverzekering Combinatie?

Dan bent u verzekerd voor zorg (in natura) bij gecontracteerde zorgverleners. U hebt dan ook recht op vergoeding van de kosten van zorg bij niet-gecontracteerde zorgverleners. Maar deze vergoeding is niet volledig; zie daarvoor artikel A.20.2.1. Op uw premiebijlage en Vergoedingen Overzicht staat voor welke zorg u verzekerd bent in natura.

Voor de overige zorg hebt u recht vergoeding van de kosten van zorg (restitutie). Zie artikel A.20.2.2.

A.20.2.1. Hoe werkt een (aanvullende) zorgverzekering met zorg in natura?

Als u een zorgverzekering met zorg in natura hebt dan geldt onderstaande situatie voor:

- de Zorgverzekering Natura;
- de Zorgverzekering Natura Select;
- de Zorgverzekering Natura JUST;
- de Zorgverzekering Natura Direct.

En voor de verzekerde zorg in natura geldt dit ook voor:

- de Zorgverzekering Combinatie;
- de aanvullende verzekering.

Situatie 1:

- a. U gaat naar een gecontracteerde zorgverlener of
- b. U wilt naar een gecontracteerde zorgverlener maar kunt dat redelijkerwijs niet, omdat deze niet tijdig bereikbaar of niet beschikbaar is of omdat sprake is van spoedeisende zorg in Nederland of in het buitenland. Wat tijdig bereikbare zorgverlening is, hangt af van wat als wachttijd medische inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is. U gaat dan noodgedwongen naar een niet-gecontracteerde zorgverlener.

U hebt recht op de verzekerde zorg van deze zorgverlener, volgens deze tarieven:

- het vast wettelijk (punt)tarief, of
- als dat niet bestaat: het afgesproken tarief of (in situatie b) het gemiddelde afgesproken tarief, of
- als dat niet kan worden vastgesteld: het gedeclareerde tarief tot ten hoogste het maximaal wettelijk tarief, of
- als ook dat niet kan worden vastgesteld: het gedeclareerde tarief tot maximaal het marktconforme tarief, of
- een percentage of een bedrag (vergoeding) zoals genoemd op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering.

Als u een zorgverzekering met zorg in natura hebt dan geldt onderstaande situatie voor:

- de Zorgverzekering Natura;
- de Zorgverzekering Natura Select;
- de Zorgverzekering Natura JUST;
- de Zorgverzekering Natura Direct.

En voor de verzekerde zorg in natura geldt dit ook voor:

- de Zorgverzekering Combinatie;
- de aanvullende verzekering.

Situatie 2:

U kunt naar een gecontracteerde zorgverlener, maar u gaat naar een niet-gecontracteerde zorgverlener omdat dit uw voorkeur heeft.

We verlagen de vergoeding en rekenen met een percentage *) van:

- a. het vast wettelijk (punt)tarief of
- b. als dat niet bestaat: het gemiddelde afgesproken tarief, of
- c. als dat niet kan worden vastgesteld: het gedeclareerde tarief tot ten hoogste het maximaal wettelijk tarief, of
- d. als ook dat niet kan worden vastgesteld: het gedeclareerde tarief tot maximaal het marktconforme tarief of
- e. een percentage of een bedrag (vergoeding) zoals genoemd op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering, als er geen maximaal wettelijk tarief bestaat.

Percentage *)

Dat percentage *) is:

- 75% bij een Zorgverzekering Natura;
- 75% bij een Zorgverzekering Combinatie voor de verzekerde zorg in natura;
- 70% bij een Zorgverzekering Natura Select;
- 65% bij een Zorgverzekering Natura Direct;
- 60% bij een Zorgverzekering Natura JUST.

Voor de Zorgverzekering Natura Select, Zorgver-

zekering Natura Direct en Zorgverzekering Natura JUST geldt de hardheidsclausule.

U kunt zich hierop beroepen als de lagere vergoeding (70% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura Select, 65% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura Direct of 60% van het afgesproken tarief bij de Zorgverzekering Natura JUST) uw keuze belemmert voor het vinden van een zorgverlener die past bij uw situatie. U moet ons dan schriftelijk laten weten waarom deze lagere vergoeding uw keuze belemmert en ons vragen om alsnog 75% van het afgesproken tarief te vergoeden. Binnen 4 weken laten wij u dan weten of wij aan uw verzoek kunnen voldoen.

Voorbeelden voor verschillende verzekeringen:

- Wanneer ontvangt u voor zorg in natura een vergoeding van een lager tarief dan het vaste of afgesproken tarief?

Voorbeeld 1

U gaat naar een fysiotherapeut. U hebt de zorgverlener opgezocht op onze website en u hebt gezien dat de fysiotherapeut waar u naar toe wilt, niet gecontracteerd is. U ziet op onze website dat er andere fysiotherapeuten zijn die wel gecontracteerd zijn, maar u wilt liever naar de fysiotherapeut van uw keuze. Er is geen vast, wettelijk tarief voor fysiotherapie. Er is wel een afgesproken tarief, want wij hebben met andere fysiotherapeuten afspraken over tarieven. U krijgt 75% vergoed van het afgesproken tarief.

Voorbeeld 2

Uw fysiotherapeut rekent € 28,50 voor een behandeling. Wij hebben hem niet gecontracteerd en volgens uw zorgverzekering vergoeden wij dan 75% van het afgesproken tarief. Wij hebben met fysiotherapeuten een tarief van € 28,50 afgesproken. U krijgt vergoed: 75% van € 28,50 = € 21,38.

- Wanneer ontvangt u voor zorg in natura een vergoeding van 100% van het afgesproken tarief?

Voorbeeld 3

U moet behandeld worden voor een liesbreuk. In Nederland komt u op een onacceptabel lange wachtlijst te staan. Er is voor u niet binnen een redelijke termijn de noodzakelijke zorg beschikbaar in uw omgeving. U doet daarom een aanvraag bij ons voor het buitenland. Na beoordeling krijgt u van ons een akkoordverklaring, maar de zorgverlener die u behandelt is niet voor deze zorg gecontracteerd. Er is voor deze behandeling geen vast, wettelijk tarief. Wij hebben voor deze

behandeling wel afspraken gemaakt met andere zorgverleners in Nederland. Het afgesproken tarief is bijvoorbeeld € 100,-. Bij de zorgverlener waar u naartoe gaat kost de behandeling € 150,-. U krijgt 100% van het afgesproken tarief vergoed. U krijgt dus 100% van € 100,- vergoed = € 100,-.

Zorgverzekering Natura JUST

Onderstaande situatie geldt uitsluitend voor de Zorgverzekering Natura JUST bij gebruik van bepaalde hulpmiddelen. Voor deze zorgverzekering hebben wij voor bepaalde hulpmiddelen specifieke leveranciers geselecteerd. Op de website van JUST en in het Reglement Hulpmiddelen kunt u zien voor welke zorg dit geldt en welke leveranciers dit zijn.

Situatie 3:

U kunt gebruik maken van een geselecteerde leverancier, maar u wilt een niet-gecontracteerde leverancier of een gewone gecontracteerde leverancier die niet specifiek geselecteerd is voor de zorgverzekering Natura JUST, omdat dit uw voorkeur heeft.

We verlagen de vergoeding en rekenen met een percentage (60%) van:

- het vast wettelijk tarief of
- het gemiddelde afgesproken tarief als er geen vast wettelijk tarief bestaat of
- het in rekening gebrachte tarief als dit lager is dan het gemiddelde afgesproken tarief of
- het in rekening gebrachte tarief (ten hoogste het maximaal wettelijk tarief) als er geen (gemiddeld) afgesproken tarief bestaat of
- een percentage of een bedrag (vergoeding) zoals genoemd op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering.

A.20.2.2. Hoe werkt een (aanvullende) zorgverzekering of particuliere ziektekostenverzekering waarbij de kosten van zorg worden vergoed (restitutie)?

Hebt u een:

- Zorgverzekering Restitutie,
- Zorgverzekering Combinatie voor het restitutiegedeelte,
- aanvullende verzekering voor het restitutiegedeelte of
- particuliere ziektekostenverzekering:

Dan vergoeden wij maximaal:

- het vast wettelijk (punt)tarief of
- als op uw Vergoedingen Overzicht een bedrag, aantal, percentage, uren en/of termijnen staat: het maximale bedrag, aantal, percentage, uren en/of termijnen of

- als we dat niet vermelden: het gedeclareerde tarief tot ten hoogste het maximaal wettelijk tarief of
- als dat er niet is: het gedeclareerde tarief tot maximaal het marktconforme tarief.

Tip!

Als u naar een voor die zorg gecontracteerde zorgverlener gaat dan vergoeden we volgens het afgesproken tarief. We hebben bijna altijd lagere tarieven afgesproken met gecontracteerde zorgverleners dan de tarieven die een niet-gecontracteerde zorgverlener rekent. Dit betekent dat het eigen risico dat u voor die zorg uit uw basisverzekering moet betalen, dan ook lager is. U heeft dan dus voordeel van de lagere tarieven die wij contracteren.

- Wanneer ontvangt u met een aanvullende verzekering een vergoeding van het gedeclareerde tarief tot een maximum bedrag?

Voorbeeld:

U gaat naar een acupuncturist. De behandeling kost € 60,-. De acupuncturist is erkend volgens de voorwaarden. Wij hebben met alternatieve zorgverleners geen contracten afgesloten. Alternatieve zorgverleners mogen zelf bepalen wat een behandeling kost. Er is dus voor alternatieve zorg ook geen vast, wettelijk tarief en bovendien is het marktconforme tarief niet of nauwelijks vast te stellen. U krijgt daarom maximaal het gedeclareerde tarief vergoed. Hebt u een aanvullende verzekering waarin bijvoorbeeld maximaal € 40,- per behandeldag wordt vergoed, dan krijgt u € 40,- vergoed (als u uw maximale vergoeding per jaar nog niet hebt opgebruikt).

A.20.2.3. Vervallen

A.20.3. PGB (Persoons Gebonden Budget)

De bepalingen in artikel A.20.2. over tarieven zijn niet van toepassing op wijkverpleging (artikel B.26.) als die zorg betaald wordt met een Persoons Gebonden Budget (PGB) volgens het Reglement PGB Verpleging & Verzorging.

A.20.4. Omzetbelasting

Als een zorgverlener die wettelijk daartoe verplicht is, over het bedrag van de verleende zorg omzetbelasting berekent en bij u in rekening brengt, valt deze omzetbelasting ook onder de vergoeding.

A.21. Algemene uitsluitingen

A.21.1. Algemeen

Op de volgende (kosten van) behandelingen hebt u geen recht:

1. Kosten van afspraken met zorgverleners die u niet nakomt;
2. Kosten die te maken hebben met het krijgen van een afschrift van of inzage in medische gegevens;
3. Behandelingen voor medisch opvoedkundige kwesties, dyslexie, behandeling van taalontwikkelingsstoornis in verband met anderstaligheid en/of dialect, taalonderzoek, spellingsonderzoek, intelligentieonderzoek of behandelingen met een onderwijskundig doel;
4. Kosten voor het omwisselen en betalen in een vreemde muntsoort;
5. (Bank)kosten in verband met betaling naar of vanuit het buitenland;
6. Kosten voor te late betaling van rekeningen die door de zorgverlener rechtstreeks naar u zijn gestuurd;
7. Kosten die in rekening worden gebracht door middel van een voorschotrekening;
8. Kosten die op grond van de Jeugdwet, Wlz en/of Wmo onder hun aanspraken, dekking en/of financiering vallen. Voorts de bedragen die voor uw rekening blijven volgens de Wlz en/of de Wmo, tenzij uitdrukkelijk in deze voorwaarden en vergoedingen overzichten deze wettelijke eigen bijdragen geheel of deels worden vergoed;
9. Attesten, vaccinaties en keuringen (bijvoorbeeld aanstellings- en beroepskeuringen of keuringen voor uw studie, rijbewijs of vliegbrevet). Wij nemen deze kosten wel voor onze rekening als dit bij of krachtens de zorgverzekeringwet zo is bepaald;
10. Bijkomende kosten zoals administratie-, facturerings- en verzendkosten;
11. Meer dan één behandeling van dezelfde soort op één dag, tenzij uitdrukkelijk in deze verzekeringsvoorwaarden of op uw vergoedingen overzicht anders staat aangegeven. Met "soort behandeling" bedoelen wij de zorg die beschreven is per artikel; 1 artikel is 1 zorgsoort.
12. Een behandeling die niet algemeen medisch erkend is volgens de medische normen die in Nederland gelden of die zich nog in een wetenschappelijk of experimenteel stadium bevindt;
13. Een behandeling die naar ons oordeel niet bedoeld is om de ziekte of ziekteverschijnselen tegen te gaan of verergering van de ziekte te voorkomen;

14. Een behandeling die niet te beschouwen is als verantwoorde en geschikte zorg;
15. Een behandeling waarvoor geen medische of tandheelkundige noodzaak bestaat;
16. Zorg die plaatsvindt in de periode dat uw verzekering geen vergoeding geeft, zoals vóór aanvang of na afloop van uw verzekering. De datum van de behandeling is daarvoor bepalend, niet de datum waarop de rekening is uitgeschreven.
Gaat de rekening over een DBC-zorgproductcode? Als de ingangsdatum van een DBC-zorgproductcode buiten de looptijd van uw verzekering valt, dan vallen alle kosten die met deze gehele DBC-zorgproductcode te maken hebben buiten de dekking;
17. Zorg die niet is genoemd of beschreven in uw verzekering;
18. Een behandeling die niet in de vorm van persoonlijk (fysiek) contact heeft plaatsgevonden maar telefonisch of via elektronisch/digitaal verkeer (e-mail en/of internet). Dit terwijl een dergelijke niet-fysieke behandeling redelijkerwijs niet mogelijk is of naar verwachting niet tot de te verwachten resultaten leidt.
Bijvoorbeeld: manuele therapie of het aanbrengen van een vulling bij mondzorg is telefonisch niet mogelijk, terwijl geestelijke gezondheidszorg (GGZ) digitaal (via internet) wel mogelijk is. Dit wordt in de voorwaarden bij de betreffende zorg zo nodig aangegeven;
19. Bevolkingsonderzoeken;
20. Kosten die te maken hebben met:
 - a. sportmassage;
 - b. arbeids- en/of bezigheidstherapie;
 - c. bedrijfshulpverleningscursussen;
21. Zorg die u als zorgverlener aan uzelf verleent;
22. Kosten van zorg die uitkomen boven de maximaal verzekerde vergoeding of het maximaal verzekerde aantal behandelingen. Wij vergoeden dus bijvoorbeeld in een jaar niet méér dan het maximaal verzekerde bedrag, ook al hebt u in een vorig jaar voor die zorg niets of niet het gehele maximale bedrag gebruikt.
23. Zorg die aan u wordt verleend, of medicijnen / producten die zijn voorgeschreven door een zorgverlener die uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad is, tenzij wij u vooraf toestemming geven.

A.21.2. Molest en terrorisme

Op de volgende (kosten van) behandelingen hebt u geen recht:

- Molestschade die veroorzaakt of ontstaan is door een gewapend conflict, burgeroorlog, op-

stand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie die zich in Nederland voordoen, zoals aangegeven is in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht. Hierbij gaan wij uit van de begripsomschrijvingen die het Verbond van Verzekeraars hiervan in een tekst heeft vastgelegd. Zie voor andere verzekeringen dan een zorgverzekering ook artikel C.10.4.

- **Terrorismerisico:** terrorisme, kwaadwillige besmetting, preventieve maatregelen of voorbereidende handelingen en gedragingen (gezamenlijk noemen wij dit “terrorismerisico”). Hierbij gaan wij uit van de begripsomschrijvingen die de N.H.T. heeft vastgelegd in het laatst geldende “clauseblad terrorismedekking” van de N.H.T.

Kosten als gevolg van deze gebeurtenissen (die zowel in Nederland als in het buitenland kunnen plaatsvinden) vergoeden wij wél voor zover wij deze kunnen betalen van het bedrag dat wij uit de herverzekering ontvangen van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede schade N.V. (N.H.T.) in Amsterdam.

Verzekerden die buiten Nederland wonen, vallen niet onder deze herverzekering en kunnen dus geen vergoeding krijgen.

Als na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, bent u verzekerd voor een aanvullende vergoeding ter hoogte van een op grond van dat artikel te bepalen omvang.

Terrorisme:

“gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de 6 in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest – in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken”.

Kwaadwillige besmetting:

“het – buiten het kader van een van de 6 in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest – (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van

de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken”.

Preventieve maatregelen:

“van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of – indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt – de gevolgen daarvan te beperken”.

Herverzekering van de N.H.T.

De herverzekering van de N.H.T. dekt de kosten van terrorismerisico tot maximaal 1 miljard euro per jaar. Dit bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle verzekeraars samen die bij de N.H.T. zijn aangesloten. Als sprake is van een aanpassing meldt de N.H.T. dit in 3 landelijke dagbladen.

Clausuleblad terrorisme

Bijna alle verzekeraars maken van de herverzekering van de N.H.T. gebruik. Er is ook één landelijk “Clausuleblad Terrorismen” (clausuleblad NHT) uitgegeven. U kunt hierover meer terugvinden op de website www.nht.vereende.nl.

A.21.3. Atoomkernreacties

U bent niet verzekerd voor (kosten van) behandelingen die het gevolg zijn van atoomkernreacties. Zijn de kosten veroorzaakt door radioactief materiaal dat zich buiten een kerninstallatie bevindt, dan bent u daar wel voor verzekerd als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- De Rijksoverheid heeft een vergunning gegeven voor de plaatsing van de nucliden;
- De plaats van dit materiaal is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
- Volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde aansprakelijk voor de geleden schade.

A.21.4. Hechtenis of gevangenschap

Tijdens de periode dat u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, hebt u geen recht op zorg of vergoeding van kosten daarvan. Ook als de zorg die u ontvangt wel onder de verzekering valt. Dit geldt zowel voor gevangenschap/hechtenis in Nederland als in het buitenland. U bent tijdens deze periode aangewezen op geneeskundige zorg die door of namens de instelling waar u verblijft wordt

verstrekt. In Nederland zorgt het Ministerie van Justitie daarvoor.

A.22. Geschillen

A.22.1. Verzoek om heroverweging

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de verzekering hebben genomen, kunt u ons schriftelijk vragen de beslissing te heroverwegen.

A.22.2. Rechter of geschillencommissie

Gaat u niet akkoord met de uitkomst van de heroverweging? U kunt dan kiezen voor één van de volgende mogelijkheden:

- U kunt naar de bevoegde rechter als wij niet binnen 4 weken op dit verzoek om heroverweging reageren. U kunt dit ook doen als wij aangeven dat (en waarom) wij bij onze beslissing blijven.
- U kunt het geschil ook voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik maken van de andere mogelijkheid.

A.23. Klachten

A.23.1. Klacht

Als u een klacht hebt die niet gaat over de uitvoering van uw zorgverzekering, dan kunt u dit ook aan ons laten weten. U kunt dit schriftelijk of telefonisch doen. Wij beslissen over uw klacht en wij

stellen u hiervan op de hoogte.

A.23.2. Niet akkoord met de beslissing

Gaat u niet akkoord met onze beslissing en zijn uw klachten niet naar redelijkheid weggenomen? U hebt dan de volgende mogelijkheden:

- U kunt uw klacht voorleggen aan de bevoegde rechter;
- U kunt uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik meer maken van de andere mogelijkheid.

A.23.3. Klacht over standaardformulieren

Als u, zorgverleners of andere zorgverzekeraars onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vinden, kan een klacht daarover ingediend worden bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een uitspraak. Die uitspraak is bindend.

A.24. Nederlands Recht

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

A.25. Wat als situatie niet is geregeld?

In alle gevallen waarvoor in deze verzekeringsvoorwaarden niets is geregeld, beslist de raad van bestuur of directie hoe wij daarmee omgaan.

B.1. Vervallen

B.2. Buitenlandzorg

B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg:

- waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramurale zorg);
- die op de "limitatieve lijst met machtigingsvereisten voor zorg in het buitenland" staat (extramurale zorg). Deze lijst vindt u op onze website;
- waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is. In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies te vragen bij onze afdeling Klanten Contact Centrum. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of behandelvoorstel staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.

HOOFDSTUK B

ZORG IN ZORG- VERZEKERING

Voorbeeld:

U wilt een medisch specialist in het buitenland raadplegen. Als u bij ons vooraf zorgadvies vraagt, kunnen wij u vertellen:

- of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- of u in uw situatie redelijkerwijs op die zorg bent aangewezen;
- of wij voor deze zorg zorgverleners in Nederland of in het buitenland kunnen vinden met wie wij (wel) een overeenkomst hebben gesloten;
- of u voor deze zorg moet bijbetalen. De kans bestaat dat u voor de behandeling in het buitenland een hoger tarief moet betalen dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Of u moet rekening houden met een bedrag dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel in dat land voor uw rekening blijft.

Tip:

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of in Australië? Dan kunt u de European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas) aanvragen. Op vertoon van deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Macedonië, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan in de meeste gevallen geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening door ons wordt betaald. Wel kan het voorkomen dat op grond van het sociale zekerheidsstelsel van dat land een bedrag voor uw rekening blijft. Dit kunt u eventueel vergoed krijgen uit uw aanvullende verzekering.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners. De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan of tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie). Het aanvragen van de pas is gratis. Dit kunt u zelf doen via www.zorgwijzer.nl. Ook als u in het buitenland woont. Woont u in het buitenland en hebt u meeverzekerde gezinsleden? Dan kunt u via de internetsite van Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl voor hen de

pas aanvragen

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor alle planbare, niet-spoedeisende zorg:

- waarbij u minimaal 1 nacht wordt opgenomen (intramuraal zorg);
- die op de "limitatieve lijst met machtigingsvereisten voor zorg in het buitenland" staat (extramuraal zorg). Deze lijst vindt u op onze website;
- waarvoor ook in Nederland een akkoordverklaring nodig is. In het betreffende artikel geven we aan of dat zo is.

B.3. Huisarts

B.3.1. Advies, onderzoek en begeleiding

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Huisartsenzorg omvat onder andere:

- gezondheidsadvies en preventieve zorg zoals stoppen met roken (zie artikel B.21.2.), problematisch alcoholgebruik, depressieve klachten of overgewicht;
- behandeling;
- diagnostiek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk;
- aanvraag van een MRI voor indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden;
- preconceptiezorg, dit omvat een preconceptieconsult op verzoek van de verzekerde. Het betreft informatie en adviesverstrekking zodat er zo gezond mogelijk begonnen wordt aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs en gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (arbeidsomstandigheden), infectierisico, sociaaleconomische factoren), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties en algemene medische onderwerpen zoals medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten/vaccinaties;
- ketenzorg, als sprake is van:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - (Cardio)Vasculair Risico Management (C)VRM bij hart- en vaatziekten (HVZ) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
 - Astma bij verzekerden vanaf 16 jaar.De zorg wordt geleverd volgens de geldende zorgstandaarden voor deze aandoeningen. Zie hiervoor artikel A.17.3.

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale

zorgverlening door meerdere zorgverleners die zijn aangesloten bij een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep of gezondheidscentrum). De zorgverleners werken als schakels in een keten met elkaar samen. De ketenzorg heeft de vorm van een totaal zorgprogramma, dat is afgestemd op uw situatie en omstandigheden. Consulten kunnen ook via internet plaatsvinden, als hierover in het zorgprogramma afspraken zijn gemaakt.

Let op!

- De zorg omvat niet:
 - medische screening of check up, uitsluitend op verzoek van de verzekerde zonder dat daarvoor een medische noodzaak bestaat;
 - advies en vaccinaties voor reizen naar het buitenland. Deze zorg valt onder artikel D.2.3.
- Een MRI of laboratoriumonderzoek uitgevoerd door een instelling voor medisch specialistische zorg of een zelfstandig laboratorium, wordt verrekend met het eigen risico. Ook als dit plaatsvindt op verzoek van de huisarts.
- Consulten en behandelingen uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts zijn vrijgesteld van eigen risico. Overige kosten (bijvoorbeeld vaccinatie en entstoffen) worden wel verrekend met het eigen risico.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Algemeen

Als het om ketenzorg gaat, vindt de declaratie van de zorg plaats via de hoofdaannemer volgens de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);

Zorgverlener

Een huisarts of een zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk, huisartsendienstenstructuur of zorggroep verleent de zorg (zoals een praktijkondersteuner, verpleegkundige, verpleegkundig specialist of physician assistant).

De zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk, huisartsendienstenstructuur of zorggroep werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

Als het om ketenzorg gaat, wordt de zorg geleverd door:

- een huisarts of andere zorgverlener die is aangesloten bij een gecontracteerde hoofdaannemer als sprake is van astma of CVRM-VVR (verhoogd vasculair risico).
- een huisarts of andere zorgverlener zoals beschreven in de hierboven genoemde beleids-

regel als sprake is van COPD, DM type II of CVRM-HVZ;

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.3.2. Overige huisartsenzorg

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Het gaat hierbij om geneeskundige zorg die grenst aan huisartsengeneeskunde en waar wij uw huisarts voor gecontracteerd hebben of waarvoor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) prestatiebeschrijvingen heeft vastgesteld in de Beleidsregel Overige geneeskundige zorg.

Deze zorg omvat:

- (kleine) chirurgische verrichtingen;
- therapeutische injectie (cyriax);
- inbrengen IUD / implanteren of verwijderen implanonstaafje;
- compressietherapie bij open wonden;
- oogboring
- audiometrie (onderzoek van het gehoor);
- ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
- dopplersonderzoek (vaatonderzoek);
- spirometrie (longfunctiemeting);
- koemelkallergietest;
- het leveren van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Consulten en behandelingen uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van de huisarts zijn vrijgesteld van eigen risico; overige kosten (bijvoorbeeld vaccinatie, entstoffen, laboratoriumkosten en diagnostische onderzoeken) worden wel verrekend met het eigen risico.
- Een Mantoux-test in het kader van preventie voor een reis naar het buitenland valt niet onder dit artikel maar onder artikel D.2.3.

Voorwaarden

Algemeen

- Zie artikel B.3.1.
- De koemelkallergietest is een dubbelblinde voedselprovocatietest volgens de geldende JGZ richtlijn Voedselovergevoeligheid. Onder medisch toezicht wordt in 2 sessies testvoeding met of zonder koemelk toegediend waarbij noch de zorgverleners, noch u of uw kind

weten welke voeding koemelk bevat.

- In het kader van het leveren van individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten kan een Mantouxtest worden afgenomen. Hierbij kan sprake zijn van noodzaak tot verwijzen, diagnosticeren, behandelen en begeleiden. De Mantouxtest kan uitsluitend op consultbasis gedeclareerd worden door een gecontracteerde GGD.

Zorgverlener

- De koemelkallergietest wordt uitgevoerd door een zorgverlener die werkt onder de verantwoordelijkheid van een jeugdarts en waarmee wij schriftelijke afspraken hebben gemaakt over het uitvoeren van deze test.
- De individuele zorg bij tuberculose en infectieziekten wordt uitgevoerd door gekwalificeerde en landelijke geregistreerde artsen Registratie commissie Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG). Dit is bijvoorbeeld een arts infectieziektenbestrijding in dienst van een GGD.
- Het inbrengen van een spiraaltje (IUD) / implanteren of verwijderen implanonstaafje kan, naast de huisarts, ook worden gedaan door een verloskundige die geregistreerd is op de bekwaamheidslijst van de KNOV. Zie artikel B.5.1. Verloskundige zorg.
- De overige huisartsenzorg wordt geleverd door of onder de verantwoordelijkheid van een huisarts.

Verwijzing

U bent voor aanvang verwezen door een huisarts of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

B.3.3. Huisarts voor GGZ zorg

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Huisartsenzorg omvat ook zorg op het gebied van Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en bestaat uit:

- zorg bij lichte psychische klachten (bijvoorbeeld depressie), als u (nog) geen psychische stoornis hebt die behandeld moeten worden in de Basis GGZ (zie artikel B.19.1.) of de Gespecialiseerde GGZ algemeen (zie artikel B.19.2.);
- preventieve zorg bij klachten op het gebied van een depressieve stoornis, een paniekstoornis of problematisch alcoholgebruik;
- zorg bij vermoeden van een lichte psychiatrische stoornis. De stoornis is niet complex, heeft een laag risico en de ziekteverschijnselen zijn van korte duur;
- zorg en begeleiding bij een stabiele chronische situatie in een GGZ problematiek met een laag

risico en die niet crisisgevoelig is;

Let op!

- De zorg omvat niet een psychische of psychiatrische stoornis waarvoor behandeling nodig is in de Basis GGZ (zie artikel B.19.1.) of Gespecialiseerde GGZ algemeen (zie artikel B.19.2.). De huisarts kan in die gevallen dan doorverwijzen.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

Zie artikel B.3.1. In aanvulling op deze voorwaarden zijn de volgende voorwaarden van kracht:

- De zorg kan ook worden verleend via internet door middel van een programma dat wij hebben erkend.
- Om vast te stellen of een huisarts u kan behandelen zijn de uitkomst van een oriënterend onderzoeksformulier en een diagnostisch gesprek nodig.

Zorgverlener

Bij voorkeur wordt een huisarts ondersteund door de Praktijk Ondersteuner voor de huisarts specifiek voor de GGZ, (POH GGZ) als hij zorg bij lichte psychische klachten verleent.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

B.3.4. Huisarts en Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u 18 jaar of ouder bent, bent u verzekerd voor huisartsenzorg in de vorm van gecombineerde leefstijl interventie (GLI) vanaf een matig verhoogd gewicht gerelateerd risico (GGR). De zorg is gericht op een gedragsverandering om daarmee een gezonde leefstijl te bereiken en te behouden.

De zorg bestaat uit een combinatie van:

- advies en begeleiding bij voeding en eetgewoontes;
- advies en begeleiding bij gezond bewegen (het aanzetten en motiveren tot bewegen, het monitoren van de voortgang, het verwijzen naar beweegaanbod in het sociale domein);
- advies en begeleiding bij (het aanzetten tot) blijvende gedragsverandering gericht op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl;
- zorginhoudelijke terugkoppeling naar de verwijzende zorgverlener over de voortgang;
- evaluatie met een inventarisatie van uw wen-

sen voor een mogelijke onderhoudsfase.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg in dit artikel omvat niet:
 - het (begeleiden bij) daadwerkelijk bewegen of sporten;
 - dagbehandeling en/of opname;
 - een zorgprogramma voor kinderen.
- Eigen risico is niet van toepassing.
- U hebt voor dezelfde indicatie zonder dat er sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie, niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek (zie artikel B.11.) in combinatie met het zorgprogramma GLI.
- Als het zorgprogramma begint als u bij ons verzekerd bent, bestaat de aanspraak op de zorg of de vergoeding ervan voor het gehele programma, ook als u tijdens het programma overstapt naar een andere zorgverzekeraar. U kunt het zorgprogramma dat u op onze kosten bent begonnen, dan voortzetten op de kosten van de volgende zorgverzekeraar.

Voorwaarden

Algemeen

- Een verzekerde van 16 of 17 jaar heeft aanspraak op de zorg als de huisarts de zorg ook voor deze betreffende verzekerde passend acht.
- U kunt pas deelnemen aan de onderhoudsfase als u de behandelingsfase volledig hebt doorlopen.
- U hebt ten minste een matig verhoogd gewicht gerelateerd risico (GGR), uitgedrukt in Body Mass Index (BMI). U hebt een indicatie voor de zorg als u:
 - een BMI hebt vanaf 30 kg/m²; of
 - een BMI hebt vanaf 25 kg/m² en een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen en DM type II gebaseerd op de zorgstandaarden CVRM, Obesitas, en Diabetes; of
 - een BMI hebt vanaf 25 kg/m² en bij u artrose of slaapapneu is vastgesteld.
- De zorg wordt gegeven in de vorm van een door ons erkend zorgprogramma; u kunt deze op onze website vinden.

Zorgverlener

Een zorgverlener die als leefstijlcoach is opgenomen in het register van de Beroepsvereniging Leefstijl Coaches Nederland (BLCN) verleent in afstemming en terugkoppeling met de verwijzende zorgverlener de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de GLI verwezen door een huisarts, eventueel in overleg met een spe-

cialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en/of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Is alleen nodig als u al eerder gebruik hebt gemaakt van deze zorg en u een volgende keer van een zorgprogramma gebruik wilt maken.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4. Medisch specialistische zorg

B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U bent verzekerd voor:

- geneeskundige zorg;
- preventieve zorg;
- gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (zie artikelen B.19.2. en B.19.3.)
- mondzorg door een kaakchirurg. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen B.12., B.13. en B.14.

Binnen de medisch specialistische zorg maken wij in dit artikel verschil tussen:

- Medisch specialistische zorg met opname (zie artikel B.4.2.);
- Medisch specialistische zorg zonder opname (niet-klinisch) (zie artikel B.4.3.);
- Plastische chirurgie (zie artikel B.4.5.);
- Medische revalidatie en geriatrische revalidatie (zie artikel B.4.6.);
- Orgaantransplantatie (zie artikel B.4.7.);
- Dialyse zonder opname (zie artikel B.4.8.);
- Mechanische beademing (zie artikel B.4.9.);
- Onderzoek naar kanker bij kinderen (zie artikel B.4.10.);
- Trombosedienst (zie artikel B.4.11.);
- Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing (zie artikel B.4.12.);
- Audiologische zorg (zie artikel B.4.13.);
- Vruchtbaarheidbevorderende behandelingen (zie artikel B.4.14.);
- Second opinion (zie artikel B.4.15.);
- Echoscopie (zie artikel B.5.2.);
- Prenatale screening (zie artikel B.5.3.);
- Voorwaardelijke zorg (zie artikel B.22).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risi-

co.

- De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.:
 - liposuctie van de buik;
 - het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd of als er geen sprake is van agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
 - het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
 - behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
 - sterilisatiebehandelingen;
 - behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
 - een medisch niet noodzakelijke besnijdenis (circumcisie);
 - correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen);
 - parodontale chirurgische zorg bij kaakchirurgie die plaatsvindt buiten een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
 - behandeling met een redressiehelm ingeval van plagiocefalie en branchycefalie zonder craniosynostose.

Let op!

De volgende uitgesloten zorg kan wel verzekerd zijn in een aanvullende verzekering. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of dit zo is. Het gaat hierbij om:

- Sterilisatie;
- Ongedaan maken van sterilisatie;
- Correctie van de oorstand;
- Gezichtsscherpthebehandelingen (ooglaseren);
- Cosmetische behandelingen;
- Behandeling tegen snurken;
- Vervanging van borstprothese;
- Behandeling met een redressiehelm.

B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maxi-

maal 1.095 (3 x 365) dagen;

- opname, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch-chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.
- Het is mogelijk dat u in het buitenland opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) dat twee of meer verschillende (verpleeg)klassen kent. Dan geldt het verpleegtariaf bij opname in een Nederlands ziekenhuis als basis voor het bepalen van de hoogte van de dekking.

Voorwaarden

Algemeen

- De opname is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg (waaronder medisch specialistische zorg).
- Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw zorgverzekering. Bij de telling van deze dagen gelden de volgende regels:
 - wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij het totaal aantal dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
 - wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen wij opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor het totaal aantal dagen;
 - wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij het totaal aantal dagen.

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Verwijzing

- Voor aanvang van de behandeling bent u ver-

wezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.

- Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten bent u voor aanvang van de behandeling door een tandarts verwezen.
- Als het gaat om zorg die verband houdt met zwangerschap en/of een bevalling mag u voor aanvang van de behandeling ook door een verloskundige zijn verwezen.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u ook door een optometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemelsespleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als sprake is van medisch specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de medicijnen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/ zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder.

Toegang tot deze zorg is ook mogelijk via digitale toepassingen die wij hebben aangewezen. We hebben de app Skinvision aangewezen. Met deze

app kunt u een foto maken van een huidplekje en deze laten beoordelen op het risico op huidkanker. Als er een hoog risico wordt geconstateerd, ontvangt u een doktersadvies.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Zorg via de app Skinvision, wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico.
- Overige zorg wordt wel verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Algemeen

Bij zorg via de app Skinvision moet:

- het account van de app aan uw relatienummer zijn gekoppeld.
- u 18 jaar of ouder zijn.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts, bedrijfsarts, GGD arts in geval van Algemene infectieziektebestrijding (IZB) of SOA.
- Als het gaat om een gehoorandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een triage-audicien verwezen worden naar een KNO-arts.
- Als het gaat om een oogaandoening mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist of orthoptist verwezen worden naar een oogarts.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemelsespleet) mag u ook door een schisisteam verwezen worden.
- voor zorg via de app Skinvision is geen verwijzing nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik;
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslachte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders door middel van het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemeltespelen;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:
 - u bent verzekerd voor een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om

klachten die veroorzaakt worden door de zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.

- Laserbehandeling:
 - deze behandeling van bloedvaatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen kan onder uw zorgverzekering vallen. Er moet dan sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.
- Neuscorrectie:
 - u bent alleen verzekerd voor een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte door-gankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Wij vergoeden niet de kosten van foto's die wij eventueel kunnen opvragen naar aanleiding van een aanvraag voor een akkoordverklaring.

