

OZF.
Uw zorgverzekeraar.



Polisvoorwaarden
Voorwaarden, aanspraken
en vergoedingen 2019

Basisverzekering, Aanvullende verzekeringen &
Tandheelkundige verzekeringen

2



Dit zijn de voorwaarden van uw basisverzekering en de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen

De basisverzekering heet bij ons de OZF Zorgpolis. Dit is een natura-polis. Dit betekent dat u meestal recht heeft op zorg in natura. Maar u heeft in sommige gevallen ook recht op vergoeding van de kosten van zorg (restitutievergoeding). Bij een niet-gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). De basisverzekering kunt u uitbreiden met 1 of meerdere aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen: AV Compact, AV Royaal, Tand Compact en Tand Royaal. U vindt de informatiedocumenten over uw zorgverzekeringen via ozf.nl/informatiedocument.

De overheid bepaalt de inhoud van de basisverzekering

De overheid stelt de voorwaarden van de basisverzekering vast. Deze worden vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en de daarbij behorende regelgeving. Elke zorgverzekeraar moet zich hieraan houden.

Hoe vindt u de vergoeding die u zoekt?

Wij kunnen uw zorg vergoeden uit de basisverzekering en/of uit uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en). Kijkt u eerst of wij de zorg vergoeden vanuit de basisverzekering: U vindt de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis op bladzijde 21 tot en met 44. De inhoudsopgave staat op bladzijde 20. Is er vanuit de basisverzekering geen (of slechts gedeeltelijke) vergoeding mogelijk? Kijkt u dan of wij de zorg vergoeden vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en): U vindt de Vergoedingen aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op bladzijde 51 tot en met 70. De inhoudsopgave staat op bladzijde 49 en 50.

Let op! Het kan dus ook zo zijn dat wij zorg uit zowel de basisverzekering als uit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering vergoeden. U moet dan op meerdere plaatsen in deze voorwaarden zoeken om onze totale vergoeding te bepalen.

Toestemming nodig?

Bij een aantal vergoedingen staat dat wij u vooraf toestemming moeten geven. U kunt deze toestemming per post of e-mail bij ons aanvragen. Op onze website ozf.nl vindt u meer informatie over het aanvragen van toestemming. Hier vindt u ook de aanvraagformulieren.

Voordelen van gecontracteerde zorg

Wij hebben met een groot aantal zorgverleners en zorginstellingen contracten afgesloten. De gecontracteerde zorgverlener stuurt de nota direct naar ons. U merkt hier dus niets van. De nota wordt volledig vergoed als u daar volgens de polisvoorwaarden recht op heeft. Uitzondering hierop is het (verplicht en/of vrijwillig) eigen risico en de (wettelijke) eigen bijdragen. Dat deel vorderen we bij u terug.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wilt u zorg van een zorgverlener of zorginstelling met wie of waarmee wij geen contract hebben afgesloten? En voldoet deze zorg aan de polisvoorwaarden? Dan heeft u recht op een vergoeding van 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Als dat het geval is staat dit bij de vergoeding vermeld.

Let op! Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij soms alleen door ons gecontracteerde zorg. Als dat het geval is staat dit bij de vergoeding vermeld.

Wilt u weten met welke zorgverleners en zorginstellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Op ozf.nl vindt u een compleet overzicht

U vindt er de gecontracteerde zorgverleners, onze vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners, de polisvoorwaarden en brochures.

Maar ook declaratieformulieren, het Reglement Hulpmiddelen, het Reglement Farmaceutische Zorg, het Reglement PGB verpleging en verzorging en overige informatie over onze verzekeringen.

Verplicht eigen risico

De basisverzekering heeft voor iedereen van 18 jaar of ouder een verplicht eigen risico. De overheid stelt de hoogte van het verplicht eigen risico vast. Voor 2019 is dat € 385.

U betaalt geen verplicht eigen risico voor:

- Zorg die wij vergoeden vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en).
- Kosten van zorg of overige diensten die in 2019 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota pas na 31 december 2020 ontvangen.
- Zorg van een huisarts (uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek, dat ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht).
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent.
- Zorg voor kinderen tot 18 jaar.
- De directe kosten voor kraamzorg en verloskundige zorg (uitzondering hierop zijn geneesmiddelen, bloeddrukonderzoeken, vlokentesten of ziekenvervoer).
- Ketenzorg.
- Nacontroles van de donor.
- De kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering.
- De kosten van verpleging en verzorging door verpleegkundigen in de eigen omgeving.

In artikel 6 van de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis leest u meer over het verplicht eigen risico.

Vrijwillig eigen risico

Naast het verplicht eigen risico kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Dit betekent dat u uw eigen risico kunt verhogen met € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. Uw premie voor de basisverzekering wordt hierdoor lager. Waarvoor betaalt u geen vrijwillig eigen risico? Dat geldt, met uitzondering van wat er bij de 2^e bullet staat, ook voor de zorg die puntsgewijs hierboven vermeld staat bij verplicht eigen risico. In artikel 7 van de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis leest u meer over het vrijwillig eigen risico.