Voorwaarden

Algemeen

- De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
- Indien een opname medisch noodzakelijk is, zijn de voorwaarden voor opname van toepassing. Zie hiervoor artikel B.4.2.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg en is verantwoordelijk voor zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, jeugdarts of bedrijfsarts.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- Als het gaat om een correctie van de bovenoogleden, dan beoordeelt een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd voor deze zorg, namens ons of uw indicatie voldoet aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt die zorgverleners vinden op onze website. Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.6. Revalidatiezorg

B.4.6.1. Revalidatie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Medisch specialistische revalidatie omvat de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg omvat:

- opname: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;
- deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder opname.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om complexe, met elkaar samenhangende problemen in bewegen, gevoel, verstandelijk vermogen, spraak, taal en/of gedrag. Deze worden veroorzaakt door:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel

die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

De revalidatie richt zich op het verbeteren en/of voorkomen van problemen in het dagelijks leven en het maatschappelijk functioneren als gevolg van een ongeval, operatie of ernstige ziekte. Er wordt gewerkt aan het bereiken van een zo zelfstandig mogelijk functioneren, passend bij uw beperkingen.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team in een instelling voor revalidatie, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandel doel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de revalidatiearts.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant of sportarts.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig voor een revalidatiebehandeling zonder opname.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.6.2. Geriatrische revalidatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op (vergoeding van) deze zorg.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg in verband met:

- kwetsbaarheid;
- complexe multimorbiditeit; en
- afgenomen leer- en trainbaarheid.

De zorg is erop gericht dat uw functionele beperkingen verminderen zodat terugkeer naar huis mogelijk is. De zorg duurt maximaal 6 maanden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De geriatrische revalidatie volgt binnen een week op een opname en behandeling in een instelling voor medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel B.4.2., en gaat bij aanvang gepaard met opname als bedoeld in artikel B.4.2.; daaraan voorafgaand is geen sprake

geweest van verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wlz;

- Er bestaat ook aanspraak op geriatrische revalidatie bij plotseling optredende mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid door een aandoening waarvoor u al medisch specialistische zorg hebt ontvangen. In dit geval moet zijn vastgesteld dat u tot de doelgroep voor geriatrische revalidatie behoort. De beoordeling hiervan kan geschieden door een geriatr op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek.

Zorgverlener

Een samenhangend, interdisciplinair team in een instelling voor revalidatie, dat in intensieve samenwerking werkt aan hetzelfde behandeldoel van de patiënt, onder eindverantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een arts verstandelijk gehandicapten, geriatr, medisch specialist, physician assistant, of verpleegkundig specialist.
- Als u de behandeling krijgt als gevolg van een plotseling optredende aandoening of trauma geldt dat er een geriatrisch assessment moet hebben plaatsgevonden door een multidisciplinair team onder verantwoordelijkheid van een internist ouderengeneeskunde en/of een klinische geriatr.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als (in bijzondere gevallen) de geriatrische revalidatie langer duurt dan 6 maanden.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De transplantatie vindt plaats op basis van een indicatie die voor die vorm van transplantatie is aanvaard volgens de stand van de wetenschap en praktijk.
- De transplantatie van weefsels en organen is verricht in:
 - een lidstaat van de Europese Unie;
 - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
 - een andere staat als de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de 1e, 2e of 3e graad van de verzekerde is.

Zorgverlener

De zorgverlener moet:

- voldoen aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie; en
- verbonden zijn aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een medisch specialist, verpleegkundig specialist of physician assistant.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.7. Orgaantransplantatie

B.4.7.1. Zorg voor u als ontvanger

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Voor u, als verzekerde en ontvanger van een orgaan, omvat de zorg:

- de transplantatie van weefsels en organen;
- de medisch specialistische zorg die te maken heeft met het implanteren bij u (ontvanger) van het transplantatiemateriaal van de donor.
- het onderzoek, de verwijdering, het bewaren en het vervoer van het transplantatiemateriaal na het overlijden in verband met de transplantatie. Het kan ook om levende donatie gaan.

Let op!

B.4.7.2. Zorg voor u als donor

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Bij orgaantransplantatie omvat de zorg voor de donor (degene die een orgaan/weefsel aan u als ontvanger afstaat):

- opname en specialistisch-geneeskundige zorg voor de selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal tot maximaal 13 weken na het einde van deze opname. Voor leverdonoren geldt hiervoor maximaal 6 maanden.
- vervoer binnen Nederland op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer. De donor heeft dit nodig in verband met de selectie, de opname en het ontslag uit een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Dit vervoer duurt maximaal 13 weken na

het einde van de opname die hiermee te maken heeft. Voor leverdonoren geldt hiervoor maximaal 6 maanden.

- als vervoer medisch noodzakelijk is, is in plaats van openbaar vervoer ook het vervoer met een auto of een taxi mogelijk.
- vervoer van en naar Nederland als de donor in het buitenland woont en het gaat om een transplantatie van een nier, lever of beenmerg bij een verzekerde in Nederland.
- kosten van de donor in verband met de transplantatie als deze kosten te maken hebben met het feit dat de donor in het buitenland woont. Wij bedoelen hiermee kosten die te maken hebben met het feit dat de screening en de selectie van donoren in het buitenland plaatsvindt. Het gaat dan bijvoorbeeld om reiskosten in het buitenland naar een instelling waar de screening plaatsvindt en de selectie- en transportkosten van bloedmonsters. De verblijfskosten en eventueel gemiste inkomsten van de in het buitenland wonende donor vallen hier niet onder.

De zorg in dit lid ten behoeve van de donor valt tot maximaal 13 weken (bij levertransplantatie maximaal 6 maanden) na het einde van de opname onder de verzekering van u als ontvanger van de getransplanteerde of te transplanteren organen. De donor wordt uitsluitend voor deze zorg ook als verzekerde op uw verzekering beschouwd.

Heeft de donor echter zelf een zorgverzekering afgesloten of is die voor hem afgesloten dan komen het vervoer van de donor of de kosten daarvan zoals in dit lid onder het 2e, 3e en 4e bolletje beschreven, voor rekening van de zorgverzekering van de donor. Dit vervoer van de donor en de zorg die verband houdt met de orgaantransplantatie vanaf 13 weken (bij levertransplantatie vanaf 6 maanden) na het einde van de opname danwel de kosten van dat vervoer en de zorg vallen niet onder het eigen risico. Zie ook artikel A.12.3.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. De zorg omvat niet:
 - de verblijfskosten in Nederland van een in het buitenland wonende donor;
 - eventueel misgelopen inkomsten van een donor.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel B.4.7.1.

B.4.8. Dialyse

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- bloedzuivering in verband met nierproblemen (hemodialyse) en buikspoeling (peritoneaaldialyse) zonder opname;
- medisch specialistische zorg die hiermee te maken heeft en bestaat uit:
 - onderzoek, behandeling en verpleging die met de dialyse gepaard gaat;
 - de voor de behandeling benodigde medicijnen;
 - de psychosociale begeleiding van u.

Vindt de dialyse bij u thuis plaats, dan bent u naast de dialyse ook verzekerd voor:

- het opleiden door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- bruikleen, regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen) van de dialyse-apparatuur met toebehoren;
- de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor het uitvoeren van de dialyse;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- psychosociale begeleiding van de personen die bij het uitvoeren van de dialyse thuis helpen;
- overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.

Op grond van artikel B.17. Hulpmiddelenzorg bent u ook verzekerd voor onderstaande zorg. Kijk hiervoor ook in ons Reglement hulpmiddelen:

- de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

De zorg wordt uitgevoerd door of onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.9. Mechanische beademing

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- de noodzakelijke mechanische beademing danwel het verzorgen van de apparatuur die nodig is, zodat u deze bij elke behandeling direct kunt gebruiken;
- de betreffende medisch specialistische zorg;
- de medicijnen die met de mechanische beademing te maken hebben;
- de elektriciteitskosten bij mechanische beademing in de thuissituatie.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- De zorg omvat niet de verpleging in verband met beademing bij u thuis, die noodzakelijk is in verband met de medisch specialistische zorg zoals in dit artikel omschreven.

Voorwaarden

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door of onder eindverantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Behandelaarsvoorstel

Een medisch specialist heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.10. Onderzoek naar kanker bij kinderen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg voor uw kind omvat de centrale (referentie-)diagnostiek, de coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

Stichting Kinderoncoloogie Nederland (Skion) verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.11. Trombosedienst

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Zorg door de trombosedienst bestaat uit:

- het regelmatig bij u afnemen van bloedmonsters;
- de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken om de stollingstijd van uw bloed te bepalen. Deze onderzoeken worden verricht door of onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst;
- de apparatuur met toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten. De trombosedienst stelt deze apparatuur aan u ter beschikking;
- de opleiding waarin u leert omgaan met de apparatuur waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten en de begeleiding die u krijgt bij het verrichten van deze metingen;
- het advies door de trombosedienst over de toepassing van medicijnen waarmee u de bloedstolling kunt beïnvloeden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een erkende en bevoegde trombosedienst verleent de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een physician assistant.

Behandelaarsvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, een specialist ouderengeneeskunde, uw behandelend medisch specialist, verpleegkundig specialist of een trombosearts die verbonden is aan een

erkende trombosedienst heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.12. Erfelijkheidsonderzoek

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat erfelijkheidsonderzoek en -advies bestaande uit de centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten. Deze zorg omvat:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- de erfelijkheidsadviesing;
- de psychosociale begeleiding die met de zorg te maken heeft;
- onderzoek bij andere personen dan bij u als dit voor het advies aan u noodzakelijk is. Deze personen kunnen vervolgens ook advies krijgen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een klinisch geneticus in een wettelijk erkend en bevoegd Klinisch Genetisch Centrum verleent de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.13. Audiologische zorg

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Audiologische zorg omvat zorg die te maken heeft met problemen met horen/de gehoorfunctie. U

bent daarbij verzekerd voor:

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

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een zorgverlener die voldoet aan de wettelijk gestelde minimumeisen voor deze zorg en die ook verbonden is aan een instelling voor medisch specialistische zorg of een audiologisch centrum.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, klinisch fysicus-audioloog (KFA), triage audicien of bedrijfsarts.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.14. Vruchtbaarheidsbehandelingen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat vruchtbaarheidsgerelateerde zorg als u jonger bent dan 43 jaar.

De 1^e, 2^e en 3^e poging in-vitrofertilisatiemethode (IVF) of intracytoplasmatische sperma injectie (ICSI)-behandeling en de daarbij toegepaste medicijnen volgens het GVS (zie artikel B.15.), per te realiseren zwangerschap valt onder deze zorg als u:

- jonger bent dan 38 jaar en er bij de 1^e en 2^e IVF-poging niet meer dan 1 embryo wordt teruggeplaatst (bij de 3^e poging mogen dat er maximaal 2 zijn);
- tussen de 38 tot en met 42 jaar oud bent en er niet meer dan 2 embryo's per poging worden

teruggeplaatst;

- 43 jaar of ouder bent, maar u bij aanvang jonger was dan 43 jaar: u hebt dan recht op afronding van die poging.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- De zorg omvat niet:
behandeling van de donor van de eicel en donatie van de eicel in geval van een eiceldonatiebehandeling. Voor de vergoeding van eiceldonatie gelden landelijke criteria.
- Na een gerealiseerde zwangerschap hebt u opnieuw recht op deze zorg volgens de geldende voorwaarden.

Een gerealiseerde zwangerschap houdt in:

- een zwangerschap van tenminste 9 weken en 3 dagen, gerekend vanaf de implantatie in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's; of
 - een zwangerschap van tenminste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie; of
 - een zwangerschap van tenminste 12 weken, gerekend vanaf de 1e dag van de laatste menstruatie in geval van een spontaan ontstane (fysiologische) zwangerschap.
- Een in-vitrofertilisatie (IVF) omvat 4 opeenvolgende stadia:
 - Fase 1: Hormonale behandeling die de rijping van de eicellen bevordert;
 - Fase 2: Follikelpunctie (verkrijgen van rijpe eicellen);
 - Fase 3: Bevruchting van de eicellen en kweken van embryo's in het laboratorium;
 - Fase 4: Een of meerdere keren implanteren van 1 of 2 embryo's in de baarmoeder.

Er is sprake van een in-vitrofertilisatie (dit is 1 IVF poging) als fase 2 (de follikelpunctie) is geslaagd. Terugplaatsing van eerder verkregen (ingevroren) embryo's maakt deel uit van de in-vitrofertilisatie waarin de embryo's zijn verkregen.

Voorbeelden:

- U bent bezig met de 3e poging. Hierbij vindt een geslaagde follikelpunctie plaats, maar deze leidt niet tot een zwangerschap. Een volgende (4e) poging valt niet onder uw zorgverzekering.
- U bent bezig met de 3e poging. Het is niet gelukt zwanger te worden na de terugplaatsing van een embryo, maar er zijn nog enkele ingevroren embryo's. De ingevroren embryo's mogen worden teruggeplaatst tot ze op zijn,

maximaal 2 per keer. Ook als u inmiddels 43 jaar bent; dit hoort namelijk nog bij de 3e poging waarbij u nog jonger was dan 43.

Zou het de 1e of 2e poging zijn en u bent jonger dan 38 jaar, dan zou maar één embryo tegelijk teruggeplaatst mogen worden.

- U bent bezig met uw 3e poging. Er wordt een embryo teruggeplaatst, maar 14 weken na de dag van de follikelpunctie eindigt de zwangerschap. U hebt dan opnieuw recht op 3 pogingen (als u jonger bent dan 43 jaar) omdat er sprake was van een gerealiseerde zwangerschap.
- U hebt 3 pogingen gehad zonder resultaat. Na een tijd wordt u toch zwanger. U hebt dan daarna opnieuw recht op 3 pogingen als u jonger bent dan 43 jaar.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een gynaecoloog in een daarvoor vergunning houdende instelling voert de behandeling uit.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.4.15. Second opinion

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat second opinion. Daaronder verstaan wij een consult over een gestelde diagnose of behandelvoorstel aan een 2^e, onafhankelijke medisch specialist die werkzaam is op hetzelfde specialisme of vakgebied als de 1e geconsulteerde zorgverlener.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De second opinion heeft betrekking op uw geneeskundige zorg;
- U keert met de second opinion terug naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over uw behandeling.

Zorgverlener

Een medisch specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Verwijzing

Voor een second opinion is voor aanvang van de behandeling een aparte verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist, bij wie u onder behandeling bent.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.5. Zorg voor de bevalling

B.5.1. Verloskundige zorg

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- het inbrengen van een spiraaltje (IUD) / implanteren of verwijderen implanonstaafje;
- preconceptiezorg, dit omvat een preconceptieconsult op uw verzoek. Het betreft informatie en adviesverstrekking zodat er zo gezond mogelijk begonnen wordt aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs en gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (arbeidsomstandigheden, infectierisico, sociaaleconomische factoren), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties en algemene medische onderwerpen zoals medicijngebruik en door-gemaakte kinderziekten/vaccinaties.
- preventieve zorg tijdens de zwangerschap ter bevordering van een goede gezondheid voor uzelf en uw ongeborn kindje;
- verloskundige zorg.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Eigen risico is niet van toepassing.
- Eigen risico is wel van toepassing op het spiraaltje (IUD) of implanonstaafje zelf (niet op het inbrengen of verwijderen door de verloskundige of huisarts).

Voorwaarden

Zorgverlener

De begeleiding van de zwangerschap zonder medische indicatie wordt verleend door een verloskundige of een huisarts. De begeleiding van de zwangerschap met medische indicatie wordt ver-

leend door een gynaecoloog.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verwijzing van een huisarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of verloskundige nodig als een gynaecoloog de zorg verleent.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.5.2. Echo

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat een algemene termijnecho en specifieke diagnose echo's, mits voor deze laatste een medische indicatie bestaat.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

De echo's worden uitgevoerd door een medisch specialist, huisarts, verloskundige of echoscopist.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verwijzing van huisarts, physician assistant of verloskundige nodig als een medisch specialist, of echoscopist de zorg verleent. Als u al in behandeling bent bij een medisch specialist voor de verloskundige zorg is een verwijzing voor een echo niet nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.5.3. Prenatale screening

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Prenatale screening omvat:

- counseling voor zwangere vrouwen. Tijdens de counseling ontvangt u uitleg over de prenatale screening;
- het Structurele Echoscopische Onderzoek (SEO) voor zwangere vrouwen van alle leeftijden (ook wel "20-weeken echo" genoemd);
- de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor een medische indicatie hebben.

Ingeval van invasieve diagnostiek wordt onder een medische indicatie ook verstaan het uit een NIPT blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoom afwijking.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De NIPT en diagnostisch vervolgonderzoek wordt verrekend met het eigen risico. Kijk in artikel A.12.3 voor meer informatie.
- In een aanvullende verzekering kan een medisch niet-noodzakelijke screening verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Zorgverlener

De prenatale screening wordt uitgevoerd door een medisch specialist, huisarts, verloskundige of echoscopist die:

- daarvoor een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of
- een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO).

De niet-invasieve prenatale test (NIPT) wordt uitgevoerd in het kader van wetenschappelijk onderzoek (de TRIDENT studie). Bloedafname dient plaats te vinden op een bloedafnamelocatie die erkend is op basis van de TRIDENT studie.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verwijzing van huisarts of verloskundige nodig als een medisch specialist of echoscopist de zorg verleent. Een verwijzing is niet nodig als de verloskundige zorg door een specialist wordt geleverd.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.5.4. Intake en inschrijving kraamzorg

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat inschrijving en intake voor kraamzorg. De intake bestaat uit het bespreken van de kraamzorg (inhoud en aantal uren) die u gaat krijgen na de bevalling. Het aantal uren kraamzorg wordt geïndiceerd op basis van het 'landelijk indicatie protocol Kraamzorg'. U kunt dit protocol vinden op onze website of bij ons opvragen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De inschrijving en intake vallen slechts één keer per zwangerschap onder uw zorgverzekering.
- De kosten voor een inschrijving bij een Geboortecentrum of Kraamhotel worden niet vergoed, tenzij u de gehele kraamperiode in het Geboortecentrum of Kraamhotel verblijft en thuis geen kraamzorg meer ontvangt.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

De inschrijving en intake kunnen bij u thuis of telefonisch plaatsvinden

Zorgverlener

De inschrijving en intake worden gedaan door:

- een instelling die kraamzorg levert; of
- een zelfstandig werkzame kraamverzorgende.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.6. Zorg tijdens de bevalling

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Verloskundige zorg tijdens de bevalling (inclusief voor- en nazorg) kan plaatsvinden met of zonder medische indicatie en omvat assistentie van een verpleegkundige of kraamverzorgende tijdens de bevalling (partusassistentie). Deze wordt gegeven op basis van het "Inhoudelijk Kader Partusassistentie" tot maximaal het aantal uren zoals door de verloskundige volgens het 'landelijk indicatieprotocol Kraamzorg', is vastgesteld.

U kunt dit kader en dit indicatieprotocol bij ons opvragen of vinden op onze website.

Onder bevalling verstaan wij het einde van de zwangerschap na de 16e week.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U betaalt een wettelijke eigen bijdrage. Als sprake is van een poliklinische bevalling of bevalling in een geboortecentrum zonder medische indicatie, moet u voor moeder en kind(eren) een bedrag van € 19,- per persoon zelf betalen. Bij een meerling is de eigen bijdrage niet hoger.
- Als er meer dan € 134,- per persoon wordt gevraagd, moet u het bedrag boven de € 134,-

ook zelf betalen.

- De maximum vergoeding en de wettelijke eigen bijdrage blijft hetzelfde, ongeacht of sprake is van 1 kind of een meerling.
- In een aanvullende verzekering kan de wettelijke eigen bijdrage van deze zorg en/of extra zorg die met de bevalling te maken heeft verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorbeeld:

Stel, u bevalt in het ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie, zonder opname:

- Wij vergoeden voor moeder en kind dus 2x € 134,-. De totale vergoeding is € 268,- voor deze bevalling.
- Maar wij trekken daar voor beiden € 19,- aan wettelijke eigen bijdragen vanaf; dat is € 38,-.
- U krijgt dus € 268,- minus € 38,- = € 230,- van ons.

Voorwaarden

Algemeen

Onder bevalling verstaan wij het einde van de zwangerschap na de 16e week.

Zorgverlener

De bevalling met medische indicatie wordt verleend door een medisch specialist.

Een bevalling zonder medische indicatie kan ook worden verleend door een verloskundige of een huisarts.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verwijzing van een huisarts of verloskundige nodig voor een bevalling op medische indicatie.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.7. Zorg na de bevalling

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Zorg na de bevalling omvat:

- kraamzorg voor moeder en kind(eren);
- verloskundige zorg voor moeder en kind en eventueel opname in een instelling;
- tijdens de periode van opname: medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de medisch specialistische zorg horen.

De kraamzorg volgt direct op de bevalling en is alleen bedoeld voor:

- degene die is bevallen, of

- de verzorg(st)er (als degene die is bevallen ontbreekt) en
- het geboren kind (of kinderen).

Uw aantal dagen kraamzorg en uw aantal uren per dag worden vastgesteld tijdens de intake voor kraamzorg (B.5.4.). Na de bevalling stelt de verloskundige of medisch specialist opnieuw vast hoeveel kraamzorg geïndiceerd is. Deze afspraken staan in het 'landelijk indicatieprotocol Kraamzorg'. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze website.

Kraamzorg thuis voor moeder en kind duurt normaal gesproken 8 dagen. Om medische redenen kunnen hieraan nog 2 extra dagen toegevoegd worden. Het extra aantal uren/dagen en het aantal uren/dagen kraamzorg elders hangt af van het oordeel van de verloskundige of medisch specialist. Zij overleggen hierover met de instelling of de persoon die de kraamzorg gaat leveren.

Is sprake van een medische indicatie dan bent u vanaf de dag van de bevalling ook verzekerd voor opname en verloskundige en medisch specialistische zorg in een instelling voor medisch specialistische zorg. Uw kraamzorg is inbegrepen in die opname. Aan de hand van het aantal opnamedagen wordt uw aantal resterende uren/dagen kraamzorg vastgesteld.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Voor kraamzorg is in de volgende gevallen een wettelijke eigen bijdrage van toepassing:
 - in het kraamhotel of thuis geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,70 per uur;
 - voor kraamzorg zonder medische noodzaak in een instelling voor medisch specialistische zorg, een geboortecentrum of in een kraamhotel moet u voor moeder en kind(eren) een bedrag van € 19,- per persoon per dag zelf betalen (wettelijke eigen bijdrage);
 - als er meer dan € 134,- per persoon per dag wordt gevraagd door de instelling, moet u het bedrag boven de € 134,- ook zelf betalen;
 - de maximale vergoeding voor moeder en één kind is dus € 230,-. (2 x maximaal € 134,- minus 2 x € 19,-).
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

U regelt zelf uiterlijk in de 20^{ste} week van uw zwangerschap de kraamzorg. Heeft u advies of hulp nodig bij het regelen van de kraamzorg, dan kunt u contact met ons opnemen.

Zorgverlener

Postnatale verloskundige zorg (kraambedcontroles) tijdens de kraamperiode wordt geleverd door een verloskundige of medisch specialist (de laatste als daarvoor medische noodzaak bestaat).

Kraamzorg wordt verleend door:

- een instelling die kraamzorg verleent; of;
- een zelfstandig werkzame kraamverzorgende.

Tijdens de opname met een medische indicatie in een instelling voor medisch specialistische zorg is de kraamzorg inbegrepen in de verpleging en verzorging. De medisch specialistische zorg wordt verleend door een medisch specialist of verloskundige.

Verwijzing

Als opname en verzorging van moeder en/of kind(eren) op medische indicatie in de instelling voor medisch specialistische zorg plaatsvinden, is daarvoor voor aanvang van de behandeling een verwijzing van de verloskundige, huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.8. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck

B.8.1. Fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u 18 jaar of ouder bent, bent u verzekerd voor fysiotherapie en/of oefentherapie als u beperkingen hebt door een aandoening die op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie" staat.

U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze website en u kunt deze bij ons opvragen.

Per aandoening (genoemd op de lijst) omvat de zorg de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf de 21^e behandeling (behandeling 1 tot en met 20 dus niet).

Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, bent u verzekerd voor behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

Bekkenfysiotherapie is beschreven in artikel B.8.2., fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde looptherapie bij claudicatio intermittens in artikel B.8.4., fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie bij artrose van het heup- of kniegewricht in artikel B.8.5. en fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie bij COPD in artikel B.8.6.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra verzekerd zijn. Als u recht hebt op vergoeding uit dit artikel, kan het dus zijn dat (een deel van) de eerste 20 behandelingen verzekerd zijn in uw aanvullende verzekering. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.8.3.

B.8.2. Bekkenfysiotherapie vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u 18 jaar of ouder bent, omvat de zorg maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie, zolang u bij ons verzekerd bent.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg is vrijgesteld van het verplicht eigen risico als:
 - u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten; en
 - u naar een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener gaat.Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.
- In alle andere situaties wordt de zorg wel verrekend met het eigen risico.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra verzekerd zijn als gewone fysiotherapie. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.8.3.

B.8.3. Fysiotherapie en/of oefentherapie tot 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Als u jonger dan 18 jaar bent, omvat de zorg fysiotherapie en/of oefentherapie, als u beperkingen hebt door een aandoening:

- die op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie” staat.
U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze website en u kunt deze bij ons opvragen.
U bent verzekerd voor de noodzakelijke behandelingen vanaf de 1e behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, bent u verzekerd voor behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn;
- die niet op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie” staat.
U bent per aandoening verzekerd voor 9 behandelingen per jaar. Als u na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, dan bent u verzekerd voor nog maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening; het totaal komt dan dus op 18 behandelingen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden (B.8.1., B.8.2. en B.8.3.)

Algemeen

- Deze voorwaarden gelden voor verzekerden van alle leeftijden.
- Onder de rubriek fysiotherapie en/of oefentherapie vallen ook bijvoorbeeld therapieën aangeboden door een kinder(fysio- of oefen)therapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en oedeemfysiotherapeut.
- Het genoemde aantal behandelingen is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut en eventueel uw verwijzer bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn voor uw aandoening.
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is. Dit moet blijken uit de verwijzing.

Zorgverlener

- Een fysiotherapeut verleent de fysiotherapie.

- Een manueel therapeut verleent de manuele therapie. Dit is een fysiotherapeut die als manueel therapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een bekkenfysiotherapeut verleent de bekkenfysiotherapie. Dat is een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een kinderfysiotherapeut verleent de kinderfysiotherapie. Dat is een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een geriatriefysiotherapeut verleent de geriatriefysiotherapie. Dat is een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een oedeemfysiotherapeut of huidtherapeut verleent de oedeemtherapie. De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s).
- Een oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de oefentherapie.
- Een kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de kinderoefentherapie. Dat is een oefentherapeut die als kinderoefentherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verklaring van de huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist nodig als het gaat om:

- een aandoening die op de lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) staat of
- bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie of
- behandeling bij u thuis.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, beoordeelt namens ons of uw aandoening voorkomt op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en/of oefentherapie” of dat sprake is van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.

Als de behandeling wordt gedaan door een niet gecontracteerde zorgverlener, is een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).

- Als u eraan twijfelt of uw aandoening onder één van deze aandoeningen valt, raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.
- een akkoordverklaring is nodig als meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op een dag nodig is.
- Hebt u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of wordt u door 2 verschillende fysiotherapeuten of door 2 verschillende oefentherapeuten behandeld, is ook een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.8.4. looptherapie bij etalagebenen vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde looptherapie in geval van etalagebenen (claudicatio intermittens) met perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Deze zorg omvat maximaal 37 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden. Met de therapie wordt uw zelfmanagement bevorderd met als doel uiteindelijk te komen tot zelfstandige voortzetting van het oefenen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
 - De zorg is vrijgesteld van het verplicht eigen risico als:
 - u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten; en
 - u naar een fysiotherapeut gaat die is aangesloten bij Chronisch ZorgNet; en
 - u naar een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener gaat.
- Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.
- In alle andere situaties wordt de zorg wel verrekend met het eigen risico.
 - Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder.
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is. Dit moet blijken uit de

verwijzing.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een fysiotherapeut.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling is een verklaring nodig van een huisarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

- Een bij Chronisch ZorgNet aangesloten zorgverlener die wij hebben gecontracteerd voor deze zorg beoordeelt namens ons op de verwijzing of er sprake is van perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.

Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).

- een akkoordverklaring is nodig als meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op een dag nodig is.
- Hebt u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of wordt u door 2 verschillende fysiotherapeuten behandeld, is ook een akkoordverklaring (zie artikel A.18.1.) nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.8.5. Fysiotherapie en oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor fysiotherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie in geval van artrose van het heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat maximaal 12 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden. Met de therapie wordt uw zelfmanagement bevorderd met als doel uiteindelijk te komen tot zelfstandige voortzetting van het oefenen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder.
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is. Dit moet blijken uit de

verwijzing.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een fysiotherapeut of een oefentherapeut Cesar of Mensendieck.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons op de verwijzing of er sprake is van artrose van heup- of kniegewricht. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.

Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).

- een akkoordverklaring is nodig als meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op een dag nodig is.
- Hebt u op een bepaald moment fysiotherapie én oefentherapie of wordt u door 2 verschillende fysiotherapeuten behandeld, is ook een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

B.8.6. Fysiotherapie en/of oefentherapie bij COPD vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor fysiotherapie en/of oefentherapie in de vorm van gesuperviseerde oefentherapie in geval van chronisch obstructive pulmonary disease (COPD) stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. Deze zorg omvat:

- bij klasse A van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: 5 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden;
- bij klasse B1 van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: 27 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden na aanvang van de behandeling en 3 behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren;
- bij klasse B2, C of D van de GOLD Classificatie voor symptomen en risico op exacerbaties: 70 behandelingen gedurende maximaal 12 maanden na aanvang van de behandeling en 52 behandelingen per 12 maanden in de daarop volgende jaren.

Meer informatie over de GOLD Classificaties en de onderverdeling in klassen vindt u op onze website.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder.
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is. Dit moet blijken uit de verwijzing.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een fysiotherapeut of een oefentherapeut Cesar of Mensendieck.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een huisarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist longziekten.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons op de verwijzing of er sprake is van COPD stadium II of hoger en om welke klasse het gaat. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.
- Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan is wel een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).
- Een akkoordverklaring is ook nodig als meer dan één behandeling (buiten intake en onderzoek) op een dag nodig is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.9. Ergotherapie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Ergotherapie omvat maximaal 10 behandeluren per jaar en bestaat uit advisering, instructie, training of behandeling met als doel om uw zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.

- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg ook extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een ergotherapeut verleent de zorg.

Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, verpleegkundige (niveau 5), arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.10. Logopedie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat logopedie, die een geneeskundig doel heeft en tot verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen leidt. Deze zorg omvat ook de behandeling van stotteren.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - behandelingen met een onderwijskundig doel;
 - behandeling van een taalstoornis en/of articulatieprobleem in verband met dialect en anderstaligheid;
 - dyslexiezorg;
 - stottertherapie volgens de methode Del Ferro, B.O.M.A. of I.N.S. (zie daarvoor artikel D.5.).

Voorwaarden

Algemeen

De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een logopedist verleent de zorg.

Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener aan verzekerden vanaf 18 jaar.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist, klinisch fysicus audioloog van het audiologisch centrum, of verpleegkundig specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is nodig als meer dan één behandeling op een dag nodig is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.11. Diëtetiek

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat diëtetiek met een geneeskundig doel:

- tot een maximum van 3 behandeluren per jaar, of
- 100% als de zorg wordt verleend in de vorm van ketenzorg. Dan moet sprake zijn van:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden van 18 jaar of ouder; of
 - Verhoogd Vasculair Risico (VRM); of
 - chronische longaandoening, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD); of
 - Astma.

Deze zorg wordt geleverd volgens de geldende zorgstandaarden voor deze aandoeningen. Zie hiervoor artikel A.17.3.

Ketenzorg omvat multidisciplinaire, regionale zorgverlening door meerdere zorgverleners die zijn aangesloten bij een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep of gezondheidscentrum). De zorgverleners werken als schakels in een keten met elkaar samen. De ketenzorg heeft de vorm van een totaal zorgprogramma, dat is afgestemd op uw situatie en omstandigheden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg wordt verrekend met het eigen risico, behalve als u deze zorg binnen ketenzorg ontvangt.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetiek buiten ketenzorg als u al zorg binnen ketenzorg ontvangt van een zorggroep voor dezelfde aandoening. Dat kan alleen als sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een andere, gerichte indicatie;
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetiek als die niet met een geneeskundig doel is gegeven, zoals bijvoorbeeld dieetadviezen in verband met afslanken of sport zonder dat daarvoor een medisch doel is of een medische noodzaak bestaat;
- U hebt voor dezelfde indicatie zonder dat sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie, niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek in combinatie met het zorgprogramma Gecombineerde Leefstijl Interventie (zie artikel B.3.4.).
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij ketenzorg gaat de declaratie via de hoofdaannemer in de vorm van één integraal tarief. In dat geval geldt de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg.

Als het om ketenzorg gaat, wordt de zorg geleverd door een diëtist die:

- is aangesloten bij, of gecontracteerd door een hoofdaannemer;
- is aangesloten bij een gecontracteerde hoofdaannemer als sprake is van astma.

Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk ge-

handicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.12. Mondzorg voor alle leeftijden

B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat mondzorg in bijzondere gevallen. Deze is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt; en/of
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en/of
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*) worden niet vergoed als mondzorg. Het betreft een hulpmiddel tegen snurken.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.2. implantaat

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden;

en

- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei-
stoornis of verworven afwijking van het tand-
kaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder
B.12.1. en uw gebit zonder die tandheelkundi-
ge zorg zijn normale functie niet kan houden of
krijgen, die het zonder die aandoening zou
hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel
A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risi-
co.
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het
kunstgebit (volledige gebitsprothese) die op
een tandheelkundig implantaat wordt vastge-
maakt. Zie hiervoor artikel B.14.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg
ook extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw
Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.3. Orthodontie in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

- u voldoet aan de eisen die genoemd zijn in
artikel B.12.1.; en
- sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings-
of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel
waarbij medebehandeling van andere discipli-
nes dan tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel
A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risi-
co.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
- Reparatie of vervanging van een beugel door
eigen schuld (codes F811B* en F811C*)

Voorwaarden (B.12.1., B.12.2. en B.12.3.)

Algemeen

- Als bij een gecombineerde orthodontische en
kaakchirurgische behandeling prothetische na-
behandeling noodzakelijk is, moet een multi-
disciplinair behandelplan door alle betrokken
zorgverleners opgesteld worden.
- De zorg mag verleend worden op de plaats
waar u verblijft; u hebt hiervoor een schriftelijk
advies van de huisarts of specialist nodig.

Zorgverlener

- De zorg onder B.12.1. wordt verleend door een
tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg, ortho-

dontist of een bevoegde zorgverlener die ver-
bonden is aan een centrum voor mondzorg of
Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
(C.B.T.).

- De zorg onder B.12.2. wordt verleend door een
tandarts of kaakchirurg;
- De zorg onder B.12.3. wordt verleend door een
orthodontist of door een Centrum voor Bijzon-
dere Tandheelkunde (C.B.T.);
- Als sprake is van een tandheelkundige behan-
deling onder algehele anesthesie of sedatie
wordt deze verleend door een bevoegde zorg-
verlener:
 - in een door Centraal Overleg Bijzondere
Tandheelkunde (COBIJT) erkend Centrum
voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - waarmee wij voor deze behandeling af-
spraken hebben gemaakt.

Verwijzing

Als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige
implantaten, hebt u voor aanvang van de behan-
deling een verwijzing nodig van een tandarts,
orthodontist of tandarts-implantoloog.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is
nodig voor de zorg onder B.12.1.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring zit
een schriftelijke motivering van uw tandarts en
een schriftelijk behandelplan. Wij kunnen onze
akkoordverklaring intrekken als:
 - de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
 - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet
opvolgt.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is no-
dig voor het plaatsen van een tandheelkundig
implantaat (B.12.2.). Daarbij geldt dat u een
ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Bij de
aanvraag voor de akkoordverklaring zit een
schriftelijke motivering van uw tandarts of
kaakchirurg en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie
vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen
Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en
kunt u ook bij ons opvragen.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is no-
dig voor orthodontie in bijzondere gevallen
(B.12.3.). Bij de aanvraag voor de akkoordver-
klaring zit een schriftelijke motivering van uw
orthodontist en een schriftelijk behandelplan.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor
artikel A.20.

B.13. Mondzorg tot 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Mondzorg tot 18 jaar bestaat naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12., uit:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, zo nodig vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. verwijderen van tandsteen;
- d. aanbrengen van fluoride maximaal 2x per jaar bij kinderen vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen (dus niet het melkgebit);
- e. aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealingfissuurlak);
- f. behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
- g. verdoving (lokale anesthesie);
- h. behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- i. restaureren (vullen) van tanden of kiezen met plastische materialen;
- j. behandeling van het kaakgewricht (gnathologische zorg);
- k. uitneembaar volledig kunstgebit (conventionele gebitsprothese), al dan niet op implantaten, of een gedeeltelijk kunstgebit;
- l. vervangen van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Dit is nodig omdat één of meer van deze blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat deze ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg;
- o. Intake nieuwe patiënt.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- In een aanvullende verzekering kan deze of soortgelijke zorg extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- De zorg omvat niet:
 - kronen, bruggen, implantaten, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.) of als front-, snij-

of hoektanden ontbreken als direct gevolg van een ongeval of omdat deze niet zijn aangelegd);

- orthodontische hulp en bijbehorende röntgenfoto's, behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.);
 - gebitsbeschermer of mondbeschermer (code M61) behalve als sprake is van mondzorg in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.1.);
 - uitwendig bleken van tanden (code E97);
 - slijpen en/of behandelen melkelement (code M05);
 - een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Het betreft een hulpmiddel tegen snurken;
 - eenvoudig bacteriologisch onderzoek (code M32);
 - behandeling van witte vlekken (codes M80* en M81*);
 - plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, behalve als sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel B.12.3).
 - orthodontie die nodig is als gevolg van het plaatsen van autotransplantaten (code J39).
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U bent jonger dan 18 jaar.
- De zorg mag verleend worden op de plaats waar u verblijft; u hebt hiervoor een schriftelijk advies van de huisarts of specialist nodig.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- een tandarts,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.),
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugd tandverzorging,
- een bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor medisch specialistische zorg,
- een bevoegde tandprotheticus (met verwijzing van een tandarts indien sprake is van een volledig kunstgebit op implantaten of een gedeeltelijk kunstgebit).
- het hoofd van een team dat het specifieke opleidingstraject heeft gevolgd en aantoonbare specifieke deskundigheid heeft, als het gaat

om het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), code J39.

Zorg van artikel B.13.a t/m f en i (voor zover daartoe bevoegd) kan ook door een mondhygiënist worden verleend.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het gaat om:
 - het vervangen en/of restaureren van tanden en/of kiezen met niet-plastische materialen;
 - het plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden te vervangen die u mist als direct gevolg van een ongeval, of omdat deze niet zijn aangelegd;
 - het plaatsen van tandheelkundige implantaten voor elementen die niet zijn aangelegd in het geval van oligodontie ten behoeve van het herstel van de functie;
 - de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts meer dan € 650,- per kaak bedragen;
 - de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 600,- per kaak bedragen;
 - het maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT, aangeduid met code X21);
 - het plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten), code J39. De aanvraag wordt gedaan door het hoofd van het behandelteam met het speciale aanvraagformulier voor deze behandeling.
- Bij de zorgaanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelplan.
Wij kunnen de akkoordverklaring intrekken als:
 - de mondzorg niet meer noodzakelijk is,
 - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- U moet ook een akkoordverklaring van ons hebben voor deze zorg door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg:
 - behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
 - trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
 - kaakoperatie (osteotomie);
 - plaatsen van een tandheelkundig implantaat.Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie

vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.

- U moet een akkoordverklaring van ons hebben voor mondzorg die u krijgt in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.14. Mondzorg vanaf 18 jaar

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Naast de zorg die beschreven staat in artikel B.12. omvat de zorg:

- a. Kaakchirurg (medisch specialistische zorg) omvat mondzorg voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie en bestaat uit:
 - specialistische chirurgische mondzorg;
 - daarbij behorend röntgenonderzoek;
 - opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor maximaal 1.095 (3 x 365) dagen en tijdens de periode van opname de medisch specialistische behandeling, de verpleging en de verzorging, de paramedische zorg, de medicijnen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.
- b. Kunstgebit (uitneembare volledige gebitsprothesen):
dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit:
 - een vergoeding van 75% van de kosten van het maken en plaatsen van:
 - een uitneembare volledige gebitsprothese; of
 - een tijdelijke uitneembare volledige (immediaat-) gebitsprothese; of
 - een uitneembare volledige vervangingsprothese; of
 - een uitneembare volledige overkappingsprothese op één of meerdere natuurlijke elementen voor de boven- en/of onderkaak;
 - een vergoeding van 90% van de kosten voor reparatie en/of het rebasen van:
 - een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese; of
 - een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese, al dan niet op tandheelkundige implantaten.
- c. Kunstgebit op implantaten (volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt). Hierbij behoort het in de

mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem). Dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit:

- een vergoeding van 90% voor de overkappingsprothese voor de onderkaak; of
 - een vergoeding van 92% voor de overkappingsprothese voor de bovenkaak.
- d. Kunstgebit op eigen boven- of onderkaak (uitneembare conventionele volledige gebitsprothese) tezamen met kunstgebit op implantaat op de andere kaak (uitneembare volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt), gezamenlijk gedeclareerd door middel van code J50. Hierbij behoort het in de mond aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem). Dit omvat mondzorg naar de normen van tandartsen en bestaat uit een vergoeding van 83% voor beide kunstgebitten. Voor de bijbehorende mesostructuur is de vergoeding 90% indien deze geplaatst wordt in de onderkaak of 92% indien deze geplaatst wordt in de bovenkaak.
- e. implantaat met kroon voor verzekerden tot en met 22 jaar: vervangen van snij- of hoektanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Deze zijn nodig omdat één of meer blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat u deze tanden mist als direct gevolg van een ongeval voor uw 18-jarige leeftijd.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - parodontale chirurgie door een kaakchirurg (chirurgie aan de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees);
 - het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
 - ongecompliceerde extracties;
 - een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Het betreft een hulpmiddel bij apneu;
 - orthodontie die onder de fronttandvervanging valt (zie artikel B.14.e.) als deze nodig is als gevolg van het plaatsen van auto-transplantaten.
- U hebt geen hogere aanspraak dan waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven.
- Uit dit artikel vergoeden wij niet:
 - de wettelijke eigen bijdrage van 25% voor

een kunstgebit (volledige prothese), immediaatprothese, vervangingsprothese of overkappingsprothese;

- de wettelijke eigen bijdrage van 10% voor reparatie en/of rebasen van uw volledige gebitsprothese;
- de wettelijke eigen bijdrage van 10% voor een overkappingsprothese op een implantaat voor de onderkaak, van 8% voor de overkappingsprothese op een implantaat voor de bovenkaak of van 17% voor een uitneembaar kunstgebit in combinatie met een kunstgebit op implantaten.

In een aanvullende verzekering kan deze zorg wel verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

Een opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met de specialistische chirurgische mondzorg.

Zorgverlener

- De medisch specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.14.a. wordt verleend door een kaakchirurg.
- De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.14.b. wordt verleend door:
 - een tandarts of
 - een tandprotheticus of
 - een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
- een tandprotheticus als het gaat om:
 - het maken en het leveren van een nieuwe, uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten of op natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen);
 - het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige gebitsprothese van de boven- en/of onderkaak (al dan niet op tandheelkundige implantaten), niet op natuurlijke elementen (eigen tanden of kiezen).
- De mondzorg met betrekking tot de volledige gebitsprothese die op een tandheelkundig implantaat wordt vastgemaakt, zoals genoemd in artikel B.14.c., wordt verleend door:
 - een tandarts, of
 - een bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - een tandprotheticus als u door de tandarts bent verwezen naar een tandprotheticus.
- De mondzorg voor verzekerden tot en met 22 jaar met betrekking tot het vervangen van tan-

den en het plaatsen van tandheelkundige implantaten zoals genoemd in artikel B.14.e., wordt verleend door:

- o een tandarts, of;
- o een kaakchirurg als het gaat om het plaatsen van implantaten.

Verwijzing

Voor aanvang van de behandeling bent u verwezen door een tandarts, orthodontist of huisarts als u mondzorg nodig hebt van een kaakchirurg of een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- het gaat om deze zorg door een kaakchirurg:
 - o behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale zorg);
 - o het trekken van tanden of kiezen onder algehele anesthesie of sedatie;
 - o een kaakoperatie (osteotomie).Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en kunt u ook bij ons opvragen.
- het gaat om verzekeren tot en met 22 jaar voor het vervangen van tanden (met niet-plastische materialen) en het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Deze zijn nodig omdat één of meer blijvende snij- of hoektanden niet zijn aangelegd. Of omdat u deze tanden mist als gevolg van een ongeval vóór uw 18e jaar. Dit geldt ook in situaties waarbij:
 - o een tand door een ongeval zodanig breekt dat er alleen nog een klein worteldeel achter blijft. Om de kaakgroei niet te verstoren wordt verwijderen van resterende worteldeel uitgesteld. Dit moet dan later alsnog verwijderd worden omdat er geen prothetische constructie op kan worden geplaatst.
 - o een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op behoud van de tand klein is.

Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld en het resterende worteldeel of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat;

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts of tandprotheticus meer dan € 650,- per kaak bedragen;

- de volledige boven- en/of onderprothese (al dan niet op tandheelkundige implantaten) binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke volledige gebitsprothese en de uitbreiding gedeeltelijke gebitsprothese van kunsthars of frame gebitsprothese met element(en) tot volledige gebitsprothese.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan moet u ook vooraf bij ons een akkoordverklaring hebben aangevraagd als:

- het gaat om het vaste gedeelte van de suprastructuur (voor bevestiging van de uitneembare prothese op implantaten) en de uitneembare prothese (het klikgebit). Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt.
- het gaat om reparatie en/of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten (het klikgebit).
- het gaat om reparatie of vervanging van het vaste gedeelte van de suprastructuur op de implantaten en/of het deel van de suprastructuur in de prothese.

Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.15. Medicijnen

B.15.1. Medicijnen algemeen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat (het leveren van en adviseren over) medicijnen (geneesmiddelen) die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Daarbij gaat het om bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl. (zoek in de titel op 'Regeling zorgverzekering', klik deze regeling vervolgens aan en scroll dan links onder hoofdstuk 8 naar bijlage 1 of 2)

Het Reglement Farmacie is onderdeel van deze voorwaarden. In dit Reglement staat de lijst Medicijnen van bijlage 2 Regeling zorgverzekering.

Het Reglement Farmacie en de Lijst voorkeursmedicijn kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

Waar wij het begrip “geneesmiddel(en) of medicatie” gebruiken, bedoelen wij medicijn(en) en andersom.

B.15.1.a. Medicijnen

De minister van VWS heeft het Geneesmiddelen-Vergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst met alle geregistreerde medicijnen (bijlage 1) en geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (bijlage 2) waar u voor verzekerd bent. Bijlagen 1 en 2 vindt u op wetten.overheid.nl in de Regeling zorgverzekering.

In het GVS is geregeld of een medicijn volledig vergoed wordt of dat er een wettelijke eigen bijdrage voor geldt.

Soms worden er aan een medicijn nadere voorwaarden gesteld. Bijvoorbeeld met betrekking tot de indicatie. Dit geldt voor de geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (bijlage 2) en voor de niet-geregistreerde medicijnen. Zie hiervoor het Reglement Farmacie.

Niet-geregistreerde medicijnen zijn bijvoorbeeld een apotheekbereiding (magistrale bereiding) (zie ook B.15.4.), of uit het buitenland ingevoerde medicijnen. Er moet sprake zijn van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een medicijn in de vorm die voor u geschikt is. Uit wetenschappelijk onderzoek moet zijn gebleken dat het middel werkzaam en effectief is. Ook moet het middel het meest economisch zijn voor de zorgverzekering.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Sommige medicijnen worden door de GVS-limiet niet volledig vergoed. Het niet vergoede deel is de wettelijke eigen bijdrage. U hebt een wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250,- per jaar.

Voorbeeld:

Uw medicijn kost € 100,- waarvan € 25,- een eigen bijdrage is. De overige € 75,- wordt verrekend met uw eigen risico. U hebt (als u geen andere medicijnen met een eigen bijdrage gebruikt), 10x een eigen bijdrage: 10x € 25,- = € 250,-. Na 10x worden de volledige kosten van het medicijn (€ 100,-) verrekend met een eventueel nog openstaand eigen risico.

Als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt worden de al ingediende nota's naar evenredigheid herberekend en afgerond op hele euro's. U betaalt dan alleen een evenredig deel van de wettelijke eigen bijdrage voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep.

Voorbeeld van herberekening:

U bent op 1 januari bij ons verzekerd en uw verzekering eindigt op 1 maart. In die periode hebt u in totaal € 50,- aan eigen bijdragen GVS- medicijnen betaald.

- 2022 heeft 365 dagen. 1 Januari tot en met 1 maart 2022 heeft 60 dagen
- € 250,- : 365 = € 0,6849 eigen bijdrage per dag
- € 0,6849 x 60 dagen = € 41,09. Dit bedrag ronden wij af. Uw eigen bijdrage van 1 januari tot en met 1 maart is dus € 41,-.
- U hebt al € 50,- betaald. € 50,- minus € 41,- = € 9,-. U krijgt dus van ons € 9,- terug.

- De zorg omvat niet:
 1. alternatieve (homeopathische en antroposofische) medicijnen;
 2. medicijnen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
 3. medicijnen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd medicijn dat niet in het GVS is opgenomen, behalve als bij ministeriële regeling anders is bepaald. Zie artikel B.15.4.;
 4. zelfzorgmedicijnen en intramurale medicijnen, voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen. Bevochtigende oogdruppels (kunsttranen) zijn opgenomen in artikel B.17.11.van het reglement Hulpmiddelen;
 5. medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
 6. medicijnen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet;
 7. medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden, bijvoorbeeld vanuit een volksverzekering of overheidsfinanciering of die onder een subsidie(regeling) vallen;
 8. een medicijn waarvoor wij geen voorkeur hebben terwijl we voor dat medicijn wel een voorkeursbeleid hanteren. Zie de toelichting op voorkeursmedicijnen in het Reglement Farmacie en onze "Lijst voorkeursmedicijnen";
 9. medicijnen die voor andere indicaties gebruikt worden dan vermeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Dit geldt ook als niet aan de extra voorwaarden wordt voldaan. Zie de toelichting in dit artikel onder Voorwaarden, Akkoordverklaring: Nadere voorwaarden;
 10. verzorgingsproducten en cosmetische producten zoals tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems,

- lotions, haargroemiddelen, mondspoelmiddelen, zonnebrandartikelen;
11. bijkomende kosten zoals administratie-, import- en/of verzendkosten;
 12. vitamines en voedingssupplementen;
 13. medicijnen waarbij na falen van de (aan hulp- of verbruiksartikel gerelateerde) toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingregelingen;
 14. niet-geregistreerde medicijnen waaronder niet-geregistreerde allergenen. Een apothekerbereiding of een medicijn dat wel geregistreerd is in het buitenland kan onder bepaalde voorwaarden wel voor vergoeding in aanmerking komen;
 15. medicijnen die zijn voorgeschreven door een alternatief arts, of andere zorgverleners die niet in dit artikel worden genoemd.
 16. Esketamine neusspray; dit valt onder artikel B.19.

Let op!

In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg en/of de wettelijke eigen bijdrage (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.15.1.b. Leveren van medicijnen en advisering

De zorg omvat het leveren van medicijnen en de advisering en begeleiding die horen bij het ter handstellen.

Voor de levering van medicijnen gelden de volgende regels:

- Levering mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie het medicijn is bestemd, zijn verzorger, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening;
- Als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven, zijn deeleveringen in de vorm van baxterverpakkingen per een, twee of drie weken mogelijk. Dit geldt alleen als daarvoor een aantoonbaar medische noodzaak is. Een baxterverpakking is een medicatiezakje waarin een of meer medicijnen zitten die op een bepaald moment van de dag ingenomen moeten worden. Deze zakjes zitten aan elkaar op een rol.

De bijbehorende advisering omvat ten minste:

- het begeleidingsgesprek bij een nieuw medicijn (1^e uitgifte) of - als u een medicijn langer dan 12 maanden niet gebruikt hebt - een extra begeleiding bij een 2^e uitgifte van een medicijn;
- uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook

een hulpmiddel nodig is;

- farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, ziekenhuisopname of -ontslag.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg wordt niet verrekend met het eigen risico als het gaat om:
 - levering en advisering van voorkeursmedicijnen. Onze voorkeursmedicijnen staan op de "Lijst voorkeursmedicijnen" op onze website
 - levering van en advisering over medicijnen of nicotinevervangende middelen als onderdeel van een Stoppen-met-roken (SMR)-programma en als deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR;
- In alle andere situaties wordt de zorg wel verrekend met het eigen risico.

Onder deze zorg valt niet:

- voorlichting en advies bij:
 - zelfzorgmedicijnen (die niet vergoed worden volgens artikel B.15.3.) en
 - medicijnen ter voorkoming van ziekten bij reizen naar het buitenland;
- levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende medicijnen voor rekening van het ziekenhuis zijn;
- instructie van hulpmiddelen die nodig zijn bij medicijnen, als deze hulpmiddelen geleverd zijn door een andere zorgverlener dan een apotheker of apothekhoudend huisarts;
- de extra kosten voor het aanbieden van recepten en ophalen van medicijnen buiten reguliere openingstijden om. Deze vallen alleen onder uw zorgverzekering als sprake is van een spoedsituatie.

Voorwaarden

Voorkeursmedicijnen

Binnen een groep onderling vervangbare medicijnen, wijzen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursmedicijn. We noemen dit artikelpreferentie. U bent dan binnen deze groep alleen verzekerd voor dat voorkeursmedicijn.

Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof in de geschikte sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u.

Onze voorkeursmedicijnen staan op de "Lijst voorkeursmedicijnen". Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als wij dit doen plaatsen wij een bericht op onze website.

We kennen ook de Laagste Prijs Garantie of prijs-

preferentie.

Verdere toelichting over ons voorkeursbeleid vindt u in het Reglement Farmacie, artikel 1.

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Dit mag ook in het buitenland zijn. Hierbij geldt dat:

- de werkzame stof, dosering en toedieningsvorm van het medicijn moet zijn opgenomen in het Nederlandse GVS;
- de vergoeding plaatsvindt volgens de vergoedingslimiet die in Nederland geregeld is (zie Reglement Farmacie in artikel 1.1.);
- de verdere voorwaarden gelden zoals benoemd in dit artikel (B.15.1.).

Medicijnen uit het buitenland

Rekeningen van medicijnen die in het buitenland zijn gekocht moeten leesbaar en volledig zijn. Staat de naam van het medicijn, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Stuur dan de bijsluiter, het doosje en/of etiketten ook op (mag ook een foto zijn), samen met de rekening.

Behandelaar

Algemeen

De medicijnen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, arts gespecialiseerd in infectieziekten verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), medisch specialist, tandarts, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundig specialist of verloskundige (rekening houdend met hun voorschrijfbevoegdheid en hun deskundigheidsgebied). De volledige informatie hierover staat in artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze vindt u via wetten.overheid.nl op de titel 'beroepen individuele gezondheidszorg' en artikel 36.

Voor de aanvullende voorwaarden ten aanzien van de voorschrijfbevoegdheid van de physician assistant en de verpleegkundig specialist verwijzen wij u naar de Handreiking voorschrijfbevoegdheid verpleegkundig specialisten en physician assistants van de NVZA en de KNMP. Zie ook de omschrijving in artikel A.1.

Voor welke periode mag een medicijn worden geleverd?

De zorg omvat uitsluitend de levering van medicijnen op voorschrift (behandelvoorstel) of recept. Een recept geldt voor een bepaalde periode. Hoe lang die periode is, kan per medicijn anders zijn. De leveringsperiodes die per voorschrift (behandelvoorstel) of recept gelden, zijn:

delvoorstel) of recept gelden, zijn:

- 15 dagen of de kleinste handverpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
- 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
- 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
- maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
- 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
- 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
- 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.

Als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.

Geen herhaalrecept

Voor:

- "de pil" (orale anticonceptiemiddelen) en
- insuline voor de behandeling van suikerziekte ("diabetes mellitus")

geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Deze medicijnen hoeft u maar 1x voorgeschreven te krijgen en vervolgens is er geen herhaalrecept nodig. Onder uw zorgverzekering valt per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden noodzakelijk is. Als het middel, de sterkte en/of het gebruik van het middel verandert, hebt u wel een nieuw recept nodig.

Akkoordverklaring

Voor sommige medicijnen uit het GVS gelden extra voorwaarden of is een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) nodig. Deze voorwaarden staan in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.

In ons Reglement Farmacie vindt u in artikel 4 de "Lijst medicijnen met toetsing vooraf". Daarin staan de medicijnen (werkzame bestanddelen) waarvoor wij de beoordeling moeten doen.

Vooraf wordt door ons of door de zorgverlener namens ons, getoetst of u aan de voorwaarden voldoet. De minister kan de lijst in de Regeling zorgverzekering tussentijds aanpassen. Als dat

gebeurt, plaatsen wij een nieuw reglement met de gewijzigde lijst op internet.

Uit het buitenland ingevoerde, niet in Nederland geregistreerde medicijnen

Overeenkomstig artikel 2.8 lid 1 onder b van het Besluit zorgverzekering geldt voor deze medicijnen dat de voorschrijver vooraf een akkoordverklaring bij ons moet aanvragen met als voorwaarde dat:

- deze bestemd moeten zijn voor een patiënt die een ziekte heeft die in Nederland niet vaker dan 1:150.000 inwoners voorkomt; en
- er geen behandeling mogelijk is met een in Nederland geregistreerd medicijn of magistrale bereiding; en
- de behandeling, preventie of diagnostiek in een voor u geschikte vorm wordt ingezet; en
- de werkzaamheid en effectiviteit bewezen moeten zijn in wetenschappelijke literatuur; en
- de behandeling het meest economisch is voor u en de zorgverzekering.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.15.2. Medicatiebeoordeling bij chronisch medicijngebruik

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat minimaal 1x per 12 maanden een medisch en farmaceutisch noodzakelijke, periodieke evaluatie bij meervoudig chronisch medicijngebruik, een zogenaamde medicatiebeoordeling. In het Reglement Farmacie vindt u verdere toelichting.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

Er wordt voldaan aan de voorwaarden die wij in het Reglement Farmacie in artikel 2. hebben aangegeven.

Zorgverlener

De zorg wordt uitsluitend geleverd door een apotheker of apotheehouder huisarts die een door ons als voldoende beoordeelde, aanvullende opleiding met goed gevolg heeft afgerond voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling.

Behandelaarsvoorstel

Een apotheker, (apotheehouder) huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist heeft vastgesteld dat de medicatiebeoordeling medisch en farmaceutisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is alleen nodig als u om andere medische of farmaceutische redenen behoefte hebt aan een medicatiebeoordeling, maar er niet wordt voldaan aan bovenstaande algemene voorwaarden.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.15.3. Zelfzorgmedicijnen en maagzuurremmers

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat onderstaande medicijnen bij chronisch gebruik. Verschillende van deze medicijnen zijn ook zonder recept verkrijgbaar.

Zelfzorgmedicijnen en maagzuurremmers

Dit zijn medicijnen die behoren tot één van de volgende groepen:

- laxeremiddelen;
- medicijnen bij allergie;
- medicijnen tegen diarree;
- medicijnen om de maag leeg te maken;
- kunsttranen.
- maagzuurremmers inclusief medicijnen waarin een maagzuurremmer is verwerkt.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet de (zelfzorg)medicijnen en maagzuurremmers die u tijdens de eerste 15 dagen gebruikt.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij (zelfzorg)medicijnen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.;
- Het (zelfzorg)medicijn en de maagzuurremmer is opgenomen in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering en in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);
- De voorschrijver verwacht dat u het (zelfzorg)medicijn langer dan 6 maanden gaat gebruiken om een chronische ziekte te behandelen. De voorschrijver geeft op het recept aan

dat hij het middel voorschrijft voor chronisch gebruik.

Behandelaar

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant heeft vastgesteld dat de (zelfzorg)medicijnen medisch noodzakelijk zijn voor chronisch gebruik.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring kan nodig zijn omdat (zelfzorg)medicijnen en maagzuurremmers middelen zijn waarvoor extra voorwaarden gelden. Zie artikel B.15.1. onder Akkoordverklaring.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.15.4. medicijnen die de apotheek zelf maakt

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medicijnen die door of in opdracht van een apotheker op individueel recept zijn gemaakt (magistrale bereidingen).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Een magistrale bereiding die (bijna) gelijk is aan een geregistreerd medicijn dat niet is opgenomen in het GVS wordt alleen vergoed als dat bij ministeriële regeling is bepaald. De minister kan een medicijn aanwijzen als het gaat om:
 - een bereiding in de overbruggingstijd. Het medicijn is dan wel aangemeld maar er is nog geen besluit genomen over opname in het GVS;
 - een medicijn dat niet in het GVS wordt opgenomen omdat het te duur is terwijl de bereiding wel een acceptabele prijs heeft.
- Een magistrale bereiding die (bijna) gelijk is aan een niet-geregistreerd medicijn én niet is opgenomen in het GVS, wordt niet vergoed.
- Een wettelijke eigen bijdrage is van toepassing als de magistrale bereiding een medicijn bevat met een wettelijke eigen bijdrage.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij medicijnen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.
- Het gaat om rationele farmacotherapie. Zie

artikel B.15.1.a. "Medicijnen".

- Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationele farmacotherapie. Meer hierover kunt u lezen in artikel 3 "Vergoeding van magistrale medicijnen" van het Reglement Farmacie.
- De bereiding komt niet overeen met warenwetproducten.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.16. Dieetpreparaten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat levering van (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten die als drink- en/of sondevoeding gebruikt worden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - voedingssupplementen en vitaminepreparaten die zonder recept verkrijgbaar zijn;
 - afslankproducten, ook niet als zij als dieetpreparaat geregistreerd zijn;
 - aangepaste voeding zoals lactosevrije kaas, glutenvrij brood, geiten- of paardenmelk en dergelijke;
 - verdikkingsmiddelen;
 - voeding die via de bloedbaan wordt toegediend; deze wordt vergoed uit artikel B.15.1.

Voorwaarden

Algemeen

Voor dieetpreparaten gelden de volgende voorwaarden:

- Het dieetpreparaat dat aan u is voorgeschreven, is geregistreerd als dieetpreparaat en als zodanig opgenomen in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);
- Er wordt voldaan aan de voorwaarden voor dieetpreparaten die zijn omschreven in de Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (zie ook artikel B.15.1. onder Akkoordverklaring, nadere voorwaarden.):
 - U kunt niet uitkomen met aangepaste normale voeding;
 - U kunt niet uitkomen met andere producten

van bijzondere voeding en u lijdt aan een stofwisselingsstoornis en/of aan een voedselallergie en/of aan een resorptiestoornis en/of aan een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode);

- U bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid:

wetten.overheid.nl.

Als sprake is van een allergie worden de dieetpreparaten vergoed vanaf het moment dat de allergie is bewezen.

Bij bijvoorbeeld een vermoeden van een koemelkeiwitallergie (kea) worden provocatietesten gedaan. Pas na een dubbelblinde provocatietest kan met zekerheid worden vastgesteld dat sprake is van een kea en kunt u aanspraak maken op vergoeding. De testperiode voorafgaand aan de dubbelblinde provocatietest komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Behandelveorstel

Een jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist of een diëtist heeft vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig in de vorm van een artsenverklaring. De zorgverlener die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsenverklaring in. Wij, of een zorgverlener waar wij een overeenkomst mee hebben, toetsen/toetst vooraf aan de hand van deze verklaring of het recept of u aan de voorwaarden voldoet.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen. Ook de instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Functionerend wil zeggen dat de hulpmiddelen bij aflevering gebruiksklaar zijn.

Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u bent verzekerd voor een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking.

Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. Er geldt een uitzondering voor voorwaardelijk toegelaten zorg. In artikelen A.3.3 en B.22. leest u daar meer over.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Deze kosten vallen wel onder uw zorgverzekering als dit in het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven;
 - hulpmiddelen die onder de aanspraken van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen;
 - hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een opname of een medisch specialistische behandeling (zie hiervoor artikel B.4.);
 - hulpmiddelen die niet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", tenzij het gaat om een hulpmiddel dat onder artikel B.22 valt;
 - hulpmiddelen of aanpassing van hulpmiddelen als deze uitsluitend of overwegend worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders genoemd;
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijk zijn. Dit zijn hulpmiddelen die niet één-op-één een relatie hebben met een beperking of stoornis die u hebt en/of duurzame hulpmiddelen waarvan de kosten beperkt zijn. Bijvoorbeeld: computers, mobiele telefoons, petten, sjaals en mutssja's, rollators en aangepast eetgerei.
 - hulpmiddelen die algemeen gebruikelijke hulpmiddelen in het dagelijks leven vervangen en niet bijzonder kostbaar zijn. Bijvoor-

beeld een opener voor potjes of grijpstok voor oprapen.

- De volgende hulpmiddelen vallen niet, of slechts onder bepaalde voorwaarden onder uw zorgverzekering. Deze kunnen wel in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Het gaat hierbij om:
 - Plaswekker;
 - Gezichtshulpmiddelen;
 - Steunzolen;
 - Hulpmiddelen voetzorg;
 - Thuisbewakingsmonitor;
 - ADL-hulpmiddelen;
 - Thuisverzorgingsartikelen;
 - Steunpessarium;
 - Teststrips voor mensen met diabetes waarbij er geen sprake is van toedienen van insuline;
 - Persoonsalarmering (sociale alarmering);
 - Condooms;
 - Braces en bandages;
 - Epilepsie alarmering;
 - Redressiehelm.

Meer informatie hierover vindt u in artikel D.4. Sommige hulpmiddelen die onder uw zorgverzekering vallen worden niet volledig vergoed. Er is bijvoorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijke maximumvergoeding.

Wij hebben dit in het Reglement Hulpmiddelen bij de betreffende hulpmiddelen aangegeven. Ook kunt u informatie vinden in artikel D.4.

Tip

In een aanvullende verzekering is een aantal hulpmiddelen ook verzekerd. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. In het Reglement staat ook:

- de voorwaarden waaraan moet zijn voldaan om recht te hebben op de genoemde hulpmiddelen;
- of er wel of niet een akkoordverklaring bij ons moet worden gevraagd;
- welke eisen wij stellen aan het hulpmiddel en/of de zorgverlener;
- de hoogte van een eventuele wettelijke eigen bijdrage of maximum vergoeding.

U kunt het Reglement bekijken op onze website of bij ons opvragen.

B.17.3. Eigen bijdrage of maximale vergoeding

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding.

In het Reglement Hulpmiddelen is aangegeven voor welke hulpmiddelen dit het geval is. Als u het hulpmiddel ontvangt van een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, betalen wij de zorgverlener. Daarna verrekenen wij de wettelijke eigen bijdrage met u, tenzij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders is bepaald.

Als u het hulpmiddel ontvangt van een niet-gecontracteerde zorgverlener, betaalt u zelf de zorgverlener en dient u daarna de nota bij ons in. Bij de afhandeling van de nota houden wij meteen rekening met de wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding.

Let op!

Deze wettelijke eigen bijdrage en/of een aanvullende vergoeding op maximumbedragen kunnen in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.4. Verzorging van het hulpmiddel

U draagt zorg voor het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen hebt. U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen en/of de garanti voorwaarden van de fabrikant en/of de zorgverlener.

Schade (kosten van reparatie en vervanging daaronder begrepen) aan een hulpmiddel dat wij aan u in eigendom of bruikleen hebben gegeven en die is ontstaan door uw toerekenbare onachtzaamheid, wordt niet onder uw zorgverzekering gedekt.

Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie. U meldt de diefstal ook bij ons en bij de zorgverlener.

Voorwaarden

Algemeen

- U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven.
- Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.
- U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel.
- Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener, zien daar op toe.
- Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel

aangegeven.

Zorgverlener

Als wij bij een hulpmiddel specifieke eisen stellen aan een bepaalde zorgverlener, staat dat in het reglement aangegeven.

Voorschrift

Voor aanvang van de behandeling hebt u een verwijzing en/of een voorschrift van een daartoe bevoegde arts of andere zorgverlener nodig voor gebruik van het hulpmiddel. In het Reglement Hulpmiddelen is voor ieder hulpmiddel aangegeven wie de bevoegde verwijzers/voorschrijvers zijn.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als dat in het Reglement Hulpmiddelen bij het betreffende hulpmiddel is aangegeven.
- Wij kunnen ons beleid voor akkoordverklaring voor een hulpmiddel aanpassen. De voorwaarden in ons Reglement Hulpmiddelen veranderen in dat geval. Ook plaatsen wij een bericht op onze website. Als u een akkoordverklaring vraagt voor de levering van een hulpmiddel, gelden altijd de voorwaarden zoals die gelden op de datum dat de aanvraag bij ons binnenkomt.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.17.5.

Vervallen.

B.18. Vervoer

B.18.1. Ambulance

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand of sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als vervoer per ambulance niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad.
- de gebruikskosten die direct aan de inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) zijn verbonden en die aan de ambulancedienst in rekening zijn gebracht. Dit zijn de elektrodenpads.

De Wet ambulancevoorzieningen verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter".

Voorbeeld 1:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland valt ook helikopter- vervoer onder uw zorgverzekering, als u van de plaats van het ongeval vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of (beroeps)visser bent.

Voorbeeld 2:

U bent in het buitenland en wordt daar ziek. Voor het bereiken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is gezien uw medische situatie, vervoer per vliegtuig het meest aangewezen. De kosten van uw vliegticket vallen ook onder uw zorgverzekering. Bent u hersteld en vliegt u terug naar de plaats in het buitenland waar u vandaan kwam, dan vallen de kosten van dat vliegticket niet onder de zorgverzekering. U bent tenslotte niet meer ziek.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline/Hulpdienst.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg valt niet onder de dekking als deze bekostigd kan worden uit de Wlz of Wmo.

Voorwaarden

Algemeen

- Onder ziekenvervoer verstaan wij:
 - Ziektenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:
Het vervoer van een verzekerde per ambulance tussen:
 - de plaats van het (tijdelijke of gebruikelijke) woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
 - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling, verpleging en/of zorg. Of, indien daar geen passende zorg mogelijk is, naar een verder gelegen plaats.
 - de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg; en
 - het woonadres of een andere woning, indien in de eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging mogelijk is.
 - Ziektenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het

buitenland.

- Op de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Zorgverzekeringen Wlz.
- Het ziekenvervoer per ambulance is medisch noodzakelijk, omdat een andere manier van ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi) om medische redenen niet verantwoord is.

Zorgverlener

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

Behandelaarsvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat ziekenvervoer per ambulance medisch noodzakelijk is. Dit geldt niet als er sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis; of
- u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken omdat ziekenvervoer per ambulance niet mogelijk is.

Als u twijfelt over de verzekering raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.18.2. Vervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi) of logeerkosten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- het ziekenvervoer:
 - per auto,
 - in de laagste klasse van het openbaar vervoer of
 - taxiover een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand;
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als ziekenvervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad;
- het vervoer van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van 2 begeleiders. Deze be-

geleiding moet dan noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid, moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan wij ook hulp- of blindengeleidehonden;

Voor het ziekenvervoer per eigen auto of huurauto geldt een vergoeding van € 0,32 per kilometer.

De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van postcode herkomst ("van") en postcode bestemming ("naar"). Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

- vergoeding voor logeerkosten van maximaal € 77,50 per nacht in plaats van (een vergoeding voor de kosten van) ziekenvervoer.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat wettelijke eigen bijdragen en heeft uitsluitingen:
 - U hebt een wettelijke eigen bijdrage van € 111,- per jaar voor ziekenvervoer;
 - U bent niet verzekerd voor ziekenvervoer van en naar de plaats van zorg die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering;
 - De zorg valt niet onder de dekking als het gaat om vervoer naar dagbesteding en/of dagbehandeling in een Wlz instelling.
 - Huurkosten van een huurauto vallen niet onder uw zorgverzekering.
- Vanwege de doelmatigheid is het mogelijk dat u bij vervoer per taxi met meerdere verzekerden tegelijk wordt vervoerd.
- Voor de logeerkosten geldt geen wettelijke eigen bijdrage.
- U hebt geen recht op (de vergoeding van het) ziekenvervoer als u vergoeding voor logeerkosten hebt aangevraagd en van ons daarvoor een akkoordverklaring hebt ontvangen.
- Het vervoer van en naar de plaats waar u logeert valt onder de vergoedingsregeling van ziekenvervoer. Het eventuele vervoer van uw logeeradres naar het ziekenhuis en terug naar uw logeeradres valt niet onder deze vergoedingsregeling.
- In een aanvullende verzekering kan de wettelijke eigen bijdrage van deze zorg en/of aanvullingen op deze zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

Voorwaarden

Algemeen

Ziekenvervoer

Onder ziekenvervoer verstaan wij:

- ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland;
- een heenrit van een verzekerde per auto, openbaar vervoer of taxi naar:
 - een zorgverlener of instelling waar u behandeld en/of verpleegd zult worden; en
 - vervolgens een terugrit naar uw (tijdelijke en/of gebruikelijke) woonadres of een andere woning als u op uw woonadres niet de noodzakelijke verzorging kunt krijgen;
- ziekenvervoer voor behandeling, verpleging of zorg bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Het ziekenvervoer is nodig omdat:

- a. u nierdialyse moet ondergaan;
- b. u behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker moet ondergaan;
- c. u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet vallen onder de dekking van deze zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Zorgverzekeringen Wlz;
- d. uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet vallen onder de dekking van deze zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Zorgverzekeringen Wlz;
- e. u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging. Hierbij is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid;
- f. u bent aangewezen op geriatrische revalidatie volgens artikel B.4.6.2.
- g. u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en onderdeel is van een zorgprogramma bij mensen met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel, een verstandelijke beperking zoals bedoeld in art B.28.1.

Het vervoer bij nierdialyse of bij chemo-, radio-, of immuuntherapie tegen kanker omvat ook het ver-

voer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.

Maakt u gebruik van ziekenvervoer omdat u nierdialyse moet ondergaan of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker krijgt, dan bent u alleen verzekerd voor ziekenvervoer van en naar de plaats waar u nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat.

Hardheidsclausule

In bepaalde gevallen is de zogenaamde “hardheidsclausule” van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening.

Toelichting:

Wij bepalen aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht hebt op ziekenvervoer volgens de “hardheidsclausule”. Bij de aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijgevoegd. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze Zorgverzekering of de Wlz vallen.

Om vast te stellen of u recht hebt op ziekenvervoer op basis van de “hardheidsclausule” gebruiken wij de volgende formule:

aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (dit is het aantal weken op jaarbasis) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (dit is de wegingsfactor).

Bedraagt de uitkomst 250 of meer, dan bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Voorbeeld:

5 (aantal maanden behandeling) x 2 (aantal behandelingen per week) x 52/12 x 26 (afstand in kilometers) x 0,25 (wegingsfactor) = 281,67. Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een vergoeding van het ziekenvervoer.

Komen er wijzigingen in deze situatie, dan moet u ons dat zo snel mogelijk doorgeven.

Logeerkosten

U hebt recht op een vergoeding van logeerkosten als verblijf buiten het ziekenhuis medisch noodzakelijk is in verband met medisch specialistische

zorg zoals dat medische specialisten plegen te bieden zonder verpleging, verzorging of paramedische zorg (mantelzorg niet meegerekend).

Een voorbeeld van een medische noodzaak is dat u binnen 60 minuten in een expertziekenhuis moet zijn na een behandeling van CAR-T-celtherapie. Als uw woonadres verder dan 60 minuten van een expertziekenhuis ligt, heb u recht op de vergoeding van logeerkosten zolang sprake is van deze medische noodzaak.