Wat vindt u waar?

Deze polisvoorwaarden zijn als volgt ingedeeld:

	<i>Bladzijde</i>
Inhoudsopgave Algemene voorwaarden OZF Zorgpolis	4
Algemene voorwaarden OZF Zorgpolis	5
Begripsomschrijvingen	16
Inhoudsopgave Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis	20
Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis	21
Inhoudsopgave Algemene voorwaarden aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen	45
Algemene voorwaarden aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen	46
Begripsomschrijvingen aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen	48
Inhoudsopgave Vergoedingen aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal	49
Inhoudsopgave Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen Tand Compact en Tand Royaal	50
Vergoedingen aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal	51
Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen Tand Compact en Tand Royaal	69
Service bij een zorgverzekering van OZF	71

Inhoudsopgave Algemene voorwaarden OZF Zorgpolis

Artikel		Bladzijde
1	Waarop is de basisverzekering gebaseerd?	5
2	Wat verzekert de basisverzekering (aanspraken en vergoedingen) en voor wie is deze bedoeld?	5
3	Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?	5
4	Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener of zorginstelling kunt u gaan?	6
5	Wat zijn uw verplichtingen?	7
6	Wat is uw verplicht eigen risico?	8
7	Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?	9
8	Wat betaalt u?	10
9	Wat gebeurt er als u de premie niet op tijd betaalt?	10
10	Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?	11
11	Wat als uw premie en/of voorwaarden veranderen?	12
12	Wanneer gaat uw basisverzekering in?	12
13	Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?	12
14	Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?	13
15	Is er sprake van een medische noodsituatie buiten het woonland?	13
16	Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling	13
17	Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?	13
18	Heeft u een klacht?	14
19	Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?	14
20	Wat zijn de gevolgen van fraude?	15

Algemene voorwaarden

OZF Zorgpolis

Artikel 1 Waarop is de basisverzekering gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- De Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen.
- Het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen.
- De Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen.
- Het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw aanspraak op zorg en/of recht op vergoeding van kosten van zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/Hoofdstuk2/1/11/Artikel22/>.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

Artikel 2 Wat verzekert de basisverzekering (aanspraken en vergoedingen) en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg

De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- Verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn.
- Verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

Onder Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering. Hier leest u bij elke vorm van zorg of u recht heeft op de zorg zelf, of op (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich voor de basisverzekering aan bij ons, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan?

Dan sturen wij u een polisblad. De verzekeringsovereenkomst is hierop vastgelegd. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Uw zorgpas, of eventueel het polisblad, toont u aan de zorgverlener als u zorg nodig heeft. Daarna bestaat aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg volgens deze wet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Welke aanspraak op zorg en/of welk recht op vergoeding van kosten van zorg u heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

2.5 Couulance

In bijzondere gevallen en voor zover dit niet in strijd is met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling Zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, kunnen wij aan u een tegemoetkoming geven waar de polis geen (volledige) vergoeding kent. Aan een couulancebetaling kunnen geen rechten worden ontleend.

Artikel 3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van 1 van de volgende situaties in Nederland:

- Een gewapend conflict.
- Een burgeroorlog.
- Een opstand.
- Binnenlandse onlusten.
- Oproer en munitie.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van:

- Keuringen.
- Grieprikken.
- Behandeling tegen snurken (uvuloplastiek).
- Behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose.
- Behandelingen met sterilisatie als doel.
- Behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken.
- Behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.
- Het afgeven van doktersverklaringen.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan expliciet staan dat wij deze wel vergoeden.

3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt

U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg als u:

- Zorgafspraken niet nakomt.
 - Hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt.
- Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

3.4 Laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

U heeft aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige of medisch specialist.

U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een zorgverlener die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.

3.5 Kosten van behandeling die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet zelf zorg verlenen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de 1^e of 2^e graad u zorg verleent? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Dat doen wij alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de behandeling uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

Let op! Deze voorwaarde geldt niet voor zorg welke via een Zvw-pgb wordt verstrekt.

3.6 Aanspraken of vergoedingen die voortvloeien uit terrorisme

3.6.1 Behoeftte aan zorg na 1 of meer terroristische handelingen

Is de behoefte aan zorg het gevolg van 1 of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat u recht heeft op vergoeding van een deel van de kosten van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van 1 of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op zorg of de vergoeding van de kosten tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

3.6.2 Exacte definities en bepalingen

De exacte definities en bepalingen bij de hiervoor genoemde aanspraak staan in het clauseblad terrorismedekking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op terrorisneverzekerd.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

3.6.3 Mogelijkheid aanvullende betaling na een terroristische handeling

Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

3.7 Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of andere wettelijke voorschriften

U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet (Jw), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. Verschillen u en wij

hierover van mening? Dan hebben wij het recht om met alle betrokken partijen (CIZ, gemeente, mantelzorg, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening aanspraak op en/of recht op vergoeding van kosten van zorg bestaat. Als uit het overleg volgt dat het recht op zorg aangewezen is op grond van een andere wet of voorziening dan de zorgverzekeringswet, dan is er geen aanspraak op deze zorg ten laste van uw basisverzekering.