Daarnaast hebt u recht op vergoeding van logeerkosten:

- als u op basis van uw medische indicatie of de hardheidsclausule in aanmerking komt voor ziekenvervoer uit dit artikel; en
- als dit ziekenvervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig is; en
- als u een aanvraag hebt ingediend voor vergoeding van logeerkosten in plaats van (een vergoeding voor) ziekenvervoer en u daarvoor van ons een akkoordverklaring hebt ontvangen.

Zorgverlener

Als het ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet de taxivervoerder erkend zijn (Taxi Keurmerk / TX-keurmerk) en de juiste vergunning hebben.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. Dit geldt ook wanneer:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of
- u reist met een ander vervoermiddel dan auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi (zoals een boot).

Omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn, beoordelen wij of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.19. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Het gehele artikel B.19. beschrijft de geestelijke gezondheidszorg. Het Reglement GGZ is onderdeel van dit artikel. In het reglement wordt de geestelijke gezondheidszorg verder toegelicht en benoemen wij nadere voorwaarden waaraan voldaan moet worden per zorgonderdeel.

Het Reglement GGZ kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

B.19.1. GGZ zonder opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor psychologische, psychotherapeutische en psychiatrische consulten. Het gaat hierbij om:

- diagnostiek (het vaststellen van een vermoedelijke aandoening) met de bedoeling om over te gaan tot
- behandeling van een psychische aandoening.

Als onderdeel van deze zorg kan ook evidence based (wetenschappelijk onderzoek heeft de effectiviteit aangetoond) e-health zorg (blended care) worden ingezet. Hieronder verstaan wij een compleet behandeltraject dat onder verantwoordelijkheid van een zorgverlener is gestart en is afgerond. U volgt daarbij een behandeling via een online behandelmodule waarmee de behandeling niet alleen face-to-face plaatsvindt, maar ook mogelijk wordt gemaakt via digitaal contact.

Let op!

- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De belangrijkste uitsluitingen staan in het Reglement GGZ.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

Voorwaarden

Algemeen

- Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2.2.
- De zorg kan individueel of in groepsverband worden gegeven.
- De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener of in een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

Zorgverlener

- Iedere zorgverlener beschikt over een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut dat is getoetst op basis van het meest recentelijke geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZINI). De zorgverleners zijn terug te vinden op www.zorginzicht.nl. Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen.
- De (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar zoals deze is aangeduid en aangewezen in het meest recentelijk geldende Landelijk

Kwaliteitsstatuut GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg.

- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan deze doorlopen onder deze reeds aanwezige regiebehandelaar. Voorwaarde is dat deze regiebehandelaar opgenomen is in de overgangsregeling zoals die staat beschreven in het meest recentelijk landelijk kwaliteitsstatuut. Dit kan maximaal voor een termijn van 365 dagen vanaf de dag dat de verzekerde 18 is geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener. Het gaat hierbij om zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is. De zorg is zeer gespecialiseerd en wordt gegeven in een instelling.

Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, een bedrijfsarts, een spoedeisende hulp (SEH)-arts, een medisch specialist, regiebehandelaar of straatdokter (arts voor dak- en thuislozen).

De nadere voorwaarden en uitzonderingen met betrekking tot de verwijzing kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 2.2.

Behandelvoorstel

De regiebehandelaar heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is, toetst of de zorg binnen de GGZ past en legt het voorschrift vast in een behandelplan. Dit behandelplan wordt met u besproken en vastgesteld.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.
- Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de behandeling (zie artikel A.18.).
- U hebt altijd een akkoordverklaring nodig voor de behandeling met Esketamine neusspray.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.19.2. Vervallen

B.19.3. GGZ met opname

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor medisch noodzakelijke opname voor behandeling van (zeer) complexe (ingewikkelde) psychische aandoeningen. Het gaat hierbij om een opname:

- van een onafgebroken periode van maximaal 1.095 (3 x 365) dagen. Extra voorwaarden over opname en vergoeding daarvan kunt u vinden in het Reglement GGZ;
- inclusief dagbesteding en vaktherapie (bijvoorbeeld muziek- of psychomotore therapie).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

- Binnen de opname kan de zorg individueel of in groepsverband worden gegeven.
- Meer en nadere informatie over de voorwaarden dan hieronder vermeld, kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3.
- De zorg vindt plaats in een in Nederland werkzame instelling conform de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) zijnde:
 - een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor zorg onder de Zorgverzekeringswet (Zvw);
 - een instelling voor gespecialiseerde GGZ voor zorg onder de Zvw en/of de Wet langdurige zorg (Wlz).

Zorgverlener

- Iedere zorgverlener beschikt over een goedgekeurd geldend Kwaliteitsstatuut dat is getoetst op basis van het meest recentelijke geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland (ZiNI). De zorgverleners zijn terug te vinden op www.zorginzicht.nl. Voor bevoegde medewerkers in loondienst, bijvoorbeeld psychologen, dient de instelling voor dit kwaliteitsstatuut te zorgen
- De (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar zoals deze is aangeduid en aangewezen in het meest recentelijk geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg. Een vaak voorkomende eindverantwoordelijke regiebehandelaar is bijvoorbeeld een psychiater, klinisch psycholoog of

klinisch neuropsycholoog.

- Voor verzekerden die de behandeling zijn gestart onder de Jeugdwet en waarvan de behandeling doorloopt bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd, kan deze doorlopen onder deze reeds aanwezige regiebehandelaar. Voorwaarde is dat deze regiebehandelaar opgenomen is in de overgangsregeling zoals die staat beschreven in het meest recentelijk landelijk kwaliteitsstatuut. Dit kan maximaal voor een termijn van 365 dagen vanaf de dag dat de verzekerde 18 is geworden.
- Hoogspecialistische GGZ mag alleen gegeven worden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener. Het gaat hierbij om zeer gespecialiseerde zorg in een instelling bij zeer ernstige of zeldzame problemen of een combinatie van klachten die moeilijk te behandelen is.

Verwijzing

U bent vóór aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, bedrijfsarts, een spoedeisende hulp (SEH)-arts, medisch specialist, regiebehandelaar of straatdokter (arts voor dak- en thuislozen). De nadere voorwaarden en uitzonderingen met betrekking tot de verwijzing kunt u vinden in het Reglement GGZ, artikel 3.

Behandelvoorstel

De regiebehandelaar heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is, toetst of de zorg binnen de GGZ past en legt het voorschrift vast in een behandelplan.

Dit behandelplan wordt met u besproken en vastgesteld.

Akkoordverklaring

- De voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.
- Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de opname (zie artikel A.18.).
- U hebt altijd een akkoordverklaring nodig voor behandeling met Esketamine neusspray.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.20. Vervallen

B.21. Preventie

B.21.1. Vervallen

B.21.2. Stoppen-met-roken

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor 1x per kalenderjaar Stoppen-met-roken (SMR-)begeleiding. Medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie) worden alleen vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning in de vorm van individuele (persoonlijke, telefonische, internet-) of groepsbegeleiding met een stopcoach, volgens een geaccrediteerd SMR programma. De medicijnen of nicotinevervangende middelen worden vanuit dit artikel vergoed. Behalve als de middelen voorkomen in het GeneesmiddelenVergoedingsstelsel (GVS) want dan komt de vergoeding vanuit artikel B.15.1.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U bent alleen verzekerd voor medicijnen of nicotinevervangende middelen als zij onderdeel zijn van de SMR-begeleiding.
- Het SMR programma wordt niet verrekend met het verplicht eigen risico als de zorg wordt geleverd door een gecontracteerde zorgverlener SMR.
- De medicijnen of nicotinevervangende middelen worden niet verrekend met het verplicht eigen risico als:
 - deze zijn voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR; en
 - onderdeel zijn van het SMR programma.
- In alle andere situaties worden de zorg en medicijnen/middelen wel verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

Het SMR-begeleidingstraject bestaat uit op gedragsverandering gerichte interventies, indien nodig met ondersteuning van effectief bewezen farmacotherapie (medicijnen of nicotinevervangende middelen). De farmacotherapie kan nooit zonder gedragsmatige ondersteuning worden ingezet.

De daadwerkelijke zorg en begeleiding binnen het SMR-traject wordt op u persoonlijk afgestemd en, indien nodig, geleidelijk in het zorgproces aangepast door de zorgverlener.

Zorgverlener

- De gedragsveranderende ondersteunende zorg wordt verleend door een huisarts, een medisch specialist, een gezondheidszorgpsycholoog of een SMR-coach.
- De huisarts, medisch specialist en SMR-coach moet ingeschreven zijn in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken en is opgeleid om mensen intensief te begeleiden bij het stoppen met roken.
- Als naast de gedragsmatige begeleiding ook medicijnen of nicotinevervangende middelen noodzakelijk zijn, dienen deze te worden geleverd door een door ons gecontracteerde leverancier voor SMR of een apotheek.

Let op!

- Bent u verzekerd voor zorg in natura? Waarschijnlijk is uw eigen apotheek niet gecontracteerd voor de SMR-medicijnen of nicotinevervangende middelen. Op onze website kunt u vinden met welke leveranciers wij wel een contract hebben afgesloten. Zoek dan specifiek op “Stoppen met roken”;
- Bent u verzekerd voor zorg in natura? Een gezondheidszorgpsycholoog mag de zorg wel verlenen maar is mogelijk niet gecontracteerd voor SMR. Op onze website kunt u vinden welke andere zorgverleners wij wel voor deze zorg hebben gecontracteerd. Zoek dan specifiek op “Stoppen met roken”.
- Als u al voor een andere verslaving onder behandeling bent binnen de GGZ, valt de Stoppen-met-rokenzorg onder het GGZ-traject van de andere verslaving.

Behandelaarsvoorstel

- Als de farmacotherapie voor de SMR-begeleiding wordt voorgeschreven door uw huisarts is een recept met daarop de letters SMR voldoende.
- Niet-gecontracteerde zorgverleners SMR dienen voor farmacotherapie te verwijzen naar uw huisarts.
- Voor SMR gecontracteerde zorgverleners dienen (rekening houdend met hun voorschrijfbevoegdheid, zie artikel B.15.1.b. onder ‘behandelaarsvoorstel’), de farmacotherapie voor te schrijven via het aanvraagformulier “Geneesmiddelen bij het stoppen met roken”. Op dit formulier dat te vinden is op onze website, staat de procedure beschreven.
- Voor de gedragsmatige ondersteuning volgens een SMR-begeleidingstraject hebt u geen behandelvoorstel of verwijzing nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.22. Voorwaardelijke zorg

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Voorwaardelijke zorg omvat de volgende zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voorwaardelijk voor een bepaalde periode zijn aangewezen:

- a. tot 1 oktober 2022 autologe vet transplantatie (AFT) van vetcellen naar de borst als nieuwe reconstructietechniek;
- b. tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom ir-resectabel stadium IIIc en stadium IV;
- c. tot 1 augustus 2022 dendritische celtherapie bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom (specifieke vorm van huidkanker) na complete resectie (medische uitsnijding);
- d. tot 1 oktober 2022 de behandeling van patiënten met maagkanker en uitzaaiingen op het buikvlies is een experimentele behandeling, waarbij de behandeling bestaat uit een operatie (gedeeltelijk of totale maagverwijdering en weghalen van de buikvliesuitzaaiingen) in combinatie met verwarmde chemotherapie in de buikholte (HIPEC);
- e. tot 1 januari 2023 behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III erfelijke borstkanker waarbij de patiënt wordt behandeld met hoge dosis chemotherapie en stamceltransplantatie;
- f. tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen;
- g. tot 1 oktober 2023 langdurige, actieve fysiotherapie bij patiënten met axiale spondyloartritis (AXSPA) met ernstige functionele beperkingen en bij patiënten met reumatoïde artritis (RA) met ernstige functionele beperkingen;
- h. tot 1 oktober 2023 medische zilverkleding en antibacteriële verbandkleding met chitosan toevoeging bij kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem;
- i. tot 1 augustus 2025 blaasinstillaties met blaasspoelvloeistoffen bij patiënten met blaaspijnsyndroom en Hunnerse laesies;
- j. tot 1 januari 2027 toevoeging van hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) aan primaire debulking (de standaard behandeling) bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom;
- k. tot 1 januari 2027 het medicijn nusinersen (Spinraza®) bij de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie (SMA) die 9,5 jaar

en ouder zijn;

- i. tot 1 augustus 2022: eerstelijns paramedische herstelzorg voor 4 groepen patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt:
 1. patiënten die wegens ernstige COVID-19 zijn opgenomen in het ziekenhuis en daar een IC-behandeling hebben ondergaan;
 2. patiënten die wegens ernstige COVID-19 zijn opgenomen in het ziekenhuis, maar daar geen IC-behandeling hebben ondergaan;
 3. patiënten die een indicatie hadden voor ziekenhuisopname vanwege COVID-19 of verdenking daarop, maar in hun eigen woonomgeving zijn gebleven;
 4. patiënten die in hun eigen woonomgeving ernstig ziek zijn geweest door COVID-19 of verdenking daarop, zonder dat daarbij een opname-indicatie aan de orde was, en die hiervan ernstige langetermijnevolgen ondervinden;

De zorg bestaat vanaf de eerste zitting uit:

- o maximaal 50 behandelingen fysio- of oefen-therapie;
- o maximaal 10 uur ergotherapie;
- o maximaal 7 uur diëtetiek;
- o alle noodzakelijke logopedie zonder maximum.

De aanspraak geldt voor de duur van zes maanden. De zorg wordt verleend op voorschrift van de huisarts of medisch specialist. Dit voorschrift is uiterlijk 6 maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 afgegeven. De zorg begint binnen een maand nadat het voorschrift is afgegeven. Indien nodig kan de zorg verlengd worden met 6 maanden. Ook hiervoor is een voorschrift van de huisarts of de medisch specialist nodig.

- m. en verder die vormen van medische specialis- tische zorg, medicijnen en hulpmiddelen die door de minister in de loop van het jaar voor een vastgestelde periode als voorwaardelijke zorg zijn aangewezen. Deze vormen van voorwaardelijke zorg staan op onze website en in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering genoemd.

Een opname kan medisch noodzakelijk zijn.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

U neemt deel aan onderzoek. Onder dat onder-

zoek verstaan we:

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

Dit aanvullend observationeel onderzoek is niet van toepassing op de voorwaardelijke zorg onder a. en f.

Voor de zorg onder l. geldt voor zover van toepassing ook een aanvullende analyse van de zorgverlening of, als het onderzoek en de analyse nog niet zijn gestart, de bereidheid daaraan deel te nemen.

Zorgverlener

Een zorgverlener die patiënten selecteert voor het onderzoek verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.23. Voetzorg

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat voetzorg aan verzekerden met Diabetes Mellitus Type I (DM Type I) of Diabetes Mellitus Type II (DM Type II):

- bij zorgprofiel 1: het jaarlijks gericht voetonderzoek;
- bij zorgprofiel 2 of hoger: de voetzorg zoals hieronder is beschreven.

De voetzorg omvat het totaalpakket aan werkzaamheden binnen de zorgprofielen, voor zover deze door Zorginstituut Nederland (ZiNI) geduid zijn als geneeskundige zorg die ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht en zoals huisartsen of medisch specialisten die plegen te bieden.

Jaarlijks vindt voetonderzoek en advies plaats. Daarbij wordt het risico op voetulcera (een huid-

defect/ontsteking onder de enkel) aangegeven in zogenaamde Simm's classificaties. Op basis van de Simm's classificatie in combinatie met andere niet oorzakelijke factoren wordt het zorgprofiel, zoals omschreven in de "Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera 2014", vastgesteld:

- Zorgprofiel 2: voetonderzoek inclusief diagnostiek en behandeling ter voorkoming van ulcus bij een hoog risico op wond/amputatie zonder verhoogde druk;
- Zorgprofiel 3: voetonderzoek, podotherapeutische therapie(ën), controle, preventieve voet-zorg en instrumentele behandeling bij een hoog risico op wond/amputatie met verhoogde druk;
- Zorgprofiel 4: voetonderzoek, podotherapeutische therapie(ën), controle, preventieve voet-zorg en instrumentele behandeling bij een zeer hoog risico op wond/amputatie.

Het aantal behandelingen, onderzoeken en de inzet van diagnostiek wordt in een individueel behandelplan vastgelegd.

De zorg bij Diabetes Mellitus Type II kan ook verleend worden in de vorm van ketenzorg, volgens de geldende zorgstandaarden voor DM Type II. Zie daarvoor artikel A.17.3.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Eigen risico is niet van toepassing, behalve als de zorg wordt geleverd door een medisch specialist in het ziekenhuis en onderdeel is van een DBC declaratie.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- De zorg omvat niet persoonlijke verzorging zoals het verwijderen van eelt om verzorgende redenen of algemene nagelverzorging.
- U hebt geen recht op vergoeding van voetzorg buiten ketenzorg als u al voetzorg binnen ketenzorg ontvangt (of andersom) voor dezelfde aandoening.

Voorwaarden

Algemeen

- Als het om ketenzorg gaat, vindt de declaratie van de zorg plaats via:
 - de hoofdaannemer (mogelijk podotherapeut) volgens de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);

- de individuele, aangesloten zorgverleners met de zogenaamde "kosten voor organisatie en infrastructuur". Dit zijn de overheadkosten die door de hoofdaannemer worden gedeclareerd.
- De zorg kan bij u thuis plaatsvinden als dat medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

De zorg wordt geleverd door:

- een medisch specialist;
- een huisarts of een zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk of huisartsendienstenstructuur (zoals een praktijkondersteuner, verpleegkundige of physician assistant). De zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk of huisartsendienstenstructuur werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts;
- een podotherapeut, die de zorg in onderaannemerschap kan delegeren aan de medisch pedicure of een pedicure met het certificaat 'voetverzorging bij diabetes' (aantekening DV);
- Als het om ketenzorg gaat, wordt de verzekerde zorg geleverd door een huisarts en/of andere zorgverlener die is aangesloten bij, of gecontracteerd door een hoofdaannemer.

Verwijzing

Als een podotherapeut of pedicure de zorg verleent, is een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist. In andere gevallen is geen verwijzing nodig.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.24. Vervallen

B.25. Zorg voor zintuiglijk beperkten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Zorg voor zintuiglijk beperkten omvat multidisciplinaire geneeskundige zorg:

- in verband met een visuele beperking (zicht);
- in verband met een auditieve beperking (gehoor);
- voor kinderen en jong volwassenen tot de leeftijd van 23 jaar, die niet autistisch zijn en een communicatieve beperking (spraak) hebben als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

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

Het gaat om zorg zonder dat sprake is van opname en/of verblijf. Als het medisch noodzakelijk is en voldaan is aan de voorwaarden in het indicatieprotocol omvat deze zorg ook verblijf.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

- Er is sprake van een visuele beperking (volgens de NOG-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:
 - een gezichtsscherpte van minder dan 0.3 aan het beste oog; of
 - een gezichtsveld van minder dan 30 graden;
 - een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.
- Er is sprake van een auditieve beperking (volgens de FENAC-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:
 - het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt; of
 - als het drempelverlies groter is dan 25 dB.
- Er is sprake van communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (vastgesteld volgens multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen). Dit is het geval indien:
 - de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren;
 - de taalontwikkelingsstoornis primair is, dus dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologische) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.
- De zorg kan bij u thuis plaatsvinden.

Zorgverlener

De zorg wordt in multidisciplinair verband verleend door zorgverleners die in een instelling voor zintuiglijk beperkten werkzaam zijn. De werkzaamheden van de zorgverleners beperken zich tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan zorg voor zintuiglijk beperkten worden gesteld.

- Een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk

voor de geleverde auditieve en communicatieve zorg en het zorgplan. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze zorg verlenen.

- Een oogarts of een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde visuele zorg en het zorgplan. Ook de klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze zorg verlenen.

Verwijzing

Een medisch specialist verwijst op grond van de NOG-verwijsrichtlijn voor visuele zorg. Voor aanvang van een extramurale behandeling is verwijzing nodig van:

- een medisch specialist of een klinisch fysicus audiologisch centrum als de stoornis / beperking niet eerder is vastgesteld of als de stoornis / beperking is gewijzigd;
- een huisarts of jeugdarts als de stoornis / beperking wel eerder is vastgesteld maar er een samenhangende zorgbehoefte blijkt. Er is geen verwijzing van huisarts of jeugdarts nodig als eenvoudige revalidatie wordt geleverd door een gecontracteerde zorginstelling voor verzekerden met een visuele beperking. Uw zorginstelling kan u vertellen wanneer het om eenvoudige revalidatie gaat.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als verblijf langer duurt dan 1 jaar. De zorginstellingen die dit verblijf bieden, weten wanneer u in aanmerking komt voor verblijf en wanneer een akkoordverklaring nodig is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.26. Wijkverpleging

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat verpleging en verzorging en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

Wijkverpleging is voor alle leeftijden en omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

Integrale zorg

Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op

elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in de verzekeringsvoorwaarden. Als u integrale zorg ontvangt (zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd, zoals Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, WMO en Wlz), adviseren wij u hierover contact met ons op te nemen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg mag niet gepaard gaan met verblijf in een instelling, tenzij het om Intensieve Kindzorg gaat. Als Intensieve Kindzorg gepaard gaat met verblijf in een instelling, dan kunt u deze zorg niet met een PGB inkopen.
- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor kraamzorg in artikel B.7.
- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.
- Als het gaat om zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), dan valt die zorg onder de Jeugdwet; de zorg vindt dan niet in geneeskundige context plaats.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.
- Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen. Wij verwachten van u dat u naar beste kunnen medewerking verleent aan de zorgverleners, zodat zij hun werk veilig en naar behoren kunnen uitvoeren.
- Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie). Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.
- De zorg wordt verleend in uw eigen omgeving. Intensieve Kindzorg kan ook in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderspice verleend worden.

Persoonsgebonden Budget

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een Persoonsgebonden Budget (PGB) bij ons aanvragen. In het “Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging & Verzorging” leest u daar meer over.

Zorgverlener

Algemeen

De wijkverpleegkundige zorg wordt verleend door zorgverleners (beroepskrachten) die bevoegd en bekwaam zijn voor die handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen. De verpleegkundigen (niveau 4 en 5) zijn daarnaast BIG-geregistreerd. Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. De verpleegkundig specialist of verpleegkundige niveau 5 die de indicatie heeft gesteld, is aangesloten bij het netwerk (bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, samenwerking van thuiszorgorganisaties en huisartsen en ziekenhuis) dat in de omgeving van verzekerde zorg en ondersteuning organiseert en continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan, en daarmee de ingezette zorg, nog passen bij de zorgvraag. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kan contact opgenomen worden met ons Zorgteam.

De zorgverlener die de zorg verleent en declareert moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. De zorgverlener heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code “Verpleegkundige niveau 5” die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 5 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.

Indicatiestelling

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel 14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor). Bij de indicatiestelling wordt gebruik gemaakt van een digitaal classificatiesysteem.

De indicatiestelling omschrijft en onderbouwt hoeveel en hoe vaak u welke verpleging en verzorging nodig heeft. Dit moet de indicatiesteller vastleggen in een zorgplan. Het zorgplan en de indicatie moeten voldoen aan het ‘Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving’ van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Wij beoordelen of het verpleegkundig proces in de indicatiestelling navolg-

baar is.

Wij bepalen aan de hand van de opgestelde voorwaarden en uw zorgindicatie of u in aanmerking komt voor zorg in natura of een pgb-verpleging en verzorging (vv).

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring van ons is niet nodig als u naar een zorgverlener gaat die wij voor deze zorg hebben gecontracteerd. De zorgverlener beoordeelt dan namens ons of de zorg valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.

Als de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).

U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen door een andere verpleegkundige. Deze herbeoordeling wordt alleen vergoed als wij hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Wij kunnen hierbij een andere verpleegkundige aanwijzen. Wij kunnen die toestemming bijvoorbeeld weigeren als u al bij meerdere zorgverleners een indicatie heeft gekregen voor dezelfde periode, alvorens u een herbeoordeling aanvraagt.

Twijfelen wij zelf aan de zorgbehoefte die de eerste verpleegkundige heeft vastgesteld? Dan kunnen wij zelf uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.27. Kortdurend verblijf in een instelling

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met huisartsenzorg. Het verblijf is gericht op herstel en terugkeer naar huis. De verwachting is dat terugkeer naar huis en herstel op korte termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase).

Er moet vaststaan dat:

- er per direct een aantoonbaar risico bestaat op gezondheidsverlies. Uw persoonlijke (thuis) situatie neemt uw huisarts mee in overweging; en
- een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is; en
- er geen structurele behoefte is aan verblijf;

Onder de zorg valt:

- Verblijf voor medisch noodzakelijke zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- Geneeskundige zorg. Hierbij is ook de eerstelijns diagnostiek inbegrepen;
- Paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf.

Toelichting:

Zorg kan niet altijd thuis geleverd worden, bijvoorbeeld omdat een periode van aaneengesloten (geneeskundige) observatie, specialistische diagnostiek, herstellende zorg of zorg op onplanbare momenten nodig is. Ook kan palliatief terminale zorg niet altijd thuis geleverd worden en biedt een hospice soms betere mogelijkheden. In dergelijke gevallen kunt u recht hebben op een kortdurend verblijf buiten uw eigen huis zoals hierboven beschreven.

De zorg is in beginsel gericht op terugkeer naar huis binnen 3 maanden (tenzij er sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase). Deze periode van opname is in het algemeen voldoende. Als een langer verblijf nodig blijkt, moet in het zorgplan worden onderbouwd waarom dit nodig is, en wat het doel is van de verlengde opname.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U bent tijdens het kortdurend verblijf wel verzekerd voor medicijnen maar voor die zorg gelden dan de voorwaarden van artikel B.15 en B.16. en niet de voorwaarden van artikel B.27.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- U bent niet verzekerd voor kortdurend verblijf in een instelling als:
 - u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf wordt dan betaald vanuit de Wlz;
 - er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg als de mantelzorger tijdelijk niet in staat is de zorg te leveren, of de zorg alleen kan volhouden als hij/zij een adempauze krijgt. Deze zorg valt onder de Wet Maatschappelijke ondersteuning. U kunt hierover contact opnemen met uw gemeente;
 - u jonger bent dan 18 jaar. De zorg valt dan

onder de Jeugdwet. U kunt hierover contact opnemen met uw gemeente.

Voorwaarden

Algemeen

De zorg vindt plaats in een voor verpleging en persoonlijke verzorging toegelaten instelling conform de WTZi (Wet toelating zorginstellingen) in Nederland die, afhankelijk van welke zorg wordt geleverd, tenminste één medewerker met een AGB-code "Verpleegkundige niveau 4 of 5" in dienst heeft.

Zorgverlener

Een specialist ouderenzorg en/of arts verstandelijk gehandicapten verlenen de geneeskundige zorg in samenwerking en/of afstemming met de huisarts.

De verzorgende of verpleegkundige verleent de zorg in afstemming met de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde / arts verstandelijk gehandicapten. De huisarts kan de zorg ook zelf verlenen.

Als het gaat om paramedische zorg verleent een paramedicus de zorg. In artikel B.8 tot en met B.11 kunt u onder het kopje "zorgverlener" zien welke zorgverlener welke paramedische zorg mag verlenen.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de zorg verwezen door een huisarts, eventueel in overleg met een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verpleegkundige en/of medisch specialist.

Behandelvoorstel

De huisarts stelt de indicatie van het kortdurend verblijf in samenspraak met de wijkverpleegkundige en in overleg met de specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en/of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.28. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)

B.28.1. GZSP algemeen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als bedoeld in deze gehele bepaling met be-

trekking tot GZSP omvat een verzameling van zorgvormen in de eerstelijns voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek, waardoor zij (in toenemende mate) beperkt worden in hun zelfredzaamheid en vermogen tot eigen regie en redelijkerwijze op deze zorg zijn aangewezen. De zorg richt zich op somatische, het psychische en/of op gedragsmatig gebied. Het gaat hierbij onder andere om:

- oudere mensen met complexe aandoeningen (somatische en/of psychische);
- mensen met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, zoals bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington en multiple sclerose;
- mensen met niet-aangeboren hersenletsel;
- mensen met een verstandelijke beperking.

De zorgverlener kan de zorg ook leveren op een ander adres dan waar hij normaal gesproken werkt.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De volgende zorg wordt niet vergoed:
 - zorg die onder de Wlz (Wet langdurige zorg) valt;
 - zorg (zoals huisartsenzorg, fysiotherapie, oefentherapie, diëtetiek, logopedie, ergotherapie en geestelijke gezondheidszorg (GGZ)), voor zover die onder andere bepalingen van de basisverzekering is gedekt;
 - multidisciplinair overleg behalve gericht overleg met de behandelend arts;
 - zorg die in de groep geleverd wordt, is een integrale prestatie en kan niet tegelijkertijd als individuele prestatie in rekening worden gebracht.

Voorwaarden

Zorgverlener

Als sprake is van multidisciplinaire zorg is de regiebehandelaar verantwoordelijk. De regiebehandelaar is een BIG-geregistreerd zorgverlener.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de zorg verwezen door een huisarts op advies van de regiebehandelaar (specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, gedragswetenschapper) of door de medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.28.2. Individuele zorg van specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen verleend door de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten.

Voorwaarden

Zie artikel B.28.1. De volgende voorwaarde wijkt daarvan af.

Zorgverlener

Een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten verleent de zorg.

B.28.3. Individuele zorg van gedragswetenschappers

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen, verleend door gedragswetenschappers en is gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag.

Voorwaarden

Zie artikel B.28.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg is bestemd voor patiënten met:

- (het vermoeden van) een chronische en/of complexe aandoening met gevolgen voor het psychisch en cognitief functioneren (zoals dementie, Multiple Sclerosis (MS), Parkinson, verstandelijke beperking (VB), niet aangeboren hersenletsel (nah); of
- meervoudige problematiek (hoge ouderdom met stapeling van somatische klachten en bijvoorbeeld zingevingsproblematiek), vaak degeneratief en progressief van aard.

Zorgverlener

De behandeling vindt plaats onder regie van een gedragswetenschapper met deskundigheid van specifieke aandoeningen en behandelingen.

B.28.4. Individuele paramedische zorg

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat eerstelijns paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en/of diëtetiek) voor specifieke patiëntgroepen.

Voorwaarden

Zie artikel B.28.1. De volgende voorwaarde wijkt daarvan af.

Zorgverlener

Een fysiotherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut, logopedist of diëtist verleent de zorg.

B.28.5. Zorg in een groep aan kwetsbare patiënten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat zorg aan kwetsbare patiënten met somatische of cognitieve problematiek, waaronder psychogeriatrische, met een intensieve zorgvraag en is gericht op het herstel en/of het aanleren van vaardigheden, dan wel het stabiliseren van het functioneren en voorkoming van verergering van beperkingen en/of het leren omgaan met fysieke en/of cognitieve beperkingen.

Voorwaarden

Zie artikel B.28.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De zorg vindt plaats in een groep.
- De concrete en haalbare behandeldoelen zijn vastgelegd in een individueel behandelplan.

Zorgverlener

Een fysiotherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut, logopedist of diëtist verleent de zorg.

B.28.6. Zorg in een groep aan mensen met een lichamelijke beperking of met een niet-aangeboren hersenletsel

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat multidisciplinaire zorg in een groep op basis van een individueel behandelplan. Het behandelplan wordt aangeboden om zoveel als mogelijk fysiek en psychisch te leren omgaan met de aandoening en beperkingen die uit de aandoening en beperkingen voortvloeien. De behandeling is erop gericht uw functionele autonomie te behouden en te bevorderen. De zorg is bedoeld om achteruitgang en escalatie te voorkomen, gedrag

hanteerbaar te maken en fysiek en psychisch functioneren te verbeteren. De zorg is geen vervanging van medisch specialistische revalidatie (msr) of geriatrische revalidatiezorg (grz).

Voorwaarden

Zie artikel B.28.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan.

Algemeen

- De zorg vindt plaats in een groep.
- De concrete en haalbare behandeldoelen zijn vastgelegd in een individueel behandelplan.
- Het betreft multidisciplinaire behandeling in groepsverband.

Zorgverlener

De regiebehandelaar in samenwerking met gedragsdeskundigen, vaktherapeuten en paramedici verleent de zorg.

B.28.7. Zorg in een groep aan patiënten met de ziekte van Huntington

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Zorg in een groep aan patiënten met de ziekte van Huntington.

Voorwaarden

Zie artikel B.28.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan.

Algemeen

- De zorg vindt plaats in een groep.
- De zorg vindt plaats in de vorm van dagbehandeling.
- De concrete en haalbare behandeldoelen zijn vastgelegd in een individueel behandelplan.

Zorgverlener

Een multidisciplinair team onder regie van een regiebehandelaar waarbij deskundigheid op het gebied van de ziekte van Huntington noodzakelijk

is, verleent de zorg. Voor zover medisch noodzakelijk kan ook verpleegkundige zorg deel uitmaken van de behandeling in een groep.

B.28.8. Zorg aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (sglvg)

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De prestatie omvat de volgende zorgverlening:

- integratieve, multidisciplinaire diagnostiek van de gedragsproblematiek;
- multidisciplinaire behandeling van de gedragsproblematiek op basis van een individueel behandelplan.

De zorg is gericht op de vergroting van uw competenties, uw steunsysteem en uw professionele netwerk ten aanzien van het leren omgaan met uw beperkingen in het verstandelijk en adaptief functioneren. De zorg vindt plaats volgens het principe van stepped care.

Voorwaarden

Zie artikel B.28.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan.

Algemeen

- De zorg vindt plaats in een groep.
- De concrete en haalbare behandeldoelen zijn vastgelegd in een individueel behandelplan.
- Het betreft behandeling van patiënten met een verstandelijke beperking, één of meer psychiatrische stoornissen en ernstige gedragsproblematiek. De gedragsproblematiek is in samenhang met de verstandelijke beperking en de psychiatrische stoornis(sen) ontstaan.

HOOFDSTUK C

ALGEMENE VOORWAARDEN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

C.1. Begripsomschrijvingen

In dit artikel leggen wij de betekenis uit van de begrippen die in de hoofdstukken C en D (Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen) voorkomen en die wij nog niet hebben uitgelegd in hoofdstuk A.

Beweegprogramma

Een beweegprogramma is gericht op het beïnvloeden en activeren van het beweeggedrag en het ontwikkelen van een actieve en gezonde levensstijl. De duur van het beweegprogramma ligt vooraf vast. Binnen het programma is het doel een gedragsverandering te bereiken. Hieronder verstaan wij niet algemene beweegprogramma's met als doel verbetering van conditie.

Gezondheidskursus

Een compleet leerprogramma dat binnen een bepaalde tijd plaatsvindt. In het leerprogramma staat het vergroten van uw kennis over een gezonde levensstijl centraal. In de cursus of het programma krijgt u via persoonlijk contact vaardigheden aangeleerd en/of informatie aangeboden die leidt/leiden tot een gedragsverandering. Het doel is dat u leert hoe u zelf in staat bent om uw gezondheid (lichamelijk of geestelijk) op peil te houden en/of te verbeteren.

Inenting

Toediening van entstof en/of medicijnen door middel van injecties.

Het geheel van de zorg bestaat uit:

- levering van de entstof en/of medicijnen;
- het injectiemateriaal;
- toediening door middel van een of meerdere injecties;
- de bijbehorende registratie/administratie;
- (eventueel) bijbehorend diagnostisch (bloed)-onderzoek voor de bepaling van de entstof; en
- het in rekening gebrachte consult.

Mantelzorg

Zorg die zonder geldelijke of op geld waardeerbare tegenprestatie en op basis van vrijwilligheid wordt verleend aan iemand die vanwege zijn langdurige (chronische) ziekte, aandoening en/of verslechterde gezondheidstoestand zonder deze zorg niet zelfstandig thuis kan functioneren. Deze zorg is iedere dag gedurende (nagenoeg) het gehele etmaal beschikbaar en kan direct worden verleend. De partner die thuis zorgt voor de andere partner kan ook worden gezien als mantelzorger.

Mantelzorger

Degene die mantelzorg verleent.

Patiëntenvereniging

Een vereniging die opkomt voor de belangen van patiënten en consumenten in de gezondheidszorg en die (aspirant)lid is van of aangesloten is bij:

- de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF);
- de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad);
- het Platform Verstandelijk Gehandicapten (Platform VG);
- het Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg (LPGGz).

Podoloog / register-podoloog

Degene die als podoloog die is ingeschreven in het daarvoor bestemde register bij een vereniging van podologen die wij hebben erkend, en een praktijk heeft als register podoloog.

Thuiszorgorganisatie

Instelling die verpleging en verzorging bij de verzekerde thuis kan leveren.

Wonen

De situatie dat u het middelpunt van uw leven en uw sociale activiteiten helemaal of bijna helemaal op één bepaalde plaats of in één bepaald land hebt.

Is dat niet het geval, maar verblijft u op die plaats zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan gaan wij ervan uit dat u daar woont. Verblijft u op die plaats echter korter dan 365 dagen dan beschouwen wij dat als tijdelijk verblijf en niet als wonen.

Woonland

Het land waar u woont, behalve Nederland. Onder woonland verstaan wij ook het land waar u voor uw werk bent gedetacheerd en u en uw gezinsleden verblijven, ook als dit korter is dan een jaar.

Z-index

De Z-Index verzamelt, controleert, beheert en verspreidt gegevens van alle producten die bij de openbare apotheek en apotheekhoudende huisarts verkrijgbaar zijn in de zogenaamde G-Standaard. Wij gebruiken deze G-Standaard bijvoorbeeld om te zien of een medicijn geregistreerd is en wat het tarief is voor dat medicijn.

C.2. Grondslag van uw aanvullende verzekeringen en particuliere ziektekostenverzekering

C.2.1. Basis

In aanvulling op artikel A.2. kunnen de aanvullende verzekering en/of de particuliere ziektekostenverzekering gebaseerd zijn op:

- een Vergoedingen Overzicht voor uw verzekeringen;
- de gezondheidsverklaring die u of een derde (bijvoorbeeld een zorgverlener) hebt ingevuld;
- eventuele ingevulde keuringsrapporten;

C.2.2. Aard van uw aanvullende verzekering en particuliere ziektekostenverzekering

De particuliere ziektekostenverzekering is een "restitutieverzekering". Dat wil zeggen dat u recht hebt op vergoeding van de kosten van zorg.

Uw aanvullende verzekering is altijd een restitutieverzekering, behalve als in de inleiding van uw Vergoedingen Overzicht van die aanvullende verzekering staat dat het een gemengde verzekering is. Dat wil zeggen dat u bij ten minste één vergoeding (artikel) verzekerd bent voor vergoeding van de kosten van zorg (restitutie) en bij ten minste één vergoeding (artikel) verzekerd bent voor de zorg zelf (natura).

C.2.3. Inhoud van uw particuliere ziektekostenverzekering

De voorwaarden van dekking van de particuliere ziektekostenverzekering zijn gelijk aan die van de zorgverzekering. De inhoud en omvang van de dekking van de particuliere ziektekostenverzekering kunnen afwijken van die van de zorgverzekering. Op uw Vergoedingen Overzicht kun u zien voor welke zorg u verzekerd bent en hoe hoog de vergoeding is.

C.2.4. Afwijkingen die kunnen gelden

Van één of meer artikelen in deze verzekeringsvoorwaarden kan worden afgeweken in:

- het Vergoedingen Overzicht;
- een bijkomende of collectieve overeenkomst;
- de afwijkende voorwaarden die zijn beschreven in artikel C.11.

C.2.5. Verwijzingen in Vergoedingen Overzicht

U bent alleen verzekerd voor (vergoeding van)

zorg genoemd in die artikelen die vermeld staan op uw Vergoedingen Overzicht(en). Als niet het gehele vergoedingsartikel wordt vermeld maar een onderdeel daarvan, dan zijn ook de omschrijving van die zorg, de uitsluitingen (zie: "Let op!") en de voorwaarden van toepassing die in dat artikel of een artikel uit hoofdstuk A staan beschreven.

C.3. Aard, inhoud en omvang van uw aanvullende verzekering

C.3.1. Diverse aanvullende verzekeringen

U (verzekeringnemer) kunt voor uzelf en voor anderen verschillende soorten aanvullende verzekeringen afsluiten die wij aanbieden. Sommige aanvullende verzekeringen mag u niet tegelijkertijd hebben. U kunt bij ons navragen welke dat zijn.

C.3.2. Per gezinslid

U (verzekeringnemer) kunt voor de verzekerden op uw (gezins)polis kiezen uit de verschillende aanvullende verzekeringen die wij aanbieden. Deze kunnen per verzekerde verschillen.

C.3.3. Kinderen tot 18 jaar in een gezin

- De (combinatie van) aanvullende verzekering(en) van een kind moet(en) hetzelfde zijn als die van (één van) de ouders.
- In afwijking van het voorgaande kunt u voor uw kind één of meer aanvullende verzekeringen afsluiten die anders zijn dan die van zijn ouders. De aanvullende verzekeringen van uw kind zijn dan niet meer gratis. Ook zelfs de aanvullende verzekering die wel hetzelfde is als een van de aanvullende verzekeringen van een of beide ouders is dan niet meer gratis. Op de aanvullende verzekering van uw kind is dan de premie vanaf 18 jaar van toepassing.

C.4. Begin en duur van uw aanvullende verzekering

C.4.1. Begin en duur

Als de aanvullende verzekering op 1 januari ingaat, is die aanvullende verzekering één heel jaar van kracht. Als de aanvullende verzekering na 1 januari ingaat, is die aanvullende verzekering het resterend deel van het lopende jaar plus het hele daarop volgende jaar van kracht.

C.4.2. Bijschrijving van gezinsleden

Voor gezinsleden die tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering op uw verzekering worden bijgeschreven, loopt hun aanvullende verzekering even lang als die van u.

C.5. Verzwijging

C.5.1. Vervallen

C.5.2. Beëindiging door ons

Als blijkt dat de antwoorden onjuist of onvolledig zijn, wijzen wij u hierop. U hebt dan 14 dagen de tijd om te reageren. Wij kunnen binnen 60 dagen na ontdekking de aanvullende verzekering of de particuliere ziektekostenverzekering meteen beëindigen.

C.5.3. Opzegging door verzekeringnemer

Vanaf het moment dat wij u op de onjuistheid of onvolledigheid wijzen, hebt u 60 dagen de gelegenheid om uw aanvullende verzekering of de particuliere ziektekostenverzekering met directe ingang te beëindigen.

C.6. Beëindigen of wijzigen

C.6.1. Beëindiging voor alle verzekerden

- Als de informatie die u ons bij het afsluiten van een aanvullende verzekering en/of een particuliere ziektekostenverzekering hebt gegeven onjuist of onvolledig blijkt te zijn, kunnen wij de betreffende verzekering binnen 60 dagen na deze ontdekking per direct beëindigen. Wij vorderen alle vergoedingen terug die wij u vanaf de dag van de misleiding hebben betaald.
- Als u 2 maanden betalingsachterstand heeft voor de particuliere ziektekostenverzekering kunnen wij de betreffende ziektekostenverzekering beëindigen.

C.6.2. Beëindiging voor één verzekerde

Wij beëindigen de aanvullende verzekering en particuliere ziektekostenverzekering van één verzekerde op het moment dat sprake is van (één van) de volgende situaties:

- De verzekerde maakt feitelijk geen deel meer uit van uw (verzekeringnemer) gezin;
- Het verblijf van u (verzekerde) in het buitenland is volgens deze verzekeringsvoorwaarden niet langer als tijdelijk te beschouwen en wij hebben u geen uitdrukkelijke toestemming gegeven om uw aanvullende verzekering te be-

houden.

Als van (één van) bovenstaande situaties sprake is, moet u dit schriftelijk aan ons melden. Wij moeten die melding uiterlijk binnen 30 dagen nadat van de betreffende situatie sprake is, hebben ontvangen.

C.6.3. Geen beëindiging

U kunt uw aanvullende verzekering niet opzeggen:

- als wij de premie verlagen;
- als wij de verzekeringsvoorwaarden veranderen waardoor u meer rechten of minder plichten krijgt;
- als wij de premie veranderen doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor in een andere leeftijdscategorie terechtkomt;
- als wij de verzekeringsvoorwaarden of premie veranderen van een aanvullende verzekering die u (verzekeringnemer) niet hebt afgesloten;
- als wij verzekeringsvoorwaarden veranderen als gevolg van overheidsbeleid of een wettelijke regeling.

C.7. Hoogte premie en kosten

Naast de kosten die wij hebben genoemd in hoofdstuk A moet u (verzekeringnemer) ook deze kosten betalen:

- een toeslag op de premie voor ieder kind jonger dan 18 jaar waarvoor u een aanvullende verzekering afsluit. Wij brengen deze toeslag alleen in rekening als de ouders / verzorgers geen (of een andere reeks van een) aanvullende verzekering bij ons hebben afgesloten. Wij brengen de toeslag bij u (verzekeringnemer) in rekening;
- een toeslag op de premie voor iedere verzekerde waarvoor bij ons wel een aanvullende verzekering, maar geen zorgverzekering is afgesloten. Wij brengen deze toeslag bij u (verzekeringnemer) in rekening;
- een toeslag op de premie doordat u tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering een bepaalde leeftijd bereikt;
- belastingen die wij volgens de wet of een verdrag moeten overdragen aan bepaalde instanties.

Als een toeslag van toepassing is, is die verwerkt in de premie op uw polisblad.

C.8. Premie en kosten na beëindiging

Het kan voorkomen dat u ons nog premie en kosten moet betalen voor een aanvullende verzekering of een particuliere ziektekostenverzekering die inmiddels beëindigd is. Als u dan een nieuwe verzekering bij ons afsluit, dan hebben wij het recht:

- de kosten van zorg die u uit uw nieuwe aanvullende verzekering of nieuwe particuliere ziektekostenverzekering van ons vergoed krijgt, te verrekenen met de oude openstaande schuld;
- onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare premies en kosten betaald hebt.

C.9. Vergoeding

C.9.1. Maximum vergoeding als u niet voor het hele jaar verzekerd bent

Bepaalde behandelingen vergoeden wij tot een bepaald maximum bedrag per jaar. Als uw verzekering ingaat of eindigt in de loop van het jaar, verminderen wij dit maximum bedrag niet.

C.9.2. Maximum vergoeding bij wijziging van aanvullende verzekering

Het kan zijn dat u zorg krijgt die u op grond van uw aanvullende verzekering gedeeltelijk vergoed krijgt maar niet volledig. U krijgt bijvoorbeeld een maximaal bedrag of aantal behandelingen vergoed. U sluit later bij ons andere aanvullende verzekering(en) af die die zorg ook vergoedt/vergoeden maar niet helemaal. Die nieuwe aanvullende verzekering vergoedt diezelfde zorg namelijk ook tot een bepaald bedrag of tot een bepaald aantal behandelingen in een door ons daarbij genoemde periode. Dan:

- telt het bedrag dat u al vergoed hebt gekregen uit uw eerdere aanvullende verzekering bij ons mee voor het maximum bedrag van uw nieuwe aanvullende verzekering;
- telt het aantal behandelingen dat u in uw eerdere aanvullende verzekering bij ons kreeg mee voor het maximum aantal behandelingen van uw nieuwe aanvullende verzekering;
- loopt de periode waarbinnen u recht hebt op een beperkte vergoeding door in uw nieuwe aanvullende verzekering. Deze periode begint te lopen op het moment waarop u voor het eerst kosten maakt.

Voor bepaalde zorg vergoeden we eenmaal per

verzekerde een maximumbedrag. Ook dan tellen de vergoedingen mee die u in eerdere jaren of periodes van ons heeft gekregen. Dit geldt ook als u tussentijds ergens anders verzekerd bent geweest.

Eerder toegekende vergoedingen blijven ook meetellen als wij in uw aanvullende verzekering het aantal behandelingen en/of het bedrag van de vergoeding(en) wijzigen.

Let op!

Dit artikel geldt niet voor de vergoeding van orthodontie uit artikel D.8.5.

C.9.3. Doorlopende vergoedingen

De volksverzekeringen en de sociale verzekeringen zoals de Wlz (voorheen AWBZ), Jeugdwet en Wmo) en uw zorgverzekering vergoeden niet alle zorg (volledig). De zorg die u niet vergoed krijgt, kan onder voorwaarden onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering vallen. Dat geldt:

- als de kosten betrekking hebben op behandelingen die zijn opgenomen in uw zorgverzekering, de volksverzekeringen of de sociale verzekeringen; en
- als de zorg gedeeltelijk vergoed wordt uit de volksverzekeringen en de sociale verzekeringen of uw zorgverzekering; en
- als de vergoeding is opgenomen in uw aanvullende verzekering; en
- als u voldoet aan de voorwaarden die vermeld staan bij de betreffende behandelingen in deze Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen; en
- als wij een originele schriftelijke verklaring van de uitvoeringsorganen van de betreffende volksverzekeringen en de sociale verzekeringen of de (zorg)verzekeraar van de zorgverzekering hebben ontvangen. In die verklaring staat dat de rekening die u voor een aanvullende vergoeding bij ons indient, daar al is ingediend en afgehandeld. Deze verklaring bevat ook informatie over de wijze van afhandeling. Ook wordt de reden van het niet vergoeden genoemd.

C.10. Algemene uitsluitingen

C.10.1. Bestaande ziekte bij aanvraag

Bij de aanmelding kunnen wij u vragen naar ziekten, aandoeningen of afwijkingen. Als u hierover informatie achterhoudt of verzwijgt, vergoeden wij geen zorg die te maken heeft met een ziekte, aandoening of afwijking die al bij u bekend was of al klachten veroorzaakte toen u uw (aanvullende)

verzekering hebt aangevraagd. Zorg die niet te maken heeft met de verzegene ziekte of afwijking, vergoeden wij wel, als daarvoor een dekking in uw verzekering is opgenomen.

C.10.2. Andere regeling of verzekering

De volgende kosten van zorg vergoeden wij niet:

- Kosten die u - als uw aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan - vergoed zou kunnen krijgen of een behandeling waarop u recht zou hebben op grond van:
 - een (Nederlandse of buitenlandse) volksverzekering, sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling, zoals de Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, Wlz en Wmo; of
 - een (Nederlandse of buitenlandse) regeling vanuit de overheid of een subsidieregeling zoals Rijksvaccinatieprogramma's; of
 - een EU-Verordening, het EU-Verdrag, het EER-Verdrag of een door Nederland gesloten bilateraal sociaal zekerheidsverdrag; of
 - een andere overeenkomst (ongeacht of die eerder of later is afgesloten dan uw aanvullende verzekering).
- Kosten:
 - die te maken hebben met een spoedeisende behandeling in het buitenland; en
 - die een (reis)verzekeraar bij ons declareert als u daar een afzonderlijke (reis)verzekering hebt gesloten; en
 - die als u bij ons geen verzekering had gesloten, vallen onder de dekking van die afzonderlijk gesloten (reis)verzekering (inclusief een dekking voor medische kosten in het buitenland) of die op andere gronden door de (reis)verzekeraar zijn betaald of voorgeschoten; en
 - die deze (reis)verzekeraar heeft uitgesloten als u een (aanvullende) zorgverzekering hebt.

Deze (reis)verzekeraar heeft niet het Convenant Samenloop ondertekend dat de verdeling van kosten regelt die aan verzekerden zijn vergoed. Het is niet van belang of de afzonderlijk gesloten (reis)verzekering eerder of later is ingegaan dan uw verzekering bij ons; uw verzekering bij ons bestaat namelijk niet voor vergoeding van een spoedeisende behandeling in het buitenland die valt onder de afzonderlijke (reis)verzekering. Onze verzekering dient als excedentverzekering: dat wil zeggen dat wij alleen dan kosten vergoeden als die uitstijgen boven de dekking van die afzonderlijk gesloten (reis)verzekering.

- Kosten van zorg, die u mogelijk ook vergoed zou kunnen krijgen op grond van een andere

regeling of verzekering maar waarbij u de naam van de verzekeraar waar het om gaat niet aan ons hebt genoemd.

C.10.3. Eigen bijdrage, eigen risico en verlaagd tarief

De volgende kosten vergoeden wij niet, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden of op het voor u geldende vergoedingenoverzicht uitdrukkelijk staat dat wij deze kosten wel vergoeden:

- de (wettelijke) eigen bijdragen die u moet betalen volgens de Jeugdwet, Wlz en Wmo of de Zorgverzekeringswet;
- kosten die verrekend zijn met het vrijwillig gekozen of verplicht eigen risico van de zorgverzekering;
- kosten van verzekerde zorg die voor uw rekening blijven, omdat deze zorg is gedeclareerd tegen een hoger tarief dan waarvoor uw verzekering vergoeding geeft. Zie voor deze tarieven artikel A.20.;
- kosten van behandelingen die te maken hebben met psychoanalyse;
- kosten van behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Gaat u voor zorg die verzekerd is in natura naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan passen we bij de vergoeding een verlaagd tarief toe. Dat doen we bij een Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select en de zorg in natura in een Zorgverzekering Combinatie of aanvullende verzekering. Zie daarvoor de artikelen A.20.1. en A.20.2. Kosten die door toepassing van het verlaagde tarief voor uw rekening zijn, vergoeden wij in geen enkel geval.

C.10.4. Eigen toedoen, schuld, misdrijf, overtreding of fraude

Wij vergoeden niet de (kosten van) behandelingen die nodig zijn als gevolg van uw schuld, uw roekeloosheid of uw opzet. Van uw schuld, roekeloosheid of opzet is in ieder geval sprake als u een aandoening, ziekte of letsel oploopt:

- door besturing van een voertuig, vaartuig of luchtvaartuig (vliegtuig, helikopter, parachute, luchtballon en deltavlieger daaronder begrepen) terwijl niet is voldaan aan de wettelijke eisen;
- door deelname aan races of snelheidswedstrijden door middel van een hiervoor genoemd voer-, vaar- of luchtvaartuig;
- tengevolge van sport, waaraan u als beroepssporter deelneemt;
- doordat u hebt deelgenomen aan een vechtpartij of geweldpleging;

- doordat u vrijwillig aan feitelijke gewapende handelingen in een buitenlandse / vreemde krijgsmacht deelneemt, behalve wanneer u uitsluitend als hulpverlener humanitaire hulp of zorg verleent of uitsluitend medische handelingen verricht;
- doordat u niet meewerkt aan uw genezingsproces of dat tegenwerkt.
- door te reizen naar en/of te verblijven in het buitenland waarbij voor vertrek een negatief reisadvies is afgegeven door de overheid. De uitsluiting geldt als:
 - het negatief reisadvies de kwalificatie heeft:
 - alleen voor noodzakelijke reizen (code oranje);
 - niet reizen (code rood).
 - het negatief reisadvies is afgegeven vanwege:
 - (dreigende) oorlogssituatie, oproer of andere soortgelijke onlusten waarbij een dreigende situatie kan ontstaan;
 - de dreiging van besmettelijke ziekteverwekkers zoals virussen, bacteriën, schimmels of andere vormen of combinaties daarvan.
 - de behandeling of verleende zorg een oorzakelijk verband heeft met het negatief reisadvies waarvoor dit is afgegeven.

Redding en zelfverdediging

Als uw kosten zijn ontstaan door rechtmatige zelfverdediging, door redden van uzelf, andere personen of dieren, zijn deze voornoemde uitsluitingen niet van toepassing. Als u spullen van uzelf of anderen redt, zijn deze uitsluitingen ook niet van toepassing, als deze redding de handeling of het gedrag genoemd in de uitsluiting redelijkerwijs rechtvaardigt of berust op een wettelijke zorgplicht.

Misdrijf, overtreding en fraude

Wij vergoeden ook niet de kosten door misdrijf, overtreding of fraude. Dit zijn kosten die te maken hebben met of die het gevolg zijn van (mede) plegen van, van medeplichtig zijn aan, van een poging tot, of van een ongeval tijdens een misdrijf, overtreding of fraude. Deze voorwaarde is niet alleen van toepassing als u zelf een misdrijf, overtreding of fraude pleegt, maar ook als iemand dit doet die belang heeft bij de vergoeding of de verzekeringsovereenkomst (bijvoorbeeld een zorgverlener).

Fraude kan ook tot gevolg hebben dat wij:

- aangifte doen bij de politie;
- de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
- een registratie doen in de signaleringssystemen die verzekeraars gebruiken;
- een uitkeerde vergoeding en gemaakte (on-

derzoeks-)kosten terugvorderen.

C.11. Afwijkende voorwaarden

Voor uw aanvullende verzekering kunnen voorwaarden gelden die afwijken van de verzekeringsvoorwaarden die hiervoor zijn beschreven of die de verzekeringsvoorwaarden aanvullen. Deze afwijkende voorwaarden kunnen ook gelden voor uw particuliere ziektekostenverzekering.

Op uw Vergoedingen Overzicht staat of één van de volgende afwijkende of aanvullende voorwaarden voor u geldt.

C.11.1. Particuliere ziektekostenverzekering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

C.11.1.1. Omschrijving

Een particuliere ziektekostenverzekering kunt u alleen afsluiten als u geen plicht hebt zich te verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet.

Voor zorg in uw woonland of daarbuiten (niet Nederland) bij een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, geldt dat de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld. Voor de overige voorwaarden wordt getoetst of deze indien mogelijk voldoen aan de voorwaarden die bij het betreffende artikel van de zorg horen. Daar waar dit niet mogelijk is, wordt uitgegaan van wat gebruikelijk is in het betreffende land.

C.11.1.2. Einde particuliere ziektekostenverzekering

Als u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet, meldt u dat aan ons en eindigt uw particuliere ziektekostenverzekering.

C.11.1.3. Eigen risico

Voor u is artikel A.12.9. Gespreide betaling niet van toepassing.

C.11.1.4. Tarief voor rekeningen uit uw woonland

- Voor zorg uit uw basisverzekering geldt dat als u in het buitenland woont, wij bij de vergoeding van rekeningen uit uw woonland het marktconforme tarief hanteren dat daar geldt. Dat is het tarief dat in de marktomstandigheden van uw woonland in redelijkheid passend is.
- Voor zorg uit uw basisverzekering of particuliere ziektekostenverzekering geldt dat als de

marktconforme tarieven in uw woonland voor vergelijkbare zorg afwijken van de marktconforme tarieven in Nederland, wij de kosten van verzekerde zorg vergoeden tot het hoogste van de 2 tarieven, maar nooit meer dan het gedeclareerde tarief.

- Voor zorg uit uw aanvullende verzekering geldt dat als u een aanvullende verzekering hebt die voor bepaalde zorg een maximum bedrag vergoedt, op grond van dit artikel dat maximum bedrag van vergoeding verdubbeld wordt. Maar we vergoeden nooit meer dan het bedrag dat op de nota staat.

Toelichting 1 bij a. en b.

U heeft fysiotherapie in uw woonland Maleisië. U ontvangt voor een behandeling daar een rekening van omgerekend € 36,-. In Nederland kost zo'n behandeling fysiotherapie € 28,50. Wij vergoeden u dan € 36,-.

Toelichting 2 bij a. en b.

Stel, u woont in Griekenland en u hebt daar fysiotherapie die bestaat uit 5 behandelingen. Gemiddeld wordt daar € 22,- gevraagd voor een behandeling, terwijl in Nederland een behandeling € 28,50 kost. U ontvangt een rekening van € 120,- voor die 5 behandelingen. Dat is € 24,- per behandeling). Wij vergoeden u dan de gehele rekening, € 120,-.

Toelichting 3 bij c.

U heeft 6 behandelingen alternatieve zorg in uw woonland Maleisië. U ontvangt een rekening van € 70,- per zitting, in totaal € 420,-. U hebt een aanvullende verzekering die per zitting maximaal € 30,- vergoedt en per jaar maximaal € 250,-. Uw vergoeding wordt dan per zitting verdubbeld: € 60,- (namelijk 2 x € 30,-). U moet per zitting zelf € 10,- betalen (namelijk € 70,- minus € 60,-). Voor 6 behandelingen wordt de vergoeding € 360,- (namelijk 6 x € 60,-) want de maximum vergoeding per jaar wordt ook verdubbeld tot € 500,-.

C.11.1.5.

VERVALLEN.

C.11.1.6. Premie particuliere ziektekostenverzekering

Wanneer u verhuist naar een ander land, meldt u dat aan ons. Het is mogelijk dat voor uw particuliere ziektekostenverzekering een andere premie gaat gelden.

C.11.2. Verdragspolis

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

C.11.2.1. Wanneer hebt u recht op een Verdragspolis?

U kunt alleen uzelf en uw gezinsleden registreren op de Verdragspolis als u verdragsverzekerde bent. U bent verdragsverzekerde als u Nederlands ingezetene bent, die aanspraak heeft op medische zorg ten laste van een Verdragsland.

Onder gezinsleden verstaan wij de echtgenoot, echtgenote, partner of (pleeg- of adoptie)kind tot 18 jaar van de verdragsverzekerde.

Deze echtgenoot, echtgenote, partner of dit kind heeft geen eigen inkomen uit Nederland. Is dit wel het geval moet u dat ons mededelen.

De Verdragspolis en uw aanvullende verzekering eindigen als u of uw medeverzekerde gezinslid:

- volgens de Verordening (EEG) Nr. 1408/71 of Nr. 883/04 geen recht meer hebt op medische zorg ten laste van een lidstaat van de EU/EER;
- volgens de Verordening (EEG) Nr. 1408/71 of Nr. 883/04 geen recht meer hebt op medische zorg ten laste van Zwitserland; of
- geen recht meer hebt op medische zorg voor rekening van een land waarmee Nederland een bilateraal verdrag heeft gesloten over sociale zekerheid met een ziektekostenparagraaf.

C.11.2.2. Geen vergoeding

De Verdragspolis geeft geen recht op vergoeding van kosten voor zorg die van overheidswege voor rekening komen van de gezondheidszorg, de sociale of wettelijke verzekering van het land waaruit u uw inkomsten ontvangt.

C.11.3. Begin, duur en einde van een aanvullende verzekering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

C.11.3.1.

VERVALLEN

C.11.3.2.

VERVALLEN.

C.11.3.3.

Uw aanvullende verzekering eindigt als u in Nederland komt wonen.

C.11.3.4.

Deze aanvullende verzekering kunt u alleen af-

sluiten als:

- u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
- u deelneemt aan een collectieve overeenkomst op basis waarvan u deze aanvullende verzekering hebt kunnen sluiten.

Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan al deze voorwaarden.

C.11.3.5.

Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als:

- u en uw gezinsleden zich verplicht moeten verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
- u bent ingeschreven of bekend bij een Gemeentelijke Sociale Dienst (GSD) van de Nederlandse Gemeenten, die met ons een collectieve overeenkomst heeft gesloten. Deze inschrijving is gebaseerd op een uitkeringsrecht. Dit uitkeringsrecht is genoemd in de collectieve overeenkomst of is op grond van die collectieve overeenkomst daarmee gelijkgesteld.

Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan al deze voorwaarden.

C.11.3.6.

Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als:

- u en uw gezinsleden zich verplicht moeten verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet; en
- de Collectieve Arbeids Overeenkomst (CAO) voor het Ziekenhuiswezen of de Bejaardenoorden voor u (verzekeringnemer) geldt.

Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan deze voorwaarden.

C.11.3.7.

Deze aanvullende verzekering kunt u alleen afsluiten als u voor rekening van de Wlz bent opgenomen in een instelling voor gehandicapten waarmee wij een collectieve overeenkomst voor een particuliere ziektekostenverzekering hebben gesloten.

Deze aanvullende verzekering eindigt als u niet meer voldoet aan deze voorwaarde.

C.11.3.8. Meegroeiservice

In een aantal gevallen kunt u uw aanvullende verzekering wijzigen. Bijvoorbeeld bij: zwangerschap, adoptie, scheiding, huwelijk, samenwonen, verlies van werk, overlijden, verhuizing, pensionering of als uw kinderen het huis uit gaan. Dit kan maximaal één keer per jaar; de wijziging kunt u telefonisch aanvragen. De nieuwe aanvullende verzekering gaat dan in op de eerste dag van de

volgende maand nadat u de wijziging hebt aangevraagd. U kunt de nieuwe aanvullende verzekering ook later in laten gaan.

C.11.4. Zorg en (geen) vergoeding van kosten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

C.11.4.1.

VERVALLEN

C.11.4.2.

Uw aanvullende verzekering geeft u als u buiten Nederland maar binnen Europa woont, dezelfde vergoeding als aan verzekerden die in Nederland wonen. Onder Europa verstaan wij de gezamenlijkheid van landen met staatkundige soevereiniteit die horen tot het werelddeel Europa, inclusief de Russische Federatie (tot aan de Oeral) en de landen die gelegen zijn in of aan de Middellandse Zee.

C.11.4.3.

VERVALLEN.

C.11.4.4.

VERVALLEN.

C.11.4.5. Tarief voor rekeningen uit uw woonland

- Voor zorg uit uw basisverzekering of particuliere ziektekostenverzekering geldt dat als u in het buitenland woont, wij bij de vergoeding van rekeningen uit uw woonland het marktconforme tarief hanteren dat daar geldt. Dat is het tarief dat in de marktomstandigheden van uw woonland in redelijkheid passend is.
- Voor zorg uit uw basisverzekering of particuliere ziektekostenverzekering geldt dat als de marktconforme tarieven in uw woonland voor vergelijkbare zorg afwijken van de marktconforme tarieven in Nederland, wij de kosten van verzekerde zorg vergoeden tot het hoogste van de 2 tarieven, maar nooit meer dan het gedeclareerde tarief.
- Voor zorg uit uw aanvullende verzekering geldt dat als u een aanvullende verzekering hebt die voor bepaalde zorg een maximum bedrag vergoedt, op grond van dit artikel dat maximum bedrag van vergoeding wordt verdubbeld.

Toelichting bij c.

U heeft 6 behandelingen alternatieve zorg in uw woonland Maleisië. U ontvangt een rekening van € 70,- per zitting, in totaal € 420,-. U hebt een aanvullende verzekering die per zitting maximaal € 30,- vergoedt en per jaar maximaal € 250,-. Uw vergoeding wordt dan per zitting verdubbeld: € 60,- (namelijk 2 x € 30,-). U moet per zitting zelf € 10,- betalen (namelijk € 70,- minus € 60,-). Voor 6 behandelingen wordt de vergoeding € 360,- (namelijk 6 x € 60,-) want de maximum vergoeding per jaar wordt ook verdubbeld tot € 500,-.

C.11.4.6. Niet-spoedeisende zorg in een EU/EER lidstaat

U bent verzekerd voor (vergoeding van) zorg buiten uw woonland mits die zorg plaatsvindt in een EU-lidstaat of een EER-lidstaat. Deze vergoeding bedraagt maximaal 200% van het marktconforme tarief waarop u in Nederland of uw woonland recht hebt. Meer dan het gedeclareerde tarief vergoeden wij nooit.

Het moet om zorg gaan die op grond van uw aanvullende verzekering ook zou zijn vergoed als die in Nederland of uw woonland zou hebben plaatsgevonden. U bent alleen verzekerd voor (kosten van) zorg uit artikelen die staan vermeld op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende (tandarts)verzekering(en). De voorwaarden die staan vermeld bij de afzonderlijke vergoedingen (artikelen) van de aanvullende verzekeringen blijven van kracht.

C.11.5. Premiewijziging

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

Op uw aanvullende verzekeringen en/of particuliere ziektekostenverzekering passen wij de premie aan als u een bepaalde leeftijd hebt of bereikt. Op uw Vergoedingen Overzicht staat bij welke leeftijd(en) dit geldt.

- De premiewijziging gaat in op de 1e dag van de volgende maand nadat u de betreffende leeftijd hebt bereikt.
- De premiewijziging gaat in op 1 januari van het volgende jaar nadat u de betreffende leeftijd hebt bereikt.

C.11.6. Overige bepalingen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

C.11.6.1. Woonland

In afwijking van de begripsomschrijving voor

"woonland" kan bij verblijf in de Caraïben, als de benodigde zorg niet voorhanden is, uitgeweken worden naar de Verenigde Staten; deze zorg wordt dan beschouwd als zorg in uw woonland.

C.11.6.2. Medicijnen

In aanvulling op artikel B.15.1. vergoedt uw verzekering ook (het verstrekken en adviseren over) medicijnen die in het land waar u woont, erkend en afgeleverd zijn. Het gaat om medicijnen die naar hun aard onder de basisverzekering in Nederland vallen, maar niet in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zijn opgenomen.

Hieronder vallen ook:

- Rijksvaccinaties en bijbehorende consulten voor kinderen waar zij ook aanspraak op zouden hebben gehad als zij in Nederland zouden wonen;
- Rijksvaccinaties en bijbehorende consulten voor risicogroepen (bijvoorbeeld de griepvaccinatie) waar u ook aanspraak op zou hebben gehad als u in Nederland zou wonen.

Wij vergoeden niet:

- Medicijnen, middelen en vaccinaties die in een andere basisverzekering of aanvullende verzekering zijn opgenomen;
- Medicijnen waarvoor in Nederland geen voorschrift van een arts nodig is.

C.12. Ongevallen zorg

C.12.1. Algemeen

Wat we verstaan onder een "ongeval", staat in artikel A.1.

Er is sprake van "ongevallenzorg" als:

- sprake is van zorg die als "ongevallenzorg" in uw particuliere ziektekostenverzekering en/of aanvullende verzekering als verzekerde zorg is opgenomen; en
- voor zover uw particuliere ziektekostenverzekering en/of aanvullende verzekering vergoeding bevat van (kosten voor) ongevallenzorg. Dat kunt u op uw vergoedingenoverzicht zien; en
- deze zorg noodzakelijk is naar de normen van de beroepsgroep van de betreffende zorgverleners; en
- deze zorg plaatsvindt als direct gevolg van een ongeval; en
- deze zorg niet spoedeisend is; en
- voor zover en zolang die zorg nodig is om uw

medische gesteldheid of tandheelkundige toestand te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval. Is volledig herstel niet mogelijk, dan omvat ongevallenzorg die zorg, waardoor naar de stand van wetenschap en praktijk dit herstel redelijkerwijs benaderd wordt. We vergoeden niet de zorg die nodig is door gebrek aan onderhoud of verzorging van uw gebit of andere lichaamsdelen, of de zorg voor een lichaamsfunctie, conditie, tanden of lichaamsdelen die al ontbraken op het moment van het ongeval.

C.12.2. Buitenland

Wij vergoeden niet de kosten van ongevallenzorg, als die zorg buiten Nederland (of als u niet in Nederland woont: buiten uw woonland) wordt geleverd.

C.12.3. Meer verzekeringen

Als u bij ons 2 of meer verzekeringen hebt gesloten die ieder afzonderlijk dezelfde ongevallenzorg vergoeden, dan wordt alleen de vergoeding gegeven volgens de verzekering met de hoogste vergoeding voor ongevallenzorg. Hebben beide verzekeringen een even hoge vergoeding dan ontvangt u de vergoeding uit 1 van die verzekeringen.

C.12.4. Voorwaarden voor vergoeding

U bent verzekerd voor een bepaalde vorm van ongevallenzorg:

- als het ongeval heeft plaatsgevonden op het moment dat u bij ons verzekerd was voor die betreffende vorm van ongevallenzorg; en
- vanaf het moment dat wij van u of van een zorgverlener namens u de melding of een verklaring hebben ontvangen:
 - dat er sprake is van een ongeval;
 - het moment waarop het ongeval heeft plaatsgevonden; en
 - dat de betreffende vorm van zorg noodzakelijk is als direct gevolg van een ongeval.Deze melding moet zo spoedig mogelijk plaatsvinden; uiterlijk voordat de behandeling ongevallenzorg start; of
- als u over een politierapportage (procesverbaal) beschikt waaruit de datum en de toedracht van het ongeval blijken, stuurt u die naar ons.

C.13. Vervallen

HOOFDSTUK D

ZORG IN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

D.1. Medisch specialistische zorg

D.1.1. Sterilisatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden sterilisatie.
Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.
- Het eigen risico geldt wel voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze niet onder de DBC van de ingreep vallen.

Voorwaarden

Zorgverlener

- De behandeling wordt bij een mannelijke verzekerde uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist of huisarts.
- De behandeling wordt bij een vrouwelijke verzekerde uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist (gynaecoloog).

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een arts of arts verstandelijk gehandicapten.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.1.2. Sterilisatie ongedaan maken

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden het ongedaan maken van een sterilisatie.
Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.
- Het eigen risico geldt wel voor bijvoorbeeld

vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze niet onder de DBC van de ingreep vallen.

Voorwaarden

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een arts of arts verstandelijk gehandicapten.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.1.3. Flapoorcorrectie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden een correctie van de oorstand bij afstaande oren (flaporen).

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een arts, arts verstandelijk gehandicapten of Jeugdgezondheidszorgarts.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.1.4. Ooglaseren of lensimplantatie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden gezichtsscherptebehandelingen door middel van ooglaserbepandeling of lensimplantatie op de manier zoals en in de gevallen

waarin medisch specialisten dat doen. Dit doen wij tot een bepaald bedrag in een bepaalde periode.

Hoe hoog het vergoedingsbedrag is en hoe lang de periode duurt, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.
- Het eigen risico geldt wel voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze niet onder de DBC van de ingreep vallen.

Voorwaarden

Algemeen

- U krijgt de behandeling niet vergoed uit de zorgverzekering.
- U hebt de maximum vergoeding nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt.

Zorgverlener

Een medisch specialist (oogarts) voert de behandeling uit.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.1.5. Vervallen

D.1.6. Vervallen

D.1.7. Cosmetische behandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden cosmetische behandelingen die uitsluitend gericht zijn op verfraaiing van het uiterlijk.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden ooglaserbepandeling niet onder dit artikel maar in artikel D.1.4. (gezichtsscherptebehandelingen); kijk op uw Vergoe-

dingen Overzicht of u daarvoor verzekerd bent.

- Eigen risico is niet van toepassing.
- Het eigen risico geldt wel voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze niet onder de DBC van de ingreep vallen.

Voorwaarden

Algemeen

- De maximum vergoeding geldt over de hele periode dat u bij ons een aanvullende verzekering hebt, waarin deze vergoeding voorkomt.
- De maximum vergoeding geldt voor alle cosmetische behandelingen samen.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.1.8. Behandeling tegen snurken

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden een behandeling tegen snurken. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van (voorgeschreven) hulpmiddelen tegen snurken.
- Eigen risico is niet van toepassing.
- Het eigen risico geldt wel voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze niet onder de DBC van de ingreep vallen.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.1.9. Borstprothese

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden medisch specialistische zorg (plastische chirurgie) waarbij één of beide borstprothese(n) wordt (worden) vervangen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.
- Het eigen risico geldt wel voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze niet onder de DBC van de ingreep vallen.

Voorwaarden

Algemeen

- Er is sprake van vervanging van (een) borstprothese(n) in een andere situatie dan na borstamputatie of bij agenesie/aplasie van de borst(en).
- Er moet sprake zijn van één van de situaties zoals beschreven in artikel B.4.5.

Let op!

- Vervanging van (een) borstprothese(n) die is (zijn) ingebracht na een borstamputatie of als gevolg van het volledig ontbreken van borstontwikkeling bij de vrouw (agenesie/aplasie), kan uit de zorgverzekering vergoed worden. Zie hiervoor artikel B.4.1.

Zorgverlener

Een instelling voor medisch specialistische zorg, of een medisch specialist verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2. Preventie

D.2.1. Vervallen

D.2.2. Preventie: onderzoeken, trainingen en inenting

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de volgende onderzoeken, programma's of zorg:

- a. preventief onderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaataandoeningen;
- b. online gezondheidscheck of een basis preventief onderzoek naar risicofactoren voor aandoeningen die de mogelijkheid tot arbeid belemmeren of beperken. Dit onderzoek wordt uitgevoerd zoals afgesproken met de voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling;
- c. de "Gezondheidscheck Basis en vingerprik", naar aanleiding van een door ons aangewezen gezondheidscheck. De Gezondheidscheck bestaat uit een persoonlijk account waarin u toegang krijgt tot geselecteerde modules. Na de check ontvangt u een persoonlijk Gezondheidsrapport en Gezondheidsplan met praktische adviezen en verwijzing naar passende hulp;
- d. onderzoek naar arbeidsbelemmerende aandoeningen;
- e. vervallen;
- f. vervallen;
- g. e-health. Dit is een persoonsgerichte online training. De training bestaat uit zowel educatieve als actiemodules om gericht aan de slag te gaan met gedragsverandering om zo klachten te voorkomen en/of te verminderen;
- h. healthcheck. Dit is een gezondheidscheck bestaande uit een online vragenlijst, eventueel uit te breiden met een bloedtest op een aantal basiswaarden. Na de check ontvangt u online terugkoppeling met praktische adviezen;
- i. preventieve inenting ter voorkoming van griep (influenza);
- j. preventieve inenting ter voorkoming van meningokokken;
- k. online voedingscursus voor baby's;
- l. online cursus gezond koken;
- m. webinars;
- n. kanjertraining;
- o. vitaliteitsonderzoek;
- p. vitaliteitscoaching.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:

- zelftesten;
- (preventieve) onderzoeken in het kader van programmatische preventie;
- (preventieve) onderzoeken waarvoor een vergunning nodig is op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO);
- beeldvormende diagnostiek (bijvoorbeeld Total Body Scan);
- keuringen die wettelijk verplicht zijn of gebaseerd zijn op een collectieve arbeidsovereenkomst (C.A.O.).
- Inenting die zijn gegeven of die gegeven hadden moeten worden op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en Rijksvaccinatieprogramma's.
- (Preventieve) onderzoeken, testen en behandelingen van sportmedische aard vergoeden wij niet onder dit artikel, maar in artikel D.2.6. "Sportmedisch advies".
- Laboratoriumonderzoek vergoeden wij niet onder dit artikel maar in artikel B.3. "Huisartsenzorg" als het onderzoek door de huisarts wordt uitgevoerd, of onder artikel B.4. "Medisch specialistische zorg" als het onderzoek door een laboratorium wordt uitgevoerd.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Het preventieve onderzoek is gericht op (risicofactoren voor) aandoeningen waarvoor een effectieve en doelmatige behandeling mogelijk is.
- De gezondheidscheck van artikel D.2.2.c. en de eventuele vervolgonderzoeken vinden online plaats via een door ons aangewezen website.
- Vervolgonderzoeken vinden plaats naar directe aanleiding van en op advies van de gezondheidscheck.

Zorgverlener

- Het preventieve onderzoek van artikel D.2.2.a. wordt uitgevoerd door uw huisarts of door een bevoegde zorgverlener of medewerker binnen de huisartsenpraktijk die daar werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.
- Het preventieve onderzoek van artikel D.2.2.b. wordt uitsluitend uitgevoerd door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling.
- De gezondheidscheck en de eventuele vervolgonderzoeken van artikel D.2.2.c. worden verricht door de zorgverlener verbonden aan de voor deze zorg gecontracteerde website.
- Voor het onderzoek naar arbeidsbelemmerende aandoeningen van artikel D.2.2.d. hoeft de zorgverlener of zorginstelling niet gecontracteerd te zijn.

- De e-health van artikel D.2.2.g. wordt verleend door een zorgverlener met wie wij hierover afspraken hebben gemaakt. U kunt deze zorgverlener(s) vinden op uw Vergoedingen Overzicht of op onze website. De naam van het programma staat op uw Vergoedingen Overzicht.
- De preventieve inenting van artikel D.2.2. i. en j. worden door of onder verantwoordelijkheid van een arts geplaatst. Een apotheek, gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) of een voor deze zorg gecontracteerde leverancier levert de entstof.
- De healthcheck, de cursussen, onderzoek en dergelijke van artikel D.2.2.h. en k. tot en met p. worden verleend door een zorgverlener met wie wij hierover afspraken hebben gemaakt. U kunt deze zorgverlener(s) vinden op onze website.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.3. Preventie voor reizen naar buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden preventieve maatregelen voor een reis naar een land met een verhoogd risico op infectieziekten en parasitaire aandoeningen.

Als bij deze zorg een inentingsboekje of vaccinatieboekje als officiële verklaring geldt, vergoeden wij deze ook. Ook vergoeden wij consultkosten (meerkosten voor eventueel gebruik van een prikangstpoli worden niet vergoed).

Welke zorg en tot welk bedrag wij vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Ter voorkoming van infectieziekten en parasitaire aandoeningen vergoeden wij:

- a. tabletten (maximaal voorgeschreven voor een periode van 6 maanden) tegen:
 - malaria;
 - tyfus.
- b. een inenting tegen:
 - difterie;
 - tetanus;
 - polio;
 - bof, mazelen, rode hond (BMR);
 - hepatitis-A;
 - hepatitis-A/B (combinatievaccin Twinrix);
 - hepatitis-B;
 - gele koorts;

- tyfus;
 - en/of een bloedonderzoek in verband met Hepatitis-B.
- c. een inenting tegen en/of daarmee samenhangend onderzoek tegen:
 - tuberculose;
 - meningitis;
 - Japanse encefalitis;
 - tekenencefalitis;
 - rabiës (hondsdoelheid);en/of een Mantoux-test in verband met mogelijke tuberculose. De Mantoux-test wordt voortgaand aan een reis afgenomen als preventie voor een reis naar een land met een verhoogd risico op infectieziekten en parasitaire aandoeningen;
 - d. (vervallen);
 - e. preventieve inenting, preventieve medicijnen (maximaal voorgeschreven voor een periode van 6 maanden), bloedonderzoek in verband met hepatitis-B en een Mantoux-test in verband met mogelijke tuberculose vanwege een (vakantie)reis naar een land met een verhoogd risico.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de inenting die zijn gegeven of die gegeven hadden moeten worden op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en Rijksvaccinatieprogramma's.
- We vergoeden de Mantoux-test niet vanuit dit artikel als deze ná een reis afgenomen wordt. Mogelijk valt de test dan onder de zorg uit artikel B.3.2.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

U gaat op reis naar een land met een verhoogd risico op ziekten waarvoor preventieve inenting, -medicijnen of testen worden voorgeschreven.

Zorgverlener

- De preventieve middelen, - inenting of testen worden gegeven door een (bedrijfs)arts of zorginstelling die is ingeschreven en aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.), (zoals een GGD), of een huisarts die is ingeschreven in het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (C.H.B.B.) of is aangesloten bij het L.C.R.
- Een apotheek, een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) of een door ons erkende leverancier levert de entstof van de preventieve inenting. De erkende leveranciers kunt u

vinden op onze website.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.4. Vervallen

D.2.5. Consult overgang, PMS of borstkanker

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van consulten die te maken hebben met of zijn gericht op:

- de overgang en PMS (menstruatieklachten);
- (borst)kanker.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Voor preconceptiezorg (vragen die gaan over een kinderwens) zie artikel B.3.1. en B.5.1.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

- De overgangs- en PMS consulten (a.) worden gegeven door:
 - een overgangs- of PMS consultant die is aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig Overgangs Consultants (VVOC);
 - een instelling die is gespecialiseerd in overgangsconsulten.
- De overige consulten (b.) worden gegeven door een consultant die is aangesloten bij Care for Women.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.6. Sportmedisch advies

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden:

- sportkeuringen;
- sportmedisch onderzoek.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

De sportarts, die is ingeschreven als sportarts in het betreffende register bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen volgens de Wet BIG en werkt in een Sportmedisch Adviescentrum (SMA) of sportmedische instelling (SMI), die gecertificeerd is door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).

Uitzondering: voor een sportmedische duikkeuring is de zorgverlener een sportarts, die:

- geregistreerd is als SCAS-(Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg) gecertificeerd sportduik-keuringsarts; of
- ECB gecertificeerd is met MED (Medical Examiner of Divers) level 1.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.7. Voedingsadvies

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten voor voedingsadvies. Dit bestaat uit advisering en begeleiding bij gewichtscntrole.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U kunt behandeling en begeleiding krijgen als u gezond bent en als sprake is van overgewicht (BMI tussen 25 en 30) of bij uitzondering van obesitas (BMI boven 30);
- De zorg richt zich op gewichtscontrole.

Zorgverlener

De zorg wordt gegeven door:

- een gediplomeerd gewichtsconsulent die is aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN);
- een diëtist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.8. Gezondheids cursus

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden gezondheids cursussen die gericht zijn op het voorkomen van ziekten en/of bevorderen van uw gezondheid of waarin u leert omgaan met uw ziekte. Hiermee bent u zelf in staat om uw gezondheid (lichamelijk of geestelijk) op peil te houden en/of te verbeteren. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:
 - arbeids- en/of bezigheidstherapie;
 - beweegprogramma's; die vallen onder artikel D.22. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u daarvoor verzekerd bent.
 - bedrijfshulpverlenings cursussen, waaronder EHBO-cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie Gastouder in de zin van de Wet kinderopvang.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Voor het bepalen van de vergoeding geldt de ingangsdatum van de gezondheids cursus.
- Onder een gezondheids cursus verstaan wij ook:
 - een EHBO-cursus als u die cursus met een examen afsluit en een geldig en geregi-

streerd certificaat/diploma haalt;

- een EHBO-herhalings cursus als daardoor uw eenmaal behaalde certificaat/diploma rechtsgeldig blijft;
 - losse EHBO-modules;
 - contributie, als deze ook bedoeld is voor EHBO-herhalings cursussen;
 - een EHBO-cursus gericht op peuters.
- Na afloop van de EHBO-cursus/EHBO-module moet u een kopie van uw behaalde certificaat/diploma meesturen met de rekening.

Zorgverlener

De gezondheids cursus wordt gegeven door:

- een thuiszorgorganisatie;
- een gemeentelijke gezondheids dienst (GGD);
- een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
- (een polikliniek van) een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- een organisatie of vereniging die kwalitatief gelijkwaardig is aan het Oranje Kruis of Rode Kruis, als de gezondheids cursus betrekking heeft op een EHBO-cursus. Deze zorgverlener geeft de cursus aan verzekerden die deze cursus niet volgen voor de uitoefening van een beroep of voor een bedrijfsmatige toepassing. Een lijst van professionele organisaties kunt u vinden op onze website;
- een zorggroep met wie wij afspraken hebben gemaakt over de genoemde gezondheids cursus;
- een andere dan de hiervoor genoemde instanties, die wij voor deze zorg hebben gecontracteerd.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.9. Patiëntenvereniging

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de contributie en/of het inschrijfgeld van:

- a. één of meer patiëntenverenigingen;
- b. een kruisvereniging of thuiszorginstelling.

Welke zorg, het aantal verenigingen en de hoogte van de contributie of het inschrijfgeld staan op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

De contributie en/of het inschrijfgeld betreffen:

- een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
- een kruisvereniging of thuiszorginstelling die regionaal of landelijk kan werken of georganiseerd kan zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.10. Valpreventie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden programma's die erop gericht zijn uw kans op vallen te verkleinen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Andere programma's dan de met naam genoemde programma's vergoeden wij niet.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U hebt deelgenomen aan een programma dat door het Centrum Gezond Leven is aangemerkt als "bewezen effectief". Dit zijn de programma's 'In Balans', 'Zicht op Evenwicht', 'Vallen Verleden Tijd' en 'Otago'.
- Voor het bepalen van de vergoeding geldt de ingangsdatum van het valpreventieprogramma.
- Na afloop van het programma stuurt u ons een bewijs van deelname samen met een declaratieformulier.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.11. Zelfmanagementcursus

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden cursussen die erop gericht zijn de zelfredzaamheid te verhogen zodat u zelf (een

deel van) de zorg die u nodig heeft kunt verrichten. Doel van deze zelfmanagementcursussen is om beter met uw eigen chronische aandoening om te kunnen gaan en dus minder beslag te leggen op formele zorg.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:
 - arbeids- en/of bezigheidstherapie;
 - gezondheidskursussen; die vallen onder artikel D.2.8. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u daarvoor verzekerd bent.
 - beweegprogramma's; die vallen onder artikel D.22. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u daarvoor verzekerd bent.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Voor het bepalen van de vergoeding geldt de ingangsdatum van de zelfmanagementcursus.
- U hebt een chronische aandoening. Dat is bijvoorbeeld het geval als u recht hebt op ketenzorg in verband met:
 - Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden van 18 jaar of ouder;
 - Vasculair Risico Management (VRM) bij hart- en vaatziekten;
 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
 - Astma.
- Na afloop van de cursus zelfmanagement moet u een kopie van uw behaalde certificaat/diploma meesturen met de rekening.

Zorgverlener

De cursus zelfmanagement wordt gegeven door:

- een thuiszorgorganisatie;
- een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD);
- een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
- een andere dan de hiervoor genoemde instanties, die wij voor deze zorg hebben gecontracteerd.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.12. Gezondheidstest

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden een integrale medische gezondheidstest. Deze test, gevolgd door een advies, is erop gericht om ziekten en aandoeningen te voorkomen of vroegtijdig op te sporen. De gezondheidstest bestaat uit:

- algemene vragenlijst over uw gezondheid;
- meten bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index);
- bloedonderzoek voor cholesterol en glucose;
- urineonderzoek voor 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.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:
 - 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.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Zorgverlener

De gezondheidstest wordt uitgevoerd door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.3. Medicijnen

D.3.1. Medicijnen algemeen

In artikel B.15.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw medicijnen op grond van de zorgverzekering. De voorwaarden uit artikel B.15.1. gelden ook voor de medicijnen die beschreven staan in de artikelen D.3.1. t/m D.3.5. Waar wij het begrip “geneesmiddel(en)” gebruiken, bedoelen wij medicijn(en) en andersom.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De volgende kosten vergoeden wij niet, ook niet vanuit één van de andere onderdelen van uw aanvullende verzekering:
 - medicijnen die niet door ons zijn aangewezen (niet-voorkeursmedicijnen);
 - versterkende middelen, vermageringsmiddelen, voedingssupplementen (behalve enkele geregistreerde voedingssupplementen), dieetpreparaten en vitaminepreparaten;
 - verzorgingsproducten zoals zepen, shampoo, badoliën, balsems, lotions en/of haargroeimiddelen;
 - middelen ter behandeling van nicotineafhankelijkheid. Zie hiervoor artikel B.21.2. Stoppen met roken.
- De hieronder genoemde kosten vergoeden wij niet, behalve als u volgens uw Vergoedingen Overzicht uitdrukkelijk verzekerd bent voor het betreffende onderdeel van artikel D.3.:
 - alternatieve (homeopathische en antroposofische) medicijnen (zie hiervoor artikel D.7.2.);
 - wettelijke eigen bijdragen voor medicijnen die onder de zorgverzekering vallen;
 - medicijnen die niet onder de zorgverzekering vallen, omdat ze niet in het GVS zijn opgenomen;
 - medicijnen die niet voldoen aan de voorwaarden van Bijlage 2 (medicijnen) van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl;
 - medicijnen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
 - bepaalde geregistreerde voedingssupplementen.
- Eigen risico is niet van toepassing.

D.3.2. Medicijnen wettelijke eigen bijdrage

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdragen die u volgens het GVS zelf moet betalen voor:

- anticonceptie medicijnen;
- andere medicijnen dan anticonceptie;
- alle medicijnen.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Kijk in artikel D.3.1. welke medicijnen wij niet vergoeden.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U krijgt op grond van de zorgverzekering een gedeeltelijke vergoeding voor de medicijnen waarvoor de wettelijke eigen bijdrage GVS geldt.

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapothek.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.3.3. Medicijnen bij erectiestoornis

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten voor medicijnen bij erectiestoornissen (bijvoorbeeld Viagra®, Cialis®, Levitra®, Androskat®, Spedra® en Muse®).

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De medicijnen zijn geregistreerd op grond van de Geneesmiddelenwet;
- De medicijnen zijn opgenomen in de G-standaard van de Z-index.

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapotheker.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.3.4. Medicijnen overige

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden geregistreerde medicijnen die volgens de zorgverzekering niet worden vergoed. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Kijk in artikel D.3.1. welke medicijnen wij niet vergoeden.
- Wij vergoeden uit dit artikel geen medicijnen die vallen onder de dekking van één van de andere artikelen van D.3.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Het gaat om bepaalde medicijnen of voedings-supplementen die een Europese registratie hebben in een EU- of EER-Lidstaat, te herkennen aan een EU-nummer, en die ook een RVG-nummer hebben.

Medicijnen en voedings-supplementen die bewezen werkzaam, veilig en geregistreerd zijn in Nederland krijgen dit nummer.

Of een middel geregistreerd is, kunt u zien op: www.geneesmiddeleninformatiebank.nl

Voorbeelden:

- geregistreerde glucosamine bij gewrichtsklachten;
- geregistreerde melatonine voor kinderen met ADHD.

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhou-

dend huisarts of internetapotheker.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.3.5. Anticonceptie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de volgende anticonceptie medicijnen en/of hulpmiddelen die volgens de zorgverzekering tot een bepaalde leeftijd worden vergoed:

- anticonceptie pil ('de pil');
- alle anticonceptie medicijnen en/of hulpmiddelen.

Hoeveel en bij welke leeftijd wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.3.1. voor de voorwaarden aan de anticonceptie medicijnen; zie artikel D.4.0. voor de voorwaarden aan de anticonceptie hulpmiddelen. De voorwaarden voor plaatsing van een pessarium of koperhoudend spiraaltje kunt u (via artikel D.4.0.) vinden in ons Reglement Hulpmiddelen. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Het anticonceptie medicijn of hulpmiddel wordt volgens de zorgverzekering tot 21 jaar vergoed.
- U krijgt u op grond van de zorgverzekering geen vergoeding voor de anticonceptie medicijnen en/of hulpmiddelen, omdat uw leeftijd niet aan de gestelde voorwaarden van de zorgverzekering voldoet.

Zorgverlener

- Het anticonceptie medicijn is geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapotheker.
- Het anticonceptie hulpmiddel is afgeleverd door een door ons aangewezen zorgverlener.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.4. Hulpmiddelen

D.4.0. Hulpmiddelen algemeen

Algemeen

- Vanuit de zorgverzekering bent u verzekerd voor de levering van functionerende medische hulpmiddelen. Functionerend betekent, dat de hulpmiddelen bij aflevering gebruiksklaar zijn. Deze hulpmiddelen zijn beschreven in ons Reglement Hulpmiddelen en de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.
- In de zorgverzekering kan hulpmiddelenzorg al (gedeeltelijk) verzekerd zijn. In artikel B.17. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent.
- Daarnaast kunt u op grond van D.4. vergoeding voor bepaalde hulpmiddelen krijgen, waarvoor geen vergoeding in de zorgverzekering mogelijk is.

Zorgverlener

- Het hulpmiddel is afgeleverd door een door ons aangewezen of door ons gecontracteerde zorgverlener. Deze kan per hulpmiddel anders zijn.
- Hebben wij geen zorgverlener gecontracteerd en ook niet aangewezen, dan bent u vrij in uw keuze waar u het hulpmiddel koopt.

Voorschrift

Als een behandelvoorstel nodig is, vermelden wij dat bij het betreffende hulpmiddel.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als dit bij het betreffende hulpmiddel in het artikel is aangegeven.
- Hebben wij voor een hulpmiddel op grond van uw zorgverzekering een akkoordverklaring afgegeven, dan is deze ook van kracht voor een aanvullende verzekering.

D.4.1. Hulpmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Vanuit de zorgverzekering bent u verzekerd voor de levering van functionerende medische hulpmiddelen. Functionerend betekent, dat de hulpmiddelen bij aflevering gebruiksklaar zijn. Deze hulpmiddelen zijn beschreven in ons Reglement Hulpmiddelen en de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.

Op grond van de wet geldt voor een aantal medische hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage en/of een wettelijke maximum vergoeding.

Aanvullend op de zorgverzekering vergoeden wij voor deze medische hulpmiddelen:

- wettelijke eigen bijdragen; en/of
- kosten die hoger zijn dan de wettelijke maximum vergoeding.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De uitsluitingen van artikel B.17.1. gelden hier ook.
- Extra kosten en kosten van een luxe uitvoering van een hulpmiddel worden niet vergoed.
- Eigen risico is niet van toepassing.

D.4.2. Orthopedische schoenen wettelijke eigen bijdrage

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden (een deel van) de wettelijke eigen bijdrage die u volgens de zorgverzekering zelf moet betalen voor volledig op maat gemaakte orthopedische schoenen of de aanpassing ervan.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De orthopedische maatwerkschoenen of de aanpassing ervan, krijgt u helemaal of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.3. Vervallen

D.4.4. Pruik of andere hoofdbedekking

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden (een deel van):

- a. het bedrag dat u zelf moet betalen voor een pruik omdat dat boven de wettelijke maximum vergoeding volgens de zorgverzekering uit-

komt; of

- b. een andere vorm van hoofdbedekking.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Voor een andere vorm van hoofdbedekking als bedoeld in artikel D.4.4.b. gelden de voorwaarden van artikel D.4.0. alsof sprake zou zijn van een pruik en dus gelden de voorwaarden van de functionerende medische hulpmiddelen in ons Reglement Hulpmiddelen.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig.

D.4.5. Hoortoestel wettelijke eigen bijdrage

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden (een deel van) de wettelijke eigen bijdrage die u volgens de zorgverzekering zelf moet betalen voor (een) hoortoestel(len).

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

- Eigen risico is niet van toepassing.

Toelichting:

Als u uit de zorgverzekering een gedeeltelijke vergoeding krijgt voor een ruismaskeerder, dan kunt u de aanvullende vergoeding ook gebruiken voor de ruismaskeerder.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Het hoortoestel krijgt u helemaal of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.6. Plaswekker

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden een plaswekker met noodzakelijke toebehoren bij koop of huur.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. De vergoeding geven wij eenmaal zolang u bij ons verzekerd bent.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van huur als wij de kosten van koop al hebben vergoed en andersom.
- De bijbehorende broekjes (maximaal 3) worden alleen vergoed bij de eerste aanschaf of huur.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgverlener

U koopt of huurt de plaswekker bij een medische speciaalzaak, thuiszorgwinkel of apotheek.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.7. Bril en lenzen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de volgende gezichtshulpmiddelen:

- a. contactlenzen (dag- en/of nachtlenzen);
- b. brillenglazen;
- c. een brilmontuur dat u tegelijk met brillenglazen aanschafft.

De vergoeding geldt ook voor (een deel van) de wettelijke eigen bijdrage die u volgens de zorgverzekering zelf moet betalen voor lenzen of een bril.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. Hierop staat vermeld tot welk maximumbedrag en binnen welke periode wij vergoeden.

De periode die op uw Vergoedingen Overzicht staat, gaat in op 1 januari van het jaar waarin u uw bril of lenzen ontvangt.

Voorbeeld:

Stel: u hebt al 4 jaar een aanvullende verzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 100,- binnen een periode van 2 jaar (dit zijn kalenderjaren).

U bestelt een bril met brillenglazen van € 230,-. Deze gaat u op 7 juni 2022 ophalen. U dient de rekening bij ons in. Dit is de eerste rekening die wij van u ontvangen in die 4 jaar dat u bij ons deze aanvullende verzekering hebt. De periode waarin de vergoeding plaatsvindt, begint op 1 januari 2022 (het jaar waarin u de bril koopt) en loopt tot 1 januari 2024. Van de rekening betalen wij € 100,-.

Op 15 november 2022 koopt u nieuwe glazen. Omdat u in de periode van 2 jaar (lopend van 1 januari 2022 tot 1 januari 2024) van ons al de maximale vergoeding hebt gekregen, vergoeden wij deze rekening niet.

Bij sommige aanvullende verzekeringen kunnen gezichtsscherptebehandelingen (artikel D.1.4.) onder dezelfde maximumvergoeding vallen als gezichtshulpmiddelen. In het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering kunt u zien of dat zo is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Als u in een periode geen rekening indient, gaat het ongebruikte bedrag uit die periode niet mee naar een volgende periode.
- Wij vergoeden niet:
 - brilmonturen die u niet tegelijk met de brillenglazen aanschafft;
 - niet-optische middelen (zoals brillenkoker of lenzenvloeistof);
 - serviceovereenkomsten en verzekeringen;
 - optische middelen niet op sterkte;
 - het slijpen en/of overzetten van brillenglazen;
 - bijkomende kosten.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Het gaat om gezichtshulpmiddelen op sterkte;
- Brillenglazen en contactlenzen zijn op sterkte en dienen voor visuscorrectie; ook nachtlenzen dienen voor visuscorrectie;
- De maximum vergoeding is nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt;
- De rekening moet voldoende gespecificeerd (omschreven) zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.8. Steunzolen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden het aanmeten, de aanschaf en reparatie van steunzolen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. Het maximumbedrag dat hier genoemd staat, geldt voor steunzolen én hulpmiddelen voetzorg (zie artikel D.4.9.) samen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Het betreft individueel gemaakte steunzolen.

Zorgverlener

De orthopedisch schoenmaker of de orthopedisch instrumentmaker die de steunzolen maakt, hebben wij erkend of is voor deze zorg gecontracteerd.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.9. Voetzorg hulpmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de aanschaf en reparatie van hulpmiddelen voor voetzorg.

Voorbeeld:

Zooltjes, tape, drukverband, nagelprothesen en nagelbeugels.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht. Het maximumbedrag dat hier genoemd staat, geldt voor hulpmiddelen voetzorg én steunzolen (zie artikel D.4.8.) samen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging voor bijvoorbeeld het verwijderen van eelt om verzorgende redenen of algemene nagelverzorging vergoeden we niet.

- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U bent bij ons verzekerd voor de behandeling door een podotherapeut, podoloog en pedicure op grond waarvan de hulpmiddelen voor voetzorg zijn voorgeschreven en geleverd.

Zorgverlener

De hulpmiddelen voor voetzorg worden door een podotherapeut, podoloog of pedicure geleverd.

Voorschrift

Een podotherapeut, podoloog of pedicure heeft vastgesteld dat de hulpmiddelen medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.10. Thuisbewakingsmonitor

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij stellen een thuisbewakingsmonitor in bruikleen ter beschikking.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Er moet sprake zijn van een eerder geval van overlijden van een baby in de wieg (wiegendood-ervaring) in het gezin.

Voorschrift

Een kinderarts heeft vastgesteld dat een thuisbewakingsmonitor en een eventuele verlenging van de bruikleenperiode medisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig.

D.4.11. ADL-hulpmiddelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden ADL-hulpmiddelen. Dit zijn hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensver-

richtingen.
Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Voorbeeld:

Dat wat nodig is aan eenvoudige, ondersteunende hulpmiddelen om jezelf te kunnen wassen, aankleden en drogen, voor de toiletgang en kleine hulpmiddelen bij het koken en eten. Op onze website vindt u de lijst met deze hulpmiddelen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Er is sprake van een ernstige gewrichtsaandoening of langdurige neurologische stoornis.

Zorgverlener

De levering vindt plaats door een door ons erkende leverancier, medische speciaalzaak, thuiszorgwinkel of een andere leverancier als deze is geadviseerd door de ergotherapeut. Dat kan ook een huishoudwinkel zijn.

Voorschrift

Een ergotherapeut heeft vastgesteld welke ADL-hulpmiddelen voor u het meest geschikt zijn. Dit behandelvoorstel stuurt u mee met de nota.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.12. Thuisverzorgingsartikelen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden thuisverzorgingsartikelen zoals bijvoorbeeld latex handschoenen, ketonenstrips of een Habermanspeen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De artikelen worden ingezet bij de verzorging,

en/of bescherming van een zieke en de (mantel)zorger in de thuissituatie.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is alleen nodig voor ketonenstrips.

D.4.13. Vervallen

D.4.14. Steunpessarium

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium en het plaatsen daarvan.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Het steunpessarium is nodig in geval van een verzakking.

Zorgverlener

Het steunpessarium wordt geplaatst door een huisarts.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.15. Teststrips

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden diabetestestmateriaal in de vorm van teststrips en bijbehorende lancetten, prikpen en/of bloedglucosemeter.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- U bent een diabetespatiënt die geen gebruik maakt van insuline; en/of
- U komt vanuit de zorgverzekering niet in aanmerking voor vergoeding van deze zorg.

Zorgverlener

Een apotheek, apotheekhoudende huisarts of medische speciaalzaak levert de teststrips en bijbehorende lancetten, prikpen en/of bloedglucosemeter.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.16. Persoonsalarmering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden:

- aansluitkosten en abonnementskosten op een alarmcentrale voor persoonsalarmering op sociale indicatie;
- aansluitkosten en abonnementskosten op een alarmcentrale voor persoonsalarmering:
 - o waar u op medische indicatie voor verzekerd bent vanuit de zorgverzekering; of
 - o waar u op sociale indicatie voor verzekerd bent vanuit de gemeente, op basis van de WMO.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Zorgverlener

De bruikleen, aanschaf of huur vindt plaats via een medisch speciaalzaak, thuiszorgwinkel of organisatie persoonsalarmering.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig.

D.4.17. Vervallen

D.4.18. Braces en bandages

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden braces en bandages, als deze niet vergoed worden vanuit de zorgverzekering. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.19. Allergeenvrije schoenen wettelijke eigen bijdrage

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden (een deel van) de wettelijke eigen bijdrage die u volgens de zorgverzekering zelf moet betalen voor op maat gemaakte allergeenvrije schoenen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De schoenen krijgt u helemaal of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.20. Alarmering bij epilepsie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden een bedmatje dat ernstige epilepsie (tonische/clonische) aanvallen detecteert en

alarmeert.
Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Voorschrift

Een neuroloog van een gespecialiseerd epilepsiecentrum heeft vastgesteld, dat sprake is van een zo ernstige mate van epilepsie, dat het bedmatje als alarmeringsmiddel is aangewezen.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.21. Redressiehelm

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden een redressiehelm.
Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

Er is bij uw kind sprake van plagiocefalie of brachycefalie (scheve schedel of brede schedel) zonder craniosynostose (samengroeiing van schedelbeenderen).

Voorschrift

Een medisch specialist heeft vastgesteld dat voor de behandeling van uw kind een redressiehelm noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig.

D.4.22. Aangepaste linge

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden (een deel van) de kosten van speciaal aangepaste (borstprothese) bh's en/of spe-

ciaal aangepaste (borstprothese) zwempakking.
Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Toelichting:

Het maakt niet uit of u één of meerdere bh's en/of zwempakkingen koopt, of u dat doet bij één of meerdere winkels en of u dat op dezelfde dag of op verschillende datums hebt gedaan.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.4.0. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Er moet sprake zijn van een (gedeeltelijke) borstamputatie, ongeacht of na deze borstamputatie een borstreconstructie plaatsvindt.
- De aanschafdatum(s) van de aangepaste kleding moet(en) liggen binnen 36 maanden na de borstamputatie.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.4.23. Hand- en vingerspalk

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden 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.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten van een spalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld tijdens sporten, worden niet vergoed.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een door ons erkende zorgverlener verleent de zorg; u kunt deze zorgverleners vinden op onze website.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.4.24. Loophulpmiddel na ongeval

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van de volgende eenvoudige loophulpmiddelen: krukken, looprek, vierpoot, wandelstok en/of rollator als u deze nodig hebt bij uw herstel na een ongeval.

Voorwaarden

Algemeen

Kijk voor de beschrijving van “ongevallenzorg” in artikel C.12.

Zorgverlener

Een door ons gecontracteerde zorgverlener levert het hulpmiddel; u kunt deze vinden op onze website.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.5. Stottertherapie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden:

- a. stottertherapie volgens de methode:
 - o Del Ferro; of
 - o B.O.M.A.; of
 - o Hausdörfer Instituut voor Natuurlijk Spreken.
- b. verblijfskosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Behandeling van stotteren valt ook onder zorg zoals logopedisten die plegen te bieden. Logopedie is verzekerd in de zorgverzekering. In artikel B.10. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent. Als dat zo is, gaat die zorg vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.
- De reis- en vervoerskosten die u in verband met de stottertherapie maakt, vergoeden wij niet.

Voorwaarden

Algemeen

Kosten van verblijf komen alleen voor vergoeding in aanmerking:

- als u ook voor artikel D.5.b. verzekerd bent, en

- als ook de stottertherapie zelf vergoed wordt, en
- als deze kosten van verblijf nodig zijn voor en direct te maken hebben met uw verblijf, en
- als en zolang de stottertherapie intern wordt gegeven.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor de stottertherapie met eventueel verblijf. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.6. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

D.6.1. Vervallen

D.6.2. Vervallen

D.6.3. Inloophuis

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden geestelijk maatschappelijke zorg in een inloophuis voor (ex-)kankerpatiënten, hun eventuele partner en hun gezinsleden.

Zijn deze partner en gezinsleden zelf bij ons verzekerd voor geestelijk maatschappelijke zorg, dan komen de kosten voor vergoeding in aanmerking onder hun eigen aanvullende verzekering.

Zijn deze partner en gezinsleden niet verzekerd voor geestelijk maatschappelijke zorg of zelfs helemaal niet verzekerd bij ons, dan komen kosten voor vergoeding in aanmerking onder de aanvullende verzekering van de verzekerde patiënt zelf.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

Wij hebben het inloophuis voor (ex)-kankerpatiënten erkend, als het naar onze mening

voldoende kwaliteit waarborgt. Waar een inloophuis aan moet voldoen, kunt u vinden op onze website.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.6.4. Lichttherapie tegen winterdepressie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Voor lichttherapie bij u thuis in verband met winterdepressie vergoeden wij huur- of aanschafkosten voor de benodigde apparatuur, of u krijgt deze apparatuur in bruikleen.

Waarvan wij u voorzien of hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.;
- een lichttherapiebril wordt niet vergoed omdat deze geen intensiteit van 10.000 lux heeft.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De apparatuur is uitgerust voor therapie met volspectrumlicht met een intensiteit van 10.000 lux.
- De zorg wordt bij u thuis verleend.

Behandelaarsvoorstel

Een psychiater of psychotherapeut heeft vastgesteld dat lichttherapie medisch noodzakelijk is in verband met winterdepressie.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.6.5. Traumaverwerking

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat de eerste opvang en verwerking direct na een schokkende arbeidsgerelateerde gebeurtenis (trauma) als u bent getroffen door of direct betrokken bij:

- een overval, een gijzeling, agressie;
- een ongeval waarbij zich letselschade voordoet, plotseling overlijden (bijvoorbeeld bij

zelfdoding); of

- ongewenste omgangsvormen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De schokkende gebeurtenis moet onverwacht optreden waardoor u (tijdelijk) zo uit balans raakt dat normaal dagelijks functioneren niet meer mogelijk is;
- Bij een schokkende arbeidsgerelateerde gebeurtenis moet deze raakvlak hebben met de uitvoering van uw werkzaamheden. Er is sprake van een bedrijfsongeval, een overval, een gijzeling of agressie met letselschade of plotseling overlijden als gevolg van zelfdoding;
- De gebeurtenis moet aantoonbaar zijn;
- De schokkende gebeurtenis moet in Nederland hebben plaatsgevonden.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een door ons erkende of gecontracteerde instelling die is gespecialiseerd in psychosociale hulpverlening bij traumatische gebeurtenissen.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.6.6. Online psychologisch programma

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden een online psychologisch programma.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

Het psychologisch programma wordt online aangeboden door een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener. De naam van het programma of van de zorgverlener staat op uw Vergoedingen

Overzicht.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.6.7. Mindfulness

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de telefonische ondersteuning (coachinggesprekken) bij het volgen van een e-health (blended care) mindfulnessprogramma bij stressklachten of (dreigende) burn-out. Dit is een bedrijfspsychologische interventie die bestaat uit een telefonisch intake gesprek en telefonische vervolgesprekken met een mindfulness trainer voor in totaal 1,5 uur.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

De telefonische ondersteuning wordt verleend door een mindfulness trainer van een door ons erkende of gecontracteerde landelijk werkende organisatie. Deze organisatie kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.6.8. Mindfulness training

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Online mindfulness training.

Zorgverlener

Een zorgverlener met wie wij afspraken hebben gemaakt over deze mindfulness training. U kunt deze zorgverlener(s) vinden op onze website.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.7. Alternatieve geneeswijzen

D.7.1. Alternatieve en/of psychosociale behandelingen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de volgende vormen van behandelingen:

- acupunctuur;
- chiropractie;
- homeopathie;
- osteopathie;
- natuurgeneeswijzen. Hieronder vallen:
 - antroposofisch consult;
 - auriculotherapie;
 - haptonomie/haptotherapie;
 - kinesiologie;
 - musculoskeletale geneeskunde;
 - orthomanele geneeskunde;
 - reflexzonetherapie/voetreflextherapie;
 - shiatsu;
 - manuele therapie.

Andere vormen van natuurgeneeskunde worden niet vergoed.

- Psychosociale zorg.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van:
 - verzekerde zorg (behandelingen en consulten) op grond van uw zorgverzekering, de Jeugdwet, Wlz, Wmo of een ander artikel uit uw aanvullende verzekering(en). Het maakt daarbij niet uit of u voor dat andere artikel verzekerd bent of dat u de behandeling volgens dat andere artikel niet (volledig) vergoed krijgt. U kunt niet kiezen onder welk artikel zorg vergoed wordt. U krijgt zorg ook niet 2x vergoed. Pas als is vastgesteld dat de zorg niet onder uw zorgverzekering, de Jeugdwet, Wlz, Wmo of een ander artikel uit uw aanvullende verzekering(en) valt, bepalen wij of die zorg als alternatieve zorg of psychosociale zorg voor vergoeding in aanmerking komt;
 - experimentele behandelingen en behandelingen die nog in onderzoeksfase verkeren;
 - laboratoriumonderzoeken die zijn aangevraagd door een therapeut of arts die alternatieve of psychosociale zorg verleent;
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

De zorg vindt plaats volgens de doelstellingen, behandelprotocollen en richtlijnen van de beroepsvereniging of het register waarbij de behandelend zorgverlener is aangesloten.

Zorgverlener

De behandelingen worden uitsluitend gegeven door een therapeut of arts die lid is van een door ons erkende beroepsvereniging voor alternatieve geneeswijzen of psychosociale zorg en een volgens de Plato-eisen erkende opleiding Medische, of Psychosociale Basiskennis (MBK of PsBK) heeft afgerond.

Een lijst met door ons erkende beroepsverenigingen kunt u vinden op onze website.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.7.2. Alternatieve medicijnen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden antroposofische en homeopathische medicijnen en producten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Zelfzorgmedicijnen die volgens de Regeling zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen, vergoeden wij ook niet als alternatief medicijn. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de website van de overheid: wetten.overheid.nl.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

In artikel B.15.1. staan de algemene voorwaarden zoals die gelden voor uw medicijnen op grond van de zorgverzekering. Deze gelden ook voor dit artikel D.7.2. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De medicijnen en producten zijn volgens de Geneesmiddelenwet geregistreerd als homeopathische en/of antroposofische medicijnen;
- De medicijnen en producten zijn opgenomen in de G-Standaard van de Z-Index. Deze kunt u vinden op www.z-index.nl/g-standaard.

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apothekhoudend huisarts of internetapotheek.

Behandelvoorstel

Een door ons erkende alternatieve zorgverlener heeft vastgesteld dat de medicijnen medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8. Mondzorg

D.8.1. Mondzorg algemeen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Uit de artikelen D.8.1. tot en met D.8.6. vergoeden wij mondzorg.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
 - Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Het betreft een hulpmiddel tegen snurken;
 - Kosten van mondzorg die naar hun aard deel uitmaken van de zorgverzekering en waarvoor voorafgaand aan de behandeling een akkoordverklaring afgegeven moet zijn. Uitdrukkelijk noemen wij de volgende prestatiecodes:
 - A20: behandeling onder algehele anesthesie (narcose) of sedatie (roesje);
 - X611: behandeling onder intraveneuze (injectie) sedatie (roesje);
 - X631: behandeling onder algehele anesthesie (narcose);
 - B10, B11 en B12: sedatie door middel van een roesje (lachgassedatie). Sedatie is het verlagen van de staat van het bewustzijn van een patiënt met het doel een medische procedure of ingreep aangenamer te maken;
 - A30: voorbereiding behandeling onder algehele narcose;
 - U05*, X731* en X831*: tijdtarieven begeleiding moeilijk behandelbare patiënt;

- ten; het betreft hier de behandeling in het kader van mondzorg van bijzondere zorggroepen;
- X21: maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT) bij verzekerden tot 18 jaar;
 - J39: plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten) bij verzekerden tot 18 jaar.
- o E97: kosten van het uitwendig bleken van tanden;
 - o Myofunctionele apparatuur (bijvoorbeeld Trainers) met de code G74*;
 - o behandeling van witte vlekken (codes M80* en M81*);
 - o F811A*: reparatie of vervanging van beugel door eigen schuld.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

- een tandarts;
- een mondhygiënist;
- een tandprotheticus;
- een zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg;
- een zorgverlener die verbonden is aan een instelling voor jeugdtandverzorging.

Behandelaarsvoorstel

Een tandarts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.2. Kronen, bruggen en inlays

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van kronen, bruggen en inlays. Dit is inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van onderstaande vergoedingsvormen:

- Maximumbedrag

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding per jaar, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Maximum bedrag en bepaalde leeftijd

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding per jaar, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Groeivergoeding en maximum bedrag

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering staat dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag vergoeden dat jaarlijks groeit, dan groeit uw vergoeding ieder jaar met een bedrag dat op uw Vergoedingen Overzicht staat; ook het maximum te bereiken bedrag staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Voorbeeld "maximum bedrag en groeivergoeding":

U hebt bij ons een aanvullende verzekering met een groeivergoeding voor onder andere kronen, bruggen en inlays. Die aanvullende verzekering is op 1 januari 2020 ingegaan. Op dat moment is de maximale vergoeding voor deze mondzorg € 300,-. U dient een rekening in van € 200,-. Omdat dit bedrag lager is dan de maximum vergoeding van 2020, vergoeden wij deze rekening helemaal. Er blijft in totaal nog € 100,- over voor 2020.

Op 1 januari 2021 groeit de vergoeding voor de 1e keer met € 300,-. U hebt uit 2020 nog € 100,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 400,- voor 2021. U dient dat jaar geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2022 groeit de vergoeding voor de 2e keer met € 300,-. U hebt uit 2021 nog € 400,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 700,- voor 2022. U dient dat jaar ook geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2023 groeit de vergoeding voor de 3e keer, maar nu met € 200,- omdat daarmee het maximum bedrag van € 900,- wordt bereikt. U dient dat jaar ook geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2024 groeit de vergoeding niet omdat het maximale bedrag van € 900,- al is bereikt. U dient dat jaar een rekening in van € 1.100,-. Wij vergoeden van deze rekening € 900,- (uw volledige maximale vergoeding wordt opgebruikt). Er blijft dus € 200,- voor uw eigen rekening.

Op 1 januari 2025 start/groeit de vergoeding weer met € 300,- zodat uw maximale vergoeding € 300,- voor 2025 wordt. De € 200,- die in 2024 voor uw eigen rekening is gebleven, wordt uiteraard nu ook niet vergoed omdat de behandeling in een ander jaar plaatsvond.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "R".

Zorgverlener

Een tandarts verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.3. Kunstgebit en implantaten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van mondzorg:

- a. kunstgebit (uitneembare, gedeeltelijke gebitsprothesen);
- b. de wettelijke eigen bijdragen die u volgens uw zorgverzekering zelf moet betalen voor:
 - een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprothesen), niet geplaatst op implantaten;
 - een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprothesen), geplaatst op implantaten en het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem);
- c. implantologie die niet onder artikel B.12.2. van de zorgverzekering wordt vergoed. En de suprastructuur als deze niet onder artikel B.14. van de zorgverzekering wordt vergoed.

Bij alle genoemde vergoedingen gaat het om de tandheelkundige prestaties en bijbehorende materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van de verschillende vergoedingsvormen die zijn beschreven in artikel D.8.2. onder 'Zorg: waar bent u voor verzekerd'.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- In de zorgverzekering kunnen delen van deze, of soortgelijke zorg al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In de artikelen B.12.2., B.13. en B.14. kunt u lezen of u daar recht op hebt.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "P" of "J".

De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

Zorgverlener

- Een tandarts, een tandprotheticus of bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde verleent de zorg.
- Een kaakchirurg, verbonden aan een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

Verwijzing

Verwijzing van een tandarts is nodig als prothetische zorg verleend wordt door een tandprotheticus. Het gaat dan om zorg die aangeduid is met P-codes en/of J-codes bij verzekerden die nog eigen tanden en/of tandheelkundige implantaten hebben.

Verwijzing van een tandarts is ook nodig als de implantologische zorg geleverd wordt door een kaakchirurg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.4. Overige mondzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden overige vormen van mondzorg, voor zover die zorg niet is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- In de zorgverzekering kunnen onderdelen van deze of van soortgelijke zorg al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In de artikelen B.13. en B.14. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg. Dit gebeurt door middel van andere prestatiecodes dan zijn genoemd in artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6. De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

Zorgverlener

Een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus of andere bevoegde zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of instelling voor jeugdtandverzorging verleent de zorg;

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.5. Orthodontie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden orthodontie, inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van onderstaande vergoedingsvormen:

- Maximumbedrag

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij orthodontie tot een maximum bedrag vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Maximum bedrag en bepaalde leeftijd
Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij orthodontie tot een maximum bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt en tot de genoemde leeftijd of vanaf de genoemde leeftijd.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Artikel C.9.3. is niet van toepassing op de vergoeding van orthodontie uit dit artikel.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Wachttijd

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat er een wachttijd geldt? U kunt dan gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie, als u deze aanvullende verzekering minimaal 1 jaar (365 dagen) hebt. Deze wachttijd geldt per verzekerde.

Voorbeeld:

U sluit een nieuwe aanvullende verzekering af waarin orthodontie is opgenomen met een wachttijd van 1 jaar. Deze aanvullende verzekering gaat in op 15 maart 2022. U kunt dan vanaf 15 maart 2023 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie.

De wachttijd geldt niet voor kinderen tot en met 17 jaar die meeverzekerd worden of zijn op uw aanvullende verzekering met orthodontie.

Deze aanvullende verzekering moet dan tenminste 1 jaar hebben gelopen.

Voorbeeld:

U bent vanaf 1 maart 2021 verzekerd met een aanvullende verzekering waarin orthodontie is opgenomen. Per 1 januari 2022 worden uw partner van 40 jaar en uw kind van 12 jaar meeverzekerd op uw polis met dezelfde aanvullende verzekering. U bent de verzekeringnemer en uw partner en kind zijn dus medeverzekerden.

Uw kind kan vanaf 1 maart 2022 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie omdat u dan 1 jaar deze aanvullende verzekering hebt. Voor uw partner geldt wel een wachttijd van een volledig jaar. Uw partner kan vanaf 1 januari 2023 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking orthodontie, door middel van prestatiecodes die beginnen met:

- de letter "F",
- eindigen met de letter "A" en
- 3 cijfers daar tussenin.

Voorbeeld

"F121A" voor "eerste consult".

Voor de materiaal- en techniekkosten die bij deze zorg horen is een "*" toegevoegd aan de genoemde prestatiecode(s).

Zorgverlener

Een tandarts of een orthodontist verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.6. Mondzorg bij ongeval

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden mondzorg, voor zover die zorg is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4. als sprake is van "ongevallenzorg" zoals bedoeld in artikel C.12.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Behandelingen bijzondere tandheelkunde en/of kaakchirurgie vallen onder de dekking van de basisverzekering (zie artikelen B.4., B.12., B.13. en B.14.).
- Wij vergoeden niet:
 - de kosten van mondzorg die het gevolg zijn van het nuttigen van voedsel of drank;
 - orthodontie.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg door middel van prestatiecodes genoemd in artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4.
- De behandeling is afgerond binnen 2 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, omdat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van een tijdelijke behandeling.
- Er is geen recht op vergoeding van de aangevraagde behandeling, als er al een behandelindicatie aanwezig was voor het ongeval, of als er sprake is van uitgestelde zorg.

Akkoordverklaring

Zie artikel C.12. Onderstaande voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af:

- Een akkoordverklaring is nodig voorafgaand aan de behandeling en binnen 3 maanden na het ongeval.
- De aanvraag bevat een schriftelijk behandelplan en begroting van de tandarts of kaakchirurg en is opgesteld volgens de NMT Praktijkrichtlijn Tandletsel. Deze praktijkrichtlijn maakt deel uit van deze voorwaarden en staat op onze website.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.7. Tandartsvergoeding meenemen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Met uw aanvullende verzekering neemt u 100% tot maximaal € 250,- van uw ongebruikte dekking voor tandartskosten mee naar een volgend polisjaar.

Let op!

- De meegenomen vergoeding die niet is gebruikt, vervalt het jaar daarop.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Om gebruik te kunnen maken van de meegenomen vergoeding moet u dit polisjaar en volgend polisjaar een aanvullende verzekering hebben waarin vergoeding voor tandartskosten is opgenomen;

- De vergoeding uit uw huidige aanvullende verzekering wordt als eerste gebruikt. Daarna wordt de meegenomen ongebruikte vergoeding uit het voorgaande jaar gebruikt;
- Als u aansluitend overstapt naar een andere aanvullende verzekering met vergoeding voor tandartskosten dan behoudt u nog 1 jaar de meegenomen vergoeding van het jaar daarvoor;
- Als u aansluitend overstapt naar een andere aanvullende verzekering zonder vergoeding voor tandartskosten dan neemt u geen ongebruikte vergoeding mee naar een volgend polisjaar;
- Wijzigingen in de vergoeding voor tandartskosten die door ons zijn doorgevoerd op uw aanvullende verzekering hebben geen invloed op uw meegenomen vergoeding.

Voorbeeld 1:

U behoudt dezelfde aanvullende verzekering en u hebt tandartskosten gehad:

- U bent in 2021 verzekerd voor tandartskosten tot maximaal € 500,- per jaar. U hebt in 2021 € 150,- vergoed gekregen aan tandartskosten. U hebt dus € 350,- niet gebruikt. U neemt dan maximaal € 250,- mee naar 2022. Hierdoor bent u in 2022 verzekerd voor € 750,-
- In 2022 declareert u € 600,- aan tandartskosten. Eerst wordt de € 500,- uit uw huidige aanvullende verzekering vergoed. Daarna wordt € 100,- uit uw meegenomen vergoeding uit 2021 vergoed.
- De overige € 150,- van uw meegenomen vergoeding vervalt per 2023. Als u dezelfde aanvullende verzekering behoudt, bent u per 2023 dus verzekerd voor tandartskosten tot € 500,-.

Voorbeeld 2:

U behoudt dezelfde aanvullende verzekering en u hebt geen tandartskosten gehad:

- U bent in 2021 verzekerd voor tandartskosten tot maximaal € 500,- per jaar. U hebt in 2021 geen tandartskosten. U neemt dan maximaal € 250,- mee naar 2022. Hierdoor bent u in 2022 verzekerd voor € 750,-.
- Ook in 2022 hebt u geen tandartskosten gemaakt. Omdat de meegenomen vergoeding uit 2021 per 2022 vervalt, neemt u alleen de maximale vergoeding van € 250,- uit 2022 mee naar 2023. Als u dezelfde aanvullende verzekering behoudt, bent u per 2023 dus verzekerd voor tandartskosten tot € 750,-.

Voorbeeld 3:

U stapt over naar een andere aanvullende verzekering met vergoeding voor tandartskosten:

- U bent vanaf 2021 verzekerd voor tandartskosten

ten tot maximaal € 500,- per jaar. U hebt in 2021 € 300,- vergoed gekregen. U neemt dus in deze aanvullende verzekering € 200,- mee naar 2022.

- Maar, per 01-01-2022 beëindigt u deze aanvullende verzekering en sluit een andere aanvullende verzekering af waarin ook vergoeding voor tandartskosten is opgenomen.
- In uw nieuwe aanvullende verzekering is € 1.150,- per jaar opgenomen voor tandartskosten. Omdat u nog € 200,- over hebt uit 2021, bent u in 2022 verzekerd voor tandartskosten tot € 1.350,-.

Voorbeeld 4:

U stapt over naar een andere aanvullende verzekering zonder vergoeding voor tandartskosten:

- U bent vanaf 2021 verzekerd voor tandartskosten tot maximaal € 500,- per jaar. U hebt in 2021 € 300,- vergoed gekregen. U neemt dus in deze aanvullende verzekering € 200,- mee naar 2022.
- Maar, per 01-01-2022 beëindigt u deze aanvullende verzekering en sluit u een andere aanvullende verzekering af waarin per 2022 geen vergoeding voor tandartskosten meer is opgenomen.
- U behoudt de € 200,- meegenomen vergoeding uit 2021 niet omdat u kiest voor een aanvullende verzekering zonder vergoeding voor tandartskosten. U voldoet niet aan de voorwaarden om de ongebruikte dekking voor tandartskosten mee te nemen.

Voorbeeld 5:

Wij passen uw aanvullende verzekering aan:

- U bent vanaf 2021 verzekerd voor tandartskosten tot maximaal € 500,- per jaar. U hebt in 2021 € 300,- vergoed gekregen. U neemt dus in deze aanvullende verzekering € 200,- mee naar 2022.
- Per 01-01-2022 schrappen wij de dekking voor tandartskosten in uw aanvullende verzekering. Dit heeft geen invloed op de vergoeding die u uit 2021 meeneemt. U kunt in 2022 dus nog gebruik maken van de meegenomen € 200,- uit 2021.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.9. Kuurbehandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden bij een kuurreis via een organisatie of bij een door u zelf georganiseerde kuurreis:

- uw vervoer naar een kuuroord;
- behandeling in een kuuroord;
- verblijf in een kuuroord. Dit omvat overnachtingskosten, ontbijt, lunch en diner.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Onder kosten van verblijf in een kuuroord vallen uitsluitend de kosten van het aangeboden arrangement / programma gedeclareerd door middel van een arrangementstarief. Kosten van extra consumpties, kranten, tijdschriften, cosmetica en andere buiten het arrangement vallende artikelen en diensten worden niet vergoed.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat hierbij om een persoonlijk op u afgestemde en schriftelijk vastgelegde behandeling die ten minste één week duurt.
- U lijdt aan een ernstige vorm van:
 - reumatoïde artritis; of
 - artritis psoriatica; of
 - de ziekte van Bechterew.

Zorgverlener

- Een door ons erkend kuuroord binnen Nederland dat gespecialiseerd is in de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat, met name reumatische aandoeningen. Op onze website kunt u vinden welke kuuroorden wij erkennen; andere kuuroorden vergoeden wij niet.
- Bij de behandeling dient een arts betrokken te zijn.

Behandelaarsvoorstel

Een reumatoloog heeft vastgesteld dat de kuurbehandeling noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.10. Huidtherapieën

D.10.1. Vervallen

D.10.2. Ontharing

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden het verwijderen van extreme haargroei op ongebruikelijke plaatsen in het gezicht en/of in de hals bijvoorbeeld door elektrische epilatie of lasertechniek. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet: (behandelingen met) harsen, gels, crèmes en andere ontharingsmiddelen.
- Past de schoonheidsspecialist zelfstandig en op eigen verantwoordelijkheid ontharing door lasertechniek toe, dan vergoeden wij dat niet.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

Uit de nota blijkt welke vorm van ontharingstechniek is gebruikt.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- een dermatoloog;
- een huidtherapeut;
- een schoonheidsspecialist die bij ANBOS met de specialisatie “elektrisch ontharen” en/of “ontharingstechnieken” staat geregistreerd.

De zorg door de schoonheidsspecialist komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de behandeling wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ANBOS.

Als de schoonheidsspecialist ontharing met behulp van lasertechniek uitvoert, moet dit onder verantwoordelijkheid van een dermatoloog of huidtherapeut plaatsvinden. Alleen een dermatoloog of huidtherapeut mag deze zorg declareren.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.10.3. Acnebehandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de behandeling van ernstige acne vulgaris (jeugdpuistjes) in het gezicht en/of in de hals.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Past de schoonheidsspecialist zelfstandig en op eigen verantwoordelijkheid acnebehandeling met behulp van lasertechniek toe, dan vergoeden wij dat niet.
- Behandeling van acne rosacea wordt niet vergoed.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om een ernstige vorm van acne vulgaris in het gezicht en/of de hals.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- een huidtherapeut;
- een schoonheidsspecialist die bij ANBOS met de specialisatie "acne" staat geregistreerd. In dit geval komt de zorg alleen voor vergoeding in aanmerking als de zorg door de schoonheidsspecialist wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ANBOS.

Als de schoonheidsspecialist acnebehandeling door middel van een combinatie met lasertechniek uitvoert, moet dit onder verantwoordelijkheid van een dermatoloog of huidtherapeut plaatsvinden. Alleen een dermatoloog of huidtherapeut mag deze zorg declareren.

- een dermatoloog.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.10.4. Camouflagetherapie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden:

- camouflagelassen;
- de aanschafkosten van de camouflagemiddelen die nodig zijn voor de lessen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de camouflagemiddelen die u gebruikt buiten en na de camouflagelassen.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

De camouflagelassen hebben tot doel dat u wijnvlekken, littekens en andere ontsierende huidaan- doeningen in het gezicht en/of de hals kunt camoufleren.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- een huidtherapeut;
- een schoonheidsspecialist die bij ANBOS met de specialisatie "camouflage" staat geregistreerd. In dit geval komt de zorg alleen voor vergoeding in aanmerking als de zorg door de schoonheidsspecialist wordt uitgevoerd volgens de richtsnoeren van ANBOS.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.11. Obesitas behandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten voor deelname aan een deeltijd dagbehandelingsprogramma voor obese patiënten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Het deeltijd dagbehandelingsprogramma is gericht op gedragsverandering door middel van een niet-chirurgische, multidisciplinaire behandeling.
- Uw Body Mass Index (BMI) is 40 of hoger (morbiditas).
- U moet het volledige programma doorlopen

hebben.

- De vergoeding is éénmalig voor de hele periode dat u bij ons een aanvullende verzekering met deze vergoeding hebt afgesloten.

Zorgverlener

De zorg wordt geleverd door een zorgverlener in een behandelcentrum dat wij hebben erkend of voor deze zorg gecontracteerd is. U kunt deze vinden op onze website.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.12. Vervoer

D.12.1. Vervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij geven met betrekking tot ziekenvervoer:

- a. vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage die u volgens de zorgverzekering per jaar moet betalen bij gebruik van auto, openbaar vervoer of taxi;
- b. een aanvullende kilometervergoeding bovenop de kilometervergoeding van de zorgverzekering bij gebruik van een auto;
- c. een vergoeding bij gebruik van een taxi binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg of huispraktijk van een medisch specialist en terug;
- d. een vergoeding bij gebruik van auto of openbaar vervoer (laagste klasse) binnen Nederland of uw woonland van uw huisadres naar een instelling voor medisch specialistische zorg of huispraktijk van een medisch specialist en terug.

Op uw Vergoedingen Overzicht staat of de wettelijke eigen bijdrage vergoed wordt en hoe hoog de (aanvullende) kilometervergoeding is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- In de zorgverzekering is deze zorg al gedeeltelijk verzekerd. In artikel B.18.2. kunt u lezen of u daar recht op hebt.
- Wij vergoeden niet:
 - de kosten van ziekenvervoer als u voor een behandeling naar een andere (verder weg

gelegen) plaats gaat dan de dichtstbijzijnde plaats van behandeling en verpleging, terwijl dit op dat moment niet medisch noodzakelijk is;

- de kosten van ziekenvervoer in verband met Wlz-zorg;
 - kosten van (zieken)vervoer, reis of begeleiding tussen uw woonland en een ander land, als u in dat andere land medische behandelingen ondergaat.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De vergoedingen gelden per vervoerde kilometer;
- Voor D.12.1.c. en D.12.1.d.: het ziekenvervoer houdt verband met zorg waarvoor u volgens uw zorgverzekering of de aanvullende verzekering bent verzekerd;
- Voor D.12.1.c. en D.12.1.d. is geen vergoeding voor vervoer uit de zorgverzekering mogelijk.
- De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van postcode herkomst ("van") en postcode bestemming ("naar"). Wij vergoeden op basis van hele kilometers; wij maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.
- Het ziekenvervoer vindt plaats van uw woonadres of (tijdelijke) verblijfplaats (geen ziekenhuis) naar de plaats van uw behandeling en terug.

Aanvullende voorwaarde voor D.12.1.c.

De behandelend medisch specialist of verpleegkundig specialist is van mening dat gebruik van openbaar vervoer om medische redenen onverantwoord is.

Zorgverlener

Voor ziekenvervoer genoemd in artikel D.12.1.c. moet de taxivervoerder erkend zijn (Taxi Keurmerk / TX-keurmerk) en de juiste vergunning hebben.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.12.2. Reiskosten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de reiskosten van:

- a. uw partner als u bent opgenomen;

- b. de ouders als uw kind is opgenomen. Uw kind is bij ons verzekerd en is jonger dan 18 jaar;
- c. uw bezoeker als u of uw kind is opgenomen.

De opname (geen dagbehandeling) is medisch noodzakelijk en is in een instelling voor medisch specialistische zorg in Nederland (als u in Nederland woont, mag dat ook in België of Duitsland zijn), of in uw woonland en duurt maximaal 365 aaneengesloten dagen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de reiskosten voor een bezoek aan het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

Voor D.12.2.a., b. en c.:

berekenen we de ritlengte met Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van de postcode van het wettelijke woonadres van degene die is opgenomen naar de postcode van de instelling. We vergoeden op basis van hele kilometers met de gebruikelijke manier van afronding.

Voor D.12.2.c.:

- kan de opname ook in een instelling voor revalidatie of instelling voor medisch specialistische zorg zijn;
- vergoeden we per bezoek voor maximaal één bezoeker; de bezoeker hoeft niet bij ons verzekerd te zijn;
- komt de vergoeding in eerste instantie uit de aanvullende verzekering van degene die is opgenomen. Als degene die is opgenomen niet verzekerd is voor de reiskosten, dan vergoeden we uit de verzekering van de bezoeker. In dat geval moet de bezoeker hier wel voor verzekerd zijn;
- moet u (als u verzekerd bent voor deze reiskosten én voor logeerkosten, zie artikel D.13.2.) kiezen welke kosten u vergoed wilt krijgen: kiest u voor een vergoeding van logeerkosten, dan krijgt u geen vergoeding van reiskosten en andersom. Wij beschouwen de eerste rekening die u indient als uw keuze.

Akkoordverklaring

Om in aanmerking te komen voor vergoeding van reiskosten tijdens een opname in België of Duitsland, is een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) nodig voor de opname in het betreffende land.

D.12.3. Vervallen

D.13. Verblijf

D.13.1. Therapeutisch kamp

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van deelname aan en verblijf in een therapeutisch kamp voor kinderen tot 18 jaar dat is georganiseerd door een van de door ons erkende instellingen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een van de door ons erkende verenigingen of instellingen organiseert het kamp. Die kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.13.2. Logeerkosten

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden voor u (degene die wordt opgenomen of behandeld):

- a. de overnachting van u of van uw logé(s) in één kamer in een logeershuis;
- b. het verblijf van uw kind jonger dan 18 jaar in een Mappa Mondo huis.

Voorbeeld:

Met logeershuis bedoelen wij onder andere een Ronald McDonald huis of een overblijfhuis bij een algemeen ziekenhuis of categoriaal ziekenhuis, zoals de Dr. Daniel den Hoed Kliniek of het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis.

Toelichting:

Het kan zijn dat u in een korte tijd meermalen poliklinisch behandeld moet worden zonder dat opname en verpleging nodig zijn. U mag dan ook

gebruik maken van het logeerhuis.

Het kan zijn dat er geen plaats meer is in het logeerhuis of Mappa Mondo huis. U of de logé(s) mogen dan in een hotel of pension in de omgeving overnachten en die kosten bij ons als logeerkosten declareren. Wij baseren de vergoeding op de kosten die u en/of uw logé(s) in het logeerhuis of Mappa Mondo huis zou hebben gemaakt als daar wel plaats was geweest. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:
 - de kosten die vergoed worden vanuit de Wmo of Wlz in verband met samenwerking met thuiszorg of kosten die vallen onder een Persoons Gebonden Budget (PGB);
 - de logeerkosten die gemaakt worden in verband met een opname of behandeling in het Nederlands Astma centrum te Davos (N.A.D.).
- U (degene die wordt opgenomen of behandeld) moet bij ons verzekerd zijn voor logeerkosten; de vergoeding geldt voor u, niet voor de logé;
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Het verblijf van u en/of logés 's nachts in een logeerhuis wordt vergoed als u wordt opgenomen of behandeld in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).
- Degene die is opgenomen of wordt behandeld stuurt de nota van het logeerhuis op met ons Declaratieformulier Logeerkosten. Dat vindt u op onze website. Als er gebruik wordt gemaakt van een hotel, stuurt u een bewijs mee dat het logeerhuis vol is.
- Als uw aanvullende verzekering zowel logeerkosten als bezoeken (zie artikel D.12.2.c.) vergoedt, moet u kiezen of u logeerkosten of bezoeken vergoed wilt krijgen. Kiest u voor een vergoeding van logeerkosten, dan krijgt u geen vergoeding van bezoeken en andersom. Wij beschouwen de eerste rekening voor bezoeken of logeerkosten die u indient als uw keuze.

Zorgverlener

Een logeerhuis of een Mappa Mondo huis verleent de zorg. Het logeerhuis is een niet-commerciële instelling en heeft een verbinding met:

- een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) in Nederland of uw woonland; of

- een voor deze zorg gecontracteerd ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) buiten uw woonland.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.13.3. Klassetoeslag

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de meerkosten van verpleging in een hogere klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). Onder meerkosten verstaan wij de kosten die uitgaan boven de kosten voor de laagste klasse. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van:
 - verpleging in de laagste klasse; deze wordt vergoed uit de zorgverzekering.
 - verpleging in een 2^e klasse waarvoor de instelling een tarief berekent dat gelijk is aan het tarief voor de laagste klasse in Nederland.
 - verpleging in een hogere klasse als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor medisch specialistische geestelijke gezondheidszorg.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U bent 18 jaar of ouder;
- Uw verzekerde klasse is hoger dan de laagste klasse;
- Het tarief voor de hogere klasse is hoger dan het tarief voor de laagste klasse.

Zorgverlener

Het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) brengt de kosten in rekening met de DBC-zorgproductcode of de klassetoeslag.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig voor de kosten die uit de zorgverzekering worden vergoed en waarvoor vanuit de zorgverzekering een akkoordverklaring nodig is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor

artikel A.20.

D.13.4. Ziekenhuisopname en uitkering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

- a. Liggelduitkering.
Wij geven u een vast bedrag per dag als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).
- b. Luxe-arrangement/comfortpakket.
Wij vergoeden de kosten van een luxe arrangement of comfortpakket als u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Voorbeeld

Het luxe-arrangement of comfortpakket kan van alles bevatten wat uw opname in het ziekenhuis aangenamer maakt. Bijvoorbeeld de huur van televisie, telefoon, internet of radio etc. Daarnaast kan er ook een luxere kamer, uitgebreider menu, krant of tijdschrift, doorlopende bezoeksregeling of thee en/of koffie voor het bezoek aangeboden worden.

- c. Compensatie-uitkering.
Wij geven u een vast bedrag per dag voor de periode dat u bent opgenomen en wordt verpleegd in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) en u geen gebruik maakt of geen gebruik kunt maken van een luxe-arrangement of comfortpakket zoals beschreven in artikel D.13.4.b. Dit omdat bijvoorbeeld het ziekenhuis geen onderscheid in standaard of luxere verpleging kent of geen luxe pakket kent.

Wat en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Tip:

Voor de liggelduitkering of de compensatie-uitkering moet u zelf vooraf een verzoek bij ons indienen. Voor het luxe-arrangement moet u een rekening insturen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Uit dit artikel vergoeden wij niet de normale, niet-luxe kosten voor opname in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Als u geen rekeningen voor een genoten luxe-arrangement (artikel D.13.4.b.) bij ons indient voordat wij de declaratie(s) van uw opname in het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) hebben ontvangen, gaan wij ervan uit dat u kiest voor uitbetaling van de compensatie-uitkering (artikel D.13.4.c.).
- Als de opname 2 aaneengesloten jaren bestrijkt, wordt slechts eenmaal de maximale liggelduitkering of compensatie-uitkering gedaan.
- Opname in een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis) voor maximaal 365 aaneengesloten dagen. We bedoelen niet een dagbehandeling.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.13.5. Vervallen

D.13.6. Herstellingsoord

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden het verblijf in een herstellingsoord in verband met herstel van een lichamelijke aandoening.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten van het verblijf in een herstellingsoord:
 - als u op grond van de wet aanspraak hebt op dezelfde of vergelijkbare zorg;
 - als het verblijf aaneengesloten over 2 jaren verspreid is en uw aanvullende verzekering al het maximale bedrag heeft vergoed over het 1e jaar.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een door ons erkend herstellingsoord.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.13.7. Hospice

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor verblijf in een hospice. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de eigen bijdragen huishoudelijke hulp en verpleging die op grond van de Wlz door het CAK of op grond van de Wmo bij u in rekening worden gebracht.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

De persoonlijke verzorging en verpleging vindt plaats in een hospice. Een hospice waar alleen laag-complexe zorg door vrijwilligers wordt verleend, wordt ook wel "bijna-thuis-huis" genoemd.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.13.8. Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden:

- a. 24-uurs verzorging als sprake is van een chronisch ziektegeval;
- b. thuisondersteuning na een opname, bijvoorbeeld een nanny-service, een hondenuitlaat-service of een hulp voor onvermijdelijke huishoudelijke werkzaamheden;
- c. kinderopvang bij opname.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Voor artikel D.13.8.a. en b. moet er sprake zijn van onoplosbare problemen bij u thuis waardoor ondersteuning door middel van professionele hulp nodig is.
- Voor artikel D.13.8.c. geldt:
 - De kinderopvang betreft uw kind(eren) in uw gezin tot ten hoogste de leeftijd van 14 jaar;
 - De verzorgende ouder is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg;
 - De verzorgende ouder heeft bij ons een aanvullende verzekering die recht geeft op deze vergoeding van kinderopvang;
 - De vergoeding begint op de dag na de opname van de verzorgende ouder;
 - De kinderopvang valt buiten de uren die u normaal al hebt geregeld, voordat sprake was van opname in een instelling voor medisch specialistische zorg.

Zorgverlener

Voor 24-uurs verzorging (a.) en voor zorgondersteuning (b.) wordt de zorg geleverd door een professionele organisatie.

De kinderopvang (c.) vindt plaats bij een geregistreerd kindercentrum of een geregistreerde gastouder.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is alleen nodig voor 24-uurs verzorging (a.) en voor zorgondersteuning (b.).

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.13.9. Vervallen

D.14. Buitenland spoedeisende zorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat de hieronder genoemde vormen van spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Spoedeisende zorg is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.

Wij vergoeden:

- a. de "boventarief" kosten.

In het buitenland bent u verzekerd voor de zelf-

de zorg (in inhoud en omvang) als waarvoor u in Nederland (of uw woonland) verzekerd bent. Uw zorgverzekering en uw aanvullende verzekering vergoeden de kosten volgens de Nederlandse tarieven.

Contact met de hulpdienst is verplicht. U moet contact opnemen met de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben.

De tarieven van de buitenlandse zorg kunnen echter afwijken van de Nederlandse tarieven.

Als de buitenlandse tarieven:

- o lager zijn dan de Nederlandse tarieven, vergoeden wij dit lagere buitenlandse tarief.
- o hoger zijn dan de vergoeding volgens Nederlandse tarieven, die u uit uw zorgverzekering of uw aanvullende verzekering krijgt, blijft er een bedrag over. Wij noemen dit bedrag het “boventarief”.

Wij vergoeden vanuit dit artikel dit “boventarief” (inclusief de vergoeding volgens de Nederlandse tarieven) tot maximaal het tarief dat op uw Vergoedingen Overzicht staat;

- b. mondzorg bij spoed door een tandarts;
- c. repatriëring (terugkeer) van de zieke verzekerde inclusief medische begeleiding door een bevoegde arts of verpleegkundige. Dit is het ziekenvervoer van uw tijdelijke verblijfplaats of plaats van uw ongeval, plotselinge ziekte of uw behandeling in het buitenland naar een instelling voor medisch specialistische zorg in Nederland, of als u daar niet woont, naar een instelling voor medisch specialistische zorg in uw woonland.

Contact met de hulpdienst is verplicht. U moet contact opnemen met de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben.

De repatriëring zelf moet medisch noodzakelijk zijn, omdat naar ons oordeel:

- o de juiste medische behandeling in het buitenland ter plaatse niet beschikbaar is of niet goed mogelijk is en in het woonland/Nederland wel;
- o behandeling in het buitenland ter plaatse medisch onverantwoord is;
- o behandeling in het buitenland ter plaatse veel duurder is dan behandeling in het woonland/Nederland.

- d. begeleiding door een aantal gezinsleden van een zieke verzekerde die op grond van voorgaand artikel c. gerepatriëerd wordt;

e. (vervallen);

f. vervoer van het stoffelijk overschot:

- 1. terug naar Nederland van de verzekerde die buiten Nederland is overleden en tot zijn

- overlijden in Nederland heeft gewoond, of;
- 2. terug naar het woonland van de verzekerde die buiten zijn woonland is overleden.

De vergoeding betreft kosten die rechtstreeks samenhangen met het vervoer van het stoffelijk overschot uit het land van overlijden terug naar Nederland of naar het woonland. Onder deze kosten vallen de kosten om het stoffelijk overschot te bewaren, te verzorgen en gereed te maken voor vervoer, kosten van het vervoer zelf en ook overheidskosten, zoals leges en rechten

Contact met de hulpdienst is verplicht. U moet contact opnemen met de hulpdienst waarmee wij een overeenkomst voor (bemiddeling voor) zorg in het buitenland hebben.;

- g. toezending van noodzakelijke medicijnen en/of hulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld de kosten van een koerier. Wij bedoelen niet de aanschafkosten van de middelen;
- h. kosten van (tele)communicatie met onze hulpdienst voor het verkrijgen van de noodzakelijke zorg;
- i. medisch advies door het Medisch Team van onze hulpdienst voorafgaande aan of tijdens uw tijdelijke verblijf in het buitenland.

Of uw aanvullende verzekering vergoeding voor deze zorg geeft, staat op uw Vergoedingen Overzicht. Als deze zorg vergoed wordt, dan is dat samen met de vergoeding uit de zorgverzekering tot een maximum dat ook op uw Vergoedingen Overzicht staat. Kijkt u daar welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden.

Let op!

- In de zorgverzekering is deze zorg al (gedeeltelijk) verzekerd. In artikel B.2.2. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent. Die zorg gaat vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de bijkomende kosten, kosten van douaneheffing en retourvracht van toegezonden medicijnen en/of hulpmiddelen.
- Wanneer u bijvoorbeeld met de gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht, vallen deze kosten niet onder de (aanvullende) verzekering. U kunt deze kosten wel verzekeren via een reisverzekering.
- Het terugbrengen van een overledene valt niet onder de zorgverzekering en ook lang niet altijd onder een aanvullende verzekering. Daarvoor is alleen in een paar heel uitgebreide aanvullende verzekeringen een vergoeding opgenomen. Een reisverzekering dekt deze kosten wel.

- Wij vergoeden alleen maar zorg in het buitenland als u daar tijdelijk verblijft. Bent u daar zonder onderbreking langer dan 365 dagen, dan gaan wij ervan uit dat u daar woont en dat u daar niet tijdelijk verblijft. De kosten van zorg die u maakt na de 365^e dag, komen dan niet meer voor vergoeding in aanmerking.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U krijgt de kosten niet of gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering of een afzonderlijk afgesloten (reis)verzekering;
- Uw verblijf is tijdelijk. Daarvan is sprake, als u maximaal 365 dagen aaneengesloten in het buitenland bent.
- Het bedrag dat u voor buitenlandse zorg declareert, mag niet hoger zijn dan gebruikelijk is in het land waar u tijdelijk verblijft;
- De zorg was niet te voorzien op het moment dat u naar het buitenland vertrok;
- Nadat wij de kosten hebben betaald, moet u meewerken aan de overdracht van de rechten op een andere (reis)verzekeraar;
- U moet geheel meewerken aan de zorgverlening en u houden aan de aanwijzingen van de ingeschakelde hulpdienst.

Zorgverlener

Een zorgverlener die gevestigd is in het buitenland waar u tijdelijk verblijft, verleent de zorg. Deze zorgverlener voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.14.2. Vervallen

D.15. Voetzorg

D.15.1. Algemene voetzorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden voetzorg (podologie en podotherapie).
Hoeveel wij vergoeden staat op het Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Vanuit dit artikel D.15.1. vergoeden wij niet:
 - steunzolen;
 - hulpmiddelen voetzorg;
 - behandelingen van patiënten bij reumatoïde artritis of ernstige bloedvatproblemen in de benen;
 - persoonlijke verzorging zoals het verwijderen van eelt om verzorgende redenen of algemene nagelverzorging.
- In de zorgverzekering kan deze zorg al gedeeltelijk en onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In artikel B.23. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent. Die zorg gaat vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een podotherapeut of podoloog voert de voetzorg uit.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.15.2. Voetzorg bij ernstige bloedvatproblemen en/of reumatoïde artritis

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden voetzorg ingeval van voetproblemen bij:

- reumatoïde artritis en/of;
- ernstige bloedvatproblemen in de benen.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Vanuit dit artikel D.15.2. vergoeden wij niet:
 - steunzolen;
 - hulpmiddelen voetzorg;
 - persoonlijke verzorging zoals het verwijderen van eelt om verzorgende redenen of algemene nagelverzorging.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

U lijdt aan reumatoïde artritis of ernstige bloedvatproblemen in de benen.

Zorgverlener

De zorg wordt uitgevoerd door een podotherapeut.

Als het gaat om voetzorg bij reumatoïde artritis mag de zorg ook worden uitgevoerd door:

- een pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als pedicure met de specialisatie Reumatische Voet (RV); of
- een medisch pedicure die in het Kwaliteitsregister Pedicure of in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als medisch pedicure; of
- een pedicure die in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverlener geregistreerd staat als medisch voetverzorgverlener; of
- een pedicure die in het Register Paramedische Voetzorg geregistreerd staat als paramedisch chiropodist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Kijk voor de beschrijving van “ongevallenzorg” in artikel C.12.
- De zorg kan bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een fysiotherapeut of een oefentherapeut met wie wij afspraken hebben gemaakt voor het leveren van ongevallenzorg. Deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunt u op onze website vinden.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie A.18.) is nodig. Hiervoor moet u uw ongeval binnen 3 maanden bij ons melden.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.15.3. Vervallen

D.16. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck

D.16.0. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck bij ongeval

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor fysiotherapie en/of oefentherapie, die nodig is voor herstel na een ongeval. Er moet sprake zijn van “ongevallenzorg” als bedoeld in artikel C.12. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Als u verzekerd bent voor artikel D.16.0. en artikel D.16.1. dan vergoeden we eerst volgens artikel D.16.0. en daarna volgens artikel D.16.1.

D.16.1. Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor (vergoeding van) fysiotherapie en/of oefentherapie.

Bij fysiotherapie en oefentherapie beschouwen wij een screening als één behandeling. Wordt een screening apart op uw Vergoedingen Overzicht vermeld, dan vergoeden wij die afzonderlijk en komt die niet in mindering op het aantal of het totaal vergoedingsbedrag voor behandelingen dat naast de screening wordt genoemd.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- In de zorgverzekering is fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf 18 jaar onder bepaalde voorwaarden verzekerd vanaf de 21^e behandeling. In artikel B.8.1. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent. De eerste 20 behandelingen of de behandelingen voor aandoeningen die niet onder de zorgverzekering vallen, kunnen uit dit artikel D.16.1. worden vergoed als u daarvoor verzekerd bent.
- Ook is in de zorgverzekering bekkenfysiotherapie, fysiotherapie bij artrose van het heup- of kniegewricht, loophtherapie bij etalagebenen, oefentherapie bij COPD en fysiotherapie en/of oefentherapie tot 18 jaar al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd. In artikelen B.8.2., B.8.3., B.8.4., B.8.5 en B.8.6.

kunt u lezen of u voldoet aan de voorwaarden om voor die zorg in aanmerking te komen en op uw Vergoedingen Overzicht kunt u lezen of daarvoor verzekerd bent. Die zorg gaat vóór op de vergoeding uit dit artikel D.16.1.

- Als het gaat om behandeling als gevolg van een ongeval en u bent verzekerd voor artikel D.16.0. en artikel D.16.1. dan vergoeden wij eerst volgens artikel D.16.0. en daarna volgens artikel D.16.1.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:
 - oedeemfysiotherapie/littekenbehandeling ten gevolge van cosmetische ingrepen;
 - littekenbehandeling na een naar ons onderdeel normaal wondherstel.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Zie de voorwaarden waaronder deze zorg wordt verleend in artikel B.8.3. onder “voorwaarden B.8.1., B.8.2. en B.8.3.”. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.
- Het genoemde aantal behandelingen is een maximum. In overleg met uw fysiotherapeut en/of oefentherapeut en eventueel uw verwijzer bepaalt u samen hoeveel behandelingen noodzakelijk zijn voor uw aandoening.

Zorgverlener

Als u verzekerd bent voor artikel D.16.0. en voor artikel D.16.1. dan wordt de zorg verleend door een fysiotherapeut of een oefentherapeut met wie wij afspraken hebben gemaakt voor het leveren van ongevallenzorg. Deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunt u op onze website vinden.

In andere gevallen wordt de zorg verleend door:

- een fysiotherapeut of een oefentherapeut die wordt genoemd in artikel B.8.1., B.8.2. en B.8.3.
- een psychosomatisch fysiotherapeut. Dat is een fysiotherapeut die als psychosomatisch fysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) en/of het (de) door ons aangewezen register(s);
- een psychosomatisch oefentherapeut. Dat is een oefentherapeut die als psychosomatisch oefentherapeut de status “kwaliteitsgeregistreerd” heeft in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor

artikel A.20.

D.16.2. Vervallen

D.16.3. Arbeidsfysiotherapie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor de intake voor die vorm van fysiotherapie die betrekking heeft op de werksituatie en onderdeel is van het Protocol Participatieve Werkaanpassing (PPAW):

- De intake bestaat uit een anamnese, taakanalyse en eventueel een bewegingsonderzoek;
- Het PPAW is een preventieprogramma dat in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeuten (NVBF) is opgesteld voor de aanpak van arbeidsgerelateerde klachten;
- Als onderdeel van de vergoeding voor de intake arbeidsfysiotherapie, wordt ook 1 behandeling fysiotherapie in mindering gebracht van het aantal behandelingen waarvoor u verzekerd bent vanuit uw aanvullende verzekering.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Zorg die niet als fysiotherapie kan worden beschouwd, vergoeden wij niet. Het gaat dan bijvoorbeeld om:
 - arbocuratieve zorg. Dit is zorg die zich richt op genezing en behandeling van arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen, zoals werkplekonderzoek.
 - 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 programma's die gericht zijn op verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend arbeidsfysiotherapeut of op uw werkplek.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een door ons erkende arbeidsfysiotherapeut. Een lijst met door ons erkende therapeuten kunt u vinden op onze web-

site of bij ons opvragen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.16.4. Meeneemservice fysiotherapie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Met uw aanvullende verzekering neemt u maximaal 9 niet-gebruikte behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie mee naar een volgend polisjaar.

Let op!

- De meegenomen behandelingen die niet zijn gebruikt, vervallen het jaar daarop.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Om gebruik te kunnen maken van meegenomen behandelingen moet u minstens 1 jaar aaneengesloten verzekerd zijn voor deze 'meeneemservice';
- De meegenomen behandelingen worden als eerste gebruikt. Daarna worden de behandelingen uit uw huidige aanvullende verzekering gebruikt;
- Als u aansluitend overstapt naar een andere aanvullende verzekering zonder 'Meeneemservice fysiotherapie' maar wel met vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie dan behoudt u nog 1 jaar de meegenomen behandelingen van het jaar daarvoor;
- Als u aansluitend overstapt naar een andere aanvullende verzekering zonder deze 'Meeneemservice fysiotherapie' en zonder vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie dan neemt u geen behandelingen mee naar een volgend polisjaar;
- Wijzigingen in aantal behandelingen fysio- en/of oefentherapie die door ons zijn doorgevoerd op uw aanvullende verzekering hebben geen invloed op uw meegenomen behandelingen.

Voorbeeld 1

U behoudt dezelfde aanvullende verzekering en u hebt fysiotherapie gehad:

- U bent vanaf 01-01-2021 verzekerd voor 9 behandelingen fysio- en/of oefentherapie met 'Meeneemservice fysiotherapie' van 1 jaar. U

hebt in 2021 5 behandelingen vergoed gekregen. U neemt dus in deze aanvullende verzekering 4 behandelingen mee naar 2022. Hierdoor bent u in 2022 verzekerd voor 13 behandelingen fysio- en/of oefentherapie;

- In 2022 zijn er 10 behandelingen nodig. De 4 meegenomen behandelingen uit 2021 worden als eerste vergoed. Daarna worden nog 6 behandelingen vergoed uit uw aanvullende verzekering van 2022;
- U neemt dus 3 behandelingen (9 minus 6) uit 2022 mee naar 2023. Als u dezelfde aanvullende verzekering behoudt, bent u per 2023 dus verzekerd voor 12 behandelingen fysio- en/of oefentherapie.

Voorbeeld 2

U behoudt dezelfde aanvullende verzekering en u hebt geen fysiotherapie gehad:

- U bent vanaf 01-01-2021 verzekerd voor 14 behandelingen fysio- en/of oefentherapie met 'Meeneemservice fysiotherapie' van 1 jaar. U hebt in 2021 geen fysiotherapie gehad. U neemt dus maximaal 9 behandelingen mee naar 2022. Hierdoor bent u in 2022 verzekerd voor 23 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie;
- Ook in 2022 hebt u ook geen fysiotherapie nodig. Omdat de meegenomen behandelingen uit 2021 vervallen, neemt u alleen het maximum aantal van 9 behandelingen uit 2022 mee naar 2023. Als u dezelfde aanvullende verzekering behoudt, bent u per 2023 dus verzekerd voor 23 behandelingen fysio- en/of oefentherapie.

Voorbeeld 3

U stapt over naar een andere aanvullende verzekering met vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie:

- U bent vanaf 01-01-2022 verzekerd voor 9 behandelingen fysio- en/of oefentherapie met 'Meeneemservice fysiotherapie' van 1 jaar. U hebt in 2022 5 behandelingen vergoed gekregen. U neemt dus in deze aanvullende verzekering 4 behandelingen mee naar 2023;
- Maar, per 01-01-2023 beëindigt u deze aanvullende verzekering en sluit u een andere aanvullende verzekering af waarin de 'Meeneemservice fysiotherapie' niet is opgenomen;
- In uw nieuwe aanvullende verzekering zijn 18 behandelingen fysio- en/of oefentherapie opgenomen. Omdat u nog 4 behandelingen over hebt uit 2022, bent u in 2023 verzekerd voor 22 behandelingen fysio- en/of oefentherapie.

Voorbeeld 4

U stapt over naar een andere aanvullende verze-

kering zonder vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie:

- U bent vanaf 01-01-2022 verzekerd voor 9 behandelingen fysio- en/of oefentherapie met 'Meeneemservice fysiotherapie' van 1 jaar. U hebt in 2022 5 behandelingen vergoed gekregen. U neemt dus in deze aanvullende verzekering 4 behandelingen mee naar 2023;
- Maar, per 01-01-2023 beëindigt u deze aanvullende verzekering en sluit u een andere aanvullende verzekering af waarin per 2023 geen vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie meer is opgenomen;
- U behoudt de 4 overgebleven behandelingen uit 2022 niet omdat u kiest voor een aanvullende verzekering zonder vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie. U voldoet niet aan de voorwaarden om de ongebruikte vergoeding van fysio- en/of oefentherapie mee te nemen.

Voorbeeld 5

Wij passen uw aanvullende verzekering aan:

- U bent vanaf 01-01-2022 verzekerd voor 9 behandelingen fysio- en/of oefentherapie met 'Meeneemservice fysiotherapie' van 1 jaar. U hebt in 2022 5 behandelingen vergoed gekregen. U neemt dus 4 behandelingen mee naar 2023;
- Per 01-01-2023 schrappen wij de vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie in uw aanvullende verzekering. Dit heeft geen invloed op de behandelingen die u uit 2022 meeneemt. U kunt in 2023 dus nog gebruik maken van de 4 overgenomen behandelingen uit 2022.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.16.5. Fysiotherapie meenemen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Met uw aanvullende verzekering neemt u maximaal 5 niet-gebruikte behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie mee naar een volgend polisjaar.

Let op!

- De meegenomen behandelingen die niet zijn gebruikt, vervallen het jaar daarop.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Om gebruik te kunnen maken van meegenomen behandelingen moet u dit polisjaar en volgend polisjaar een aanvullende verzekering hebben waarin fysiotherapie en/of oefentherapie is opgenomen;
- Behandelingen uit uw huidige aanvullende verzekering worden als eerste gebruikt. Daarna worden de meegenomen behandelingen uit het voorgaande jaar gebruikt;
- Als u aansluitend overstapt naar een andere aanvullende verzekering met vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie dan behoudt u nog 1 jaar de meegenomen behandelingen van het jaar daarvoor;
- Als u aansluitend overstapt naar een andere aanvullende verzekering zonder vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie dan neemt u geen behandelingen mee naar een volgend polisjaar;
- Wijzigingen in aantal behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie die door ons zijn doorgevoerd op uw aanvullende verzekering hebben geen invloed op uw meegenomen behandelingen.

Voorbeeld 1

U behoudt dezelfde aanvullende verzekering en u hebt fysiotherapie gehad:

- U bent vanaf 01-01-2021 verzekerd voor 9 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie. U hebt in 2021 5 behandelingen vergoed gekregen. U neemt dus in deze aanvullende verzekering 4 behandelingen mee naar 2022. Hierdoor bent u in 2022 verzekerd voor 13 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie;
- In 2022 zijn er 11 behandelingen nodig. Eerst worden de 9 behandelingen uit uw huidige aanvullende verzekering van 2022 vergoed. Daarna worden nog 2 van de 4 meegenomen behandelingen uit 2021 vergoed;
- De 2 overgebleven meegenomen behandelingen vervallen het jaar daarop. U neemt dus geen behandelingen uit 2022 mee naar 2023. Als u dezelfde aanvullende verzekering behoudt, bent u per 2023 dus verzekerd voor 9 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie.

Voorbeeld 2

U behoudt dezelfde aanvullende verzekering en u hebt geen fysiotherapie gehad:

- U bent vanaf 01-01-2021 verzekerd voor 14 behandelingen fysio- en/of oefentherapie. U hebt in 2021 geen fysiotherapie gehad. U

neemt dus maximaal 5 behandelingen mee naar 2022. Hierdoor bent u in 2022 verzekerd voor 19 behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie;

- Ook in 2022 hebt u geen fysiotherapie nodig. Omdat de meegenomen behandelingen uit 2021 vervallen, neemt u alleen het maximum aantal van 5 behandelingen uit 2022 mee naar 2023. Als u dezelfde aanvullende verzekering behoudt, bent u per 2023 dus verzekerd voor 19 behandelingen fysio- en/of oefentherapie.

Voorbeeld 3

U stapt over naar een andere aanvullende verzekering met vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie:

- U bent vanaf 01-01-2021 verzekerd voor 9 behandelingen fysio- en/of oefentherapie. U hebt in 2021 5 behandelingen vergoed gekregen. U neemt dus in deze aanvullende verzekering 4 behandelingen mee naar 2022;
- Maar, per 01-01-2022 beëindigt u deze aanvullende verzekering en sluit u een andere aanvullende verzekering af waarin ook vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie is opgenomen;
- In uw nieuwe aanvullende verzekering zijn 21 behandelingen fysio- en/of oefentherapie opgenomen. Omdat u nog 4 behandelingen over hebt uit 2021, bent u in 2022 verzekerd voor 25 behandelingen fysio- en/of oefentherapie.

Voorbeeld 4

U stapt over naar een andere aanvullende verzekering zonder vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie:

- U bent vanaf 01-01-2021 verzekerd voor 9 behandelingen fysio- en/of oefentherapie. U hebt in 2021 5 behandelingen vergoed gekregen. U neemt dus in deze aanvullende verzekering 4 behandelingen mee naar 2022;
- Maar, per 01-01-2022 beëindigt u deze aanvullende verzekering en sluit u een andere aanvullende verzekering af waarin per 2022 geen vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie meer is opgenomen;
- U behoudt de 4 overgebleven behandelingen uit 2022 niet omdat u kiest voor een aanvullende verzekering zonder vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie. U voldoet niet aan de voorwaarden om de ongebruikte vergoeding van fysio- en/of oefentherapie mee te nemen.

Voorbeeld 5

Wij passen uw aanvullende verzekering aan:

- U bent vanaf 01-01-2021 verzekerd voor 9 behandelingen fysio- en/of oefentherapie. U hebt in 2021 5 behandelingen vergoed gekregen. U neemt dus 4 behandelingen mee naar

2022;

- Per 01-01-2022 schrappen wij de vergoeding voor fysio- en/of oefentherapie in uw aanvullende verzekering. Dit heeft geen invloed op de behandelingen die u uit 2021 meeneemt. U kunt in 2022 dus nog gebruik maken van de 4 overgenomen behandelingen uit 2022.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.16.6. Hydrotherapie voor baby's

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor hydrotherapie voor baby's tot 1 jaar.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij hierover afspraken hebben gemaakt. U kunt deze zorgverlener(s) vinden op onze website.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.17. Ergotherapie

D.17.1. Ergotherapie tot 18 jaar

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Bovenop de vergoeding uit de zorgverzekering bent u verzekerd voor ergotherapie als u jonger bent dan 18 jaar.

Hebt u recht uit de zorgverzekering (zie artikel B.9.) dan gaat die zorg vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel B.9.

D.17.2. Begeleiding mantelzorgers bij ergotherapie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden instructie aan en begeleiding van mantelzorgers van verzekerden die ergotherapie krijgen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel B.9. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Degene die ergotherapie ontvangt, is voor deze ergotherapie bij ons verzekerd vanuit de zorgverzekering of de aanvullende verzekering;
- Degene die de kosten maakt (de mantelzorger) ten behoeve van onze verzekerde hoeft niet bij ons verzekerd te zijn;
- Als de mantelzorger én degene die ergotherapie krijgt, beiden een aanvullende verzekering hebben die recht geeft op deze mantelzorgvergoeding, worden de kosten eerst vergoed uit de aanvullende verzekering van degene die de ergotherapie ontvangt en daarna uit de aanvullende verzekering van de mantelzorger.

D.18. Diëtetiek

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor diëtetiek, bovenop de vergoeding uit de zorgverzekering. Zie artikel B.11. De zorg uit de zorgverzekering gaat vóór op de vergoeding uit deze aanvullende verzekering. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De zorg omvat niet (ook al worden deze door de diëtist voorgeschreven):
 - voedingsmiddelen;
 - dieetpreparaten (zie hiervoor artikel B.16.)
 - diëtetiek als die niet met een geneeskundig doel is gegeven, zoals bijvoorbeeld dieet-/voedingsadviezen in verband met afvallen of sport.
- U hebt voor dezelfde indicatie zonder dat er sprake is van een aanvullende zorgvraag niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek of voedingsadvies (zie artikel D.2.7.) in combinatie met het zorgprogramma Gecombineerde Leefstijl Interventie (zie artikel B.3.4.).
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel B.11.

D.19. Zorg voor de bevalling

D.19.1. Prenatale screening

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden een medisch niet noodzakelijke prenatale screening (= combinatietest). Deze bestaat uit de NT-meting (ook wel nekplooiemeting genoemd) en de serumtest (bloedonderzoek). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- In de zorgverzekering is deze zorg al onder bepaalde voorwaarden verzekerd. In artikel B.5.3. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

De combinatietest is medisch niet noodzakelijk, maar vindt plaats op uw verzoek;

Zorgverlener

De combinatietest wordt uitgevoerd door een medisch specialist, huisarts, verloskundige of echoscopist die een vergunning heeft op basis van de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo) of door

een van genoemde zorgverleners die een samenwerkingsafpraak met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening met een vergunning op basis van de Wbo.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.19.2. Bevallingscursus

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden voor de zwangere verzekerde gezondheids cursussen als voorbereiding op de bevalling.

De cursus start tijdens de zwangerschap en eindigt uiterlijk 6 maanden na de bevalling.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- U hebt geen recht op vergoeding van beweegprogramma's. Die vallen onder artikel D.22.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U overhandigt ons na afloop van de bevallingscursus een bewijs van deelname;
- Voor het bepalen van de vergoeding geldt de ingangsdatum van de bevallingscursus.

Zorgverlener

- De bevallingscursus wordt gegeven door een zorgverlener die is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel voor het beroepsmatig respectievelijk bedrijfsmatig aanbieden en geven van bevallingscursussen.
- De zorgverlener heeft statuten en maakt gebruik van een website waaruit blijkt dat de aangeboden cursussen zich richten op de voorbereiding van de bevalling.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.20. Zorg tijdens de bevalling

D.20.1. Bevalling eigen bijdrage

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten die hoger zijn dan de wettelijke maximum vergoeding voor een poliklinische bevalling zonder medische indicatie in:

- een instelling voor medisch specialistische zorg of
- een geboortecentrum waarmee wij een overeenkomst hebben.

Hoeveel wij vergoeden en hoe hoog het maximum bedrag is, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- In de zorgverzekering is de verloskundige zorg al (gedeeltelijk) verzekerd. In artikel B.6. kunt u lezen welke zorg dat is.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel B.6. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U (degene die is bevallen) krijgt de zorg gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering.

Zorgverlener

Een verloskundige of huisarts begeleidt de poliklinische bevalling zonder medische indicatie of de bevalling in het geboortecentrum waarmee wij een overeenkomst hebben.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.20.2. TENS

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij verstrekken in bruikleen een Transcutane Electro Neuro Stimulatie (TENS) voor pijnbestrijding tijdens de bevalling.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- U hebt geen recht op vergoeding van kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel (zoals energieverbruik en accu's of batterijen) en van

elektrodes.

- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel B.17.4. en B.17.5. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U (degene die is bevallen) bent bij ons verzekerd.

Zorgverlener

U bent vrij in de keuze van een leverancier.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig.

D.21. Zorg na de bevalling

D.21.1. Lactatiekundige zorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden lactatiekundige zorg. Dit omvat advisering, voorlichting en praktische ondersteuning tijdens de periode waarin borstvoeding wordt gegeven. Deze zorg kan ook via telefonische en digitale consulten worden verleend.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- U hebt geen recht op vergoeding van reiskosten en hulpmiddelen.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

U (degene die is bevallen) bent bij ons verzekerd.

Zorgverlener

De lactatiekundige:

- is lid van een beroepsgroep van lactatiekundigen; en
- maakt gebruik van het Verwijzingsprotocol Lactatiekundige.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.21.2. Kraamzorg wettelijke eigen bijdrage

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg. Zie artikel B.7. voor kraamzorg.

Hoeveel wij vergoeden en hoe hoog het maximumbedrag is, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage niet voor:
 - kraamzorg over een groter aantal opnamedagen of een groter aantal dagen en/of uren kraamzorg dan waarop u volgens de zorgverzekering recht hebt;
 - kraamzorg voor de dagen, waarvoor u een kraamzorguitkering uit uw aanvullende verzekering ontvangt.
- In de zorgverzekering is zorg na de bevalling al (gedeeltelijk) verzekerd. In artikel B.7. kunt u lezen welke zorg dat is.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel B.7. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

U krijgt de kraamzorg gedeeltelijk vergoed uit de zorgverzekering.

D.21.3. Kraamzorguitkering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor een kraamzorguitkering in plaats van vergoeding voor (de wettelijke eigen bijdrage voor) kraamzorg. Zie artikel B.7. voor kraamzorg.

Bij de berekening van de hoogte van de kraamzorguitkering:

- beschouwen wij de dag dat u (niet-poliklinisch) in een instelling voor medisch specialistische zorg bevalt als verpleegdag. U hebt voor die dag geen recht op een kraamzorguitkering. Bevalt u poliklinisch en wordt daarvoor slechts 1 verpleegdag in rekening gebracht, dan beschouwen wij deze dag niet als verpleegdag. U hebt voor die dag wel recht op een kraamzorguitkering;

- is de hoogte van de kraamzorguitkering niet afhankelijk van het aantal geboren kinderen;
- beschouwen wij de laatste dag die het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor u in rekening brengt niet als verpleegdag als u ontslagen bent voor 18:00 uur. U hebt voor die dag recht op een kraamzorguitkering.

De hoogte van de kraamzorguitkering staat vermeld op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij geven geen kraamzorguitkering:
 - voor de dagen waarop u kraamzorg ontvangt of waarvoor u een vergoeding van kraamzorg en/of wettelijke eigen bijdragen voor kraamzorg ontvangt;
 - voor de dagen die een instelling voor medisch specialistische zorg voor een opname bij ons in rekening brengt;
 - voor meer opnamedagen of voor meer dagen kraamzorg dan waarop u uit uw zorgverzekering of aanvullende verzekering recht hebt.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel B.7.

D.21.4. Kraamzorg extra

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden extra kraamzorg bovenop het aantal uren kraamzorg waarop u recht hebt uit uw zorgverzekering. Zie artikel B.7. voor kraamzorg. Op uw Vergoedingen Overzicht staat hoeveel extra kraamzorg wij vergoeden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- In de zorgverzekering is zorg na de bevalling al (gedeeltelijk) verzekerd. In artikel B.7. kunt u lezen welke zorg dat is.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U (degene die is bevallen) bent bij ons verzekerd;
- U (degene die is bevallen) of uw geboren kind(eren) vertoont/vertonen ernstige medi-

sche problemen die verband houden met de bevalling;

- De aanvullende kraamzorg volgt direct op de kraamzorg uit de zorgverzekering.

Zorgverlener

De kraamzorg is geïndiceerd op basis van het landelijk indicatie protocol (LIP) en wordt verleend door:

- een instelling die kraamzorg verleent; of
- een zelfstandig werkzame kraamverzorgende.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.21.5. Couveuse nazorg

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden couveuse nazorg.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet (de kosten voor) couveuse nazorg voor de dagen die wij onder de zorgverzekering voor kraamzorg of ter vervanging daarvan voor verpleegdagen vergoeden.
- In de zorgverzekering is zorg na de bevalling al (gedeeltelijk) verzekerd. In hoofdstuk B.7. kunt u lezen welke zorg dat is.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U (degene die is bevallen) bent bij ons verzekerd voor couveuse nazorg; en
- Uw kind(eren) heeft/hebben ten minste 5 dagen aansluitend op de geboorte in de couveuse gelegen; en/of
- Uw kind(eren) heeft/hebben op medische indicatie ten minste 8 dagen aansluitend op de geboorte in een instelling voor medisch specialistische zorg gelegen.

Zorgverlener

De kraamzorg is geïndiceerd op basis van het landelijk indicatie protocol (LIP) en wordt verleend door:

- een instelling die kraamzorg verleent; of
- een zelfstandig werkzame kraamverzorgende.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.21.6. Kraamzorg na ziekenhuisopname

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden kraamzorg nadat u (degene die is bevallen) en uw kind(eren) uit het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) zijn ontslagen. Zie artikel B.7. voor kraamzorg. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de kosten voor kraamzorg of ter vervanging daarvan op de dagen waarop wij uit de zorgverzekering verpleegdagen vergoeden.
- In de zorgverzekering is zorg na de bevalling al (gedeeltelijk) verzekerd. In artikel B.7. kunt u lezen welke zorg dat is.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- De opname van u (degene die is bevallen) en kind(eren) in een instelling voor medisch specialistische zorg is gebaseerd op een medische indicatie van u (degene die is bevallen).
- U (degene die is bevallen) hebt minimaal 14 dagen aansluitend op de bevalling in het ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) gelegen.

Zorgverlener

De kraamzorg is geïndiceerd op basis van het landelijk indicatie protocol (LIP) en wordt verleend door:

- een instelling die kraamzorg verleent; of
- een zelfstandig werkzame kraamverzorgende.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.21.7. Vervallen

D.21.8. Kraamzorg bij adoptie

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor vergoeding van kosten voor kraamzorg inclusief instructie. Zie artikel B.7. voor kraamzorg.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel B.7. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- Het gaat om adoptie van een kind door één of meer personen die bij ons een aanvullende verzekering hebben afgesloten;
- Het te adopteren kind schrijft u bij ons in als verzekerde;
- Het adoptiekind is op het moment van adoptie ten hoogste 6 maanden oud;
- Ten minste 4 maanden voor de vermoedelijke adoptiedatum meldt u de adoptie. Neemt u daarvoor telefonisch contact met ons met onze afdeling Klant Contact Centrum.

Zorgverlener

De kraamzorg is geïndiceerd op basis van het landelijk indicatie protocol (LIP) en wordt verleend door:

- een instelling die kraamzorg verleent; of
- een zelfstandig werkzame kraamverzorgende.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is minstens 4 maanden voor de vermoedelijke adoptiedatum nodig. Neemt u daarvoor telefonisch contact met ons op of kijk op onze website.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.22. Beweegprogramma

D.22.1. Beweegprogramma algemeen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden beweegprogramma's die in het algemeen gericht zijn op het voorkomen van ziekten en/of behoud en bevorderen van uw gezond-

heid.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:
 - sportmassage;
 - arbeids- en/of bezigheidstherapie.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

U overhandigt ons na afloop van het beweegprogramma een bewijs van deelname;

Zorgverlener

Het beweegprogramma wordt gegeven door:

- een thuiszorgorganisatie;
- een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD);
- een landelijke of regionale patiëntenvereniging. Voor diabetespatiënten moet deze patiëntenvereniging de gezondheidsbelangen van diabetespatiënten behartigen.
- (een polikliniek van) een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg);
- een fysiotherapeut of oefentherapeut met wie wij afspraken hebben gemaakt over het genoemde beweegprogramma;
- een zorggroep met wie wij afspraken hebben gemaakt over het genoemde beweegprogramma. Het gaat hierbij om een organisatie die verantwoordelijk is voor (keten)zorg voor chronisch zieken, zoals met bijvoorbeeld de indicatie COPD of Diabetes Mellitus.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.22.2. Beweegprogramma bij bepaalde aandoeningen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden het beweegprogramma dat gecertificeerd is door het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF) of het Keurmerk Fysiotherapie als sprake is van één van deze aandoeningen:

- artrose in heup en/of knie;
- COPD;
- diabetes mellitus type 2;
- coronaire hartziekten;

- osteoporose;
 - oncologie;
 - overgewicht en obesitas bij kinderen.
- Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Het beweegprogramma is gericht op motivatie en coaching zodat u hierna op verantwoorde wijze zelfstandig kunt blijven bewegen; en
- De vergoeding vindt plaats na afloop van het beweegprogramma; en
- Voor het bepalen van de vergoeding geldt de ingangsdatum van het beweegprogramma.

Zorgverlener

Het beweegprogramma wordt gegeven door een fysiotherapeut die is opgeleid om dit programma te geven en met wie wij afspraken hebben gemaakt over het beweegprogramma.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.23. Wmo - Wlz / huishoudelijke ondersteuning

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

U bent verzekerd voor vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage die geïnd wordt via het CAK met betrekking tot:

- a. de Wlz-aanspraak op thuisverpleging, begeleiding en/of persoonlijke verzorging;
- b. de Wmo-aanspraak op huishoudelijke ondersteuning;
- c. de Wmo.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de (wettelijke) eigen bijdrage voor zorg met verblijf.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Indicaties zijn gesteld door:
 - het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor een Zorgzwaartepakket (ZZP), dat is omgezet in extramurale functies en klassen volgens de Wlz;
 - de gemeente voor de functie huishoudelijke ondersteuning ingevolge de Wmo.
- Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) heeft u een wettelijke eigen bijdrage opgelegd.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

D.24. Mantelzorg

D.24.1. Mantelzorgcursus

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden een cursus voor een mantelzorgger. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet:
 - arbeidstherapie en/of bezigheidstherapie;
 - beweegprogramma's; die vallen onder artikel D.22. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u daarvoor verzekerd bent.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Voor het bepalen van de vergoeding geldt de ingangsdatum van de mantelzorgcursus;
- De mantelzorgger of de ontvanger van de mantelzorg heeft een aanvullende verzekering die recht geeft op vergoeding;
- Als de mantelzorgger én degene die mantelzorg ontvangt, beiden een aanvullende verzekering hebben die recht geeft op vergoeding van mantelzorgcursussen, wordt de mantelzorgcursus eerst vergoed uit de aanvullende verzekering van degene die mantelzorg ontvangt en pas daarna uit de aanvullende verzekering van de mantelzorgger.

Zorgverlener

De mantelzorgcursus wordt gegeven door:

- een thuiszorgorganisatie;
- een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD);

- een landelijke of regionale patiëntenvereniging;
- de vereniging mantelzorgNL.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.24.2. Mantelzorgvervang

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden tijdelijke mantelzorgvervang voor:

- a. u als mantelzorgger;
- b. u als mantelzorgger en/of de ontvanger van de mantelzorg.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Voor het bepalen van de vergoeding geldt de ingangsdatum van de mantelzorgvervang;
- Als u de mantelzorg ontvangt, bent u daarop aangewezen, omdat u vanwege uw langdurige (chronische) ziekte, aandoening en/of verslechterde gezondheidstoestand zonder deze zorg niet zelfstandig thuis kan functioneren;
- De mantelzorgger kan voor een periode van één of enkele weken deze mantelzorg door omstandigheden niet verlenen. Onder deze omstandigheden verstaan wij verlof, vakantie of opname voor een planbare operatie van de mantelzorgger;
- De mantelzorgvervang wordt minimaal voor één dagdeel (minstens 4 aaneengesloten uren) ingezet;
- Voor D.24.2.a.: u (de mantelzorgger) moet bij ons verzekerd zijn voor de mantelzorgvervang; de vergoeding geldt voor u, niet voor de ontvanger van de mantelzorg;
- Voor D.24.2.b.: u (de mantelzorgger) of de ontvanger van de mantelzorg moet bij ons verzekerd zijn voor de mantelzorgvervang; als u allebei verzekerd bent voor mantelzorgvervang wordt mantelzorgvervang eerst vergoed uit de aanvullende verzekering van de

ontvanger van de mantelzorg en pas daarna uit de aanvullende verzekering van de mantelzorger.

Zorgverlener

De mantelzorgvervanging wordt georganiseerd en/of verleend door een door ons erkende of gecontracteerde landelijk werkende organisatie. Deze organisatie kunt u op onze website vinden en kunt u ook bij ons opvragen.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.24.3. Mantelzorgmakelaar

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden voor u als mantelzorger de inzet van een (externe) mantelzorgmakelaar. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Om de mantelzorgmakelaar te regelen neemt u contact op met ons Zorgteam. Zij beoordelen in een adviesgesprek of u voor vergoeding in aanmerking komt;
- U (de mantelzorger) moet bij ons verzekerd zijn voor de mantelzorgmakelaar; de vergoeding geldt voor u, niet voor de ontvanger van de mantelzorg;
- Er kan één mantelzorger per zorgvrager (zorgsituatie) aanspraak maken op een mantelzorgmakelaar.

Zorgverlener

Ons Zorgteam schakelt voor u een (externe) mantelzorgmakelaar in.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Nationale-Nederlanden Zorg

Postadressen

Algemeen adres

Nationale-Nederlanden
Postbus 4016, 5004 JA Tilburg

Adres voor het insturen van uw nota's:

Nationale-Nederlanden
Postbus 370, 5000 AJ Tilburg

Adres voor het insturen van klachten:

Nationale-Nederlanden klachten zorgverzekering
Postbus 4016, 5004 JA Tilburg

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

(hieronder valt ook de Ombudsman Zorgverzekeringen),
Postbus 291, 3700 AG Zeist

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

Zorginstituut Nederland

Postbus 320, 1110 AH Diemen

Functionaris voor de Gegevensbescherming

Per brief aan:
CZ Klantenservice
Postbus 90152
5000 LD Tilburg

Telefoonnummers

Geboortezorgadvies: 013 593 82 25

Nationale-Nederlanden Hulpdienst (voor problemen in het buitenland):
+ 31-20-594 80 70

Hulpmiddelenlijn: 013 593 82 25

Wachtlijstbemiddeling: 013 593 82 25

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen: 088 900 69 00

Internet en e-mailadressen

Kijk voor meer informatie in uw persoonlijke online polismap op www.nn.nl
Kijk voor gecontracteerde zorgverleners op: www.nn.nl/zorgvergelijker
Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering: www.skgz.nl

Rechtspersoon en inschrijving KvK Zorgverzekeringen:

Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. KvK 27118912

Onderlinge Waarborgmaatschappij CZ groep U.A. KvK 18028752