Artikel 4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener of zorginstelling kunt u gaan?

4.1 Met deze basisverzekering heeft u aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg

Wij vergoeden het deel van deze kosten dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener of zorginstelling die u kiest. U kunt kiezen uit:

- Zorgverleners of zorginstellingen die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen).
- Zorgverleners of zorginstellingen met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener of zorginstelling in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener of zorginstelling declareert de kosten rechtstreeks bij ons.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC), dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of de ZBC verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een ZBC alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners en zorginstellingen wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of ZBC's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Omzetplafonds

- Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners. Dit houdt in dat zorgverleners in een bepaald kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
- Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U moet met een dergelijk verzoek van ons instemmen, of u wacht tot het nieuwe kalenderjaar.
- Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgzoeker te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat de gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2019 in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners worden geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2019 misschien een beperkter keuze-aanbod heeft als op 1 januari 2019. Houdt u hier rekening mee.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen

4.3.1 Wilt u zorg van een zorgverlener of zorginstelling met wie of waarmee wij geen contract hebben afgesloten?

Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding. Als dat zo is, vindt u dat in de polisvoorwaarden onder Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis bij de gewenste zorgsoort. Wij vergoeden maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het gemiddelde van alle contracten of van het basistarief of standaardtarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

4.3.2 Voor deze zorg kunt u ook bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen terecht

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit artikel 4.3.1 niet. Het gaat om:

- Spoedeisende zorg.
- Verloskunde.
- Kaakchirurgie.
- Behandelingen waarvoor u door uw behandelend specialist naar een andere zorginstelling bent verwezen (tertiaire verwijzing).
- Zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen.
- Vervolgbehandelingen op de behandelingen beschreven bij de 1^e 4 bullets, als deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen in Nederland. De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie hiervoor artikel 3 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het Wmg-tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

Let op! Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis wij afspraken hebben gemaakt. Gebruik hiervoor de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u mogelijk een deel van de nota zelf moet betalen.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Wij innen dit via de betaalwijze zoals met u is afgesproken.

4.5 Als u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Op basis van die informatie:

- Kunt u zelf uw keuze maken.
- Of bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Belt u op werkdagen tussen 8.00 en 18.00 uur met de Zorgcoach via (071) 364 0 280.

Artikel 5 Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen

Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg.

5.2 Algemene verplichtingen

Wilt u aanspraak maken op zorg en/of zorg vergoed krijgen? Dan moet u aan de volgende verplichtingen voldoen:

- Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met 1 van de volgende geldige documenten:
 - Rijbewijs.
 - Paspoort.
 - Nederlandse identiteitskaart.
 - Vreemdelingendocument.
- Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- U geeft ons alle informatie die wij nodig hebben. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.
- U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- U bent verplicht (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig als u zich binnen 1 jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.

- U bent verplicht ons vooraf toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming, een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

- Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.
- Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden na invrijheidstelling op welke datum u bent vrijgelaten.

5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener of zorginstelling? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaars een kopie voor uw eigen administratie). Dat kan op 2 manieren:

- Digitaal: ozf.nl/declareren.
- Per post: Zorgverzekeraar OZF, Afdeling Declaratieservice, Postbus 94, 7550 AB Hengelo.

Wij accepteren geen kopie nota's, herinneringen, pro-forma nota's, begrotingen, kostenramingen en dergelijke. Wij vergoeden uw zorgkosten alleen als wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode ontvangen en deze op naam van de patiënt/verzekerde is uitgeschreven. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Declareert u de nota's digitaal? Dan bent u verplicht de originele nota's te bewaren tot 1 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij de originele nota's bij u opvragen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen.

5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

Let op! Om te bepalen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg, is de behandeldatum en/of de leveringsdatum bepalend die op de nota staat. De datum waarop de nota is uitgeschreven, de factuurdatum, is dus niet bepalend.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling (of van een DBC) bepalend voor het recht op vergoeding. U moet dus op het startmoment bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op.

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de aanspraak recht op had. Declareert u nota's later dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg? Dan nemen wij die nota's niet in behandeling. Dit is bepaald in artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

5.6 Verplichting: geef wijzigingen in uw situatie binnen 1 maand aan ons door

Verandert er iets in uw persoonlijke situatie? Of in die van 1 van de andere verzekerden? Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 1 maand aan ons doorgeven. Het gaat hierbij om alle gebeurtenissen die van betekenis kunnen zijn voor een juiste uitvoering van de basisverzekering. Denk aan einde verzekeringsplicht, verandering van werkgever, wijziging van uw rekeningnummer (IBAN), verhuizing naar het buitenland, echtscheiding, overlijden of langdurig verblijf in het buitenland. Als wij aan u (verzekeringnemer) een bericht sturen aan uw laatst bekende adres, dan mogen wij ervan uitgaan dat dit bericht u (verzekeringnemer) heeft bereikt.

Let op! Verhuist u binnen Nederland? Dan moet u dit tijdig doorgeven aan uw gemeente. Voor onze administratie is de Basisregistratie Personen (BRP) leidend.

Artikel 6 Wat is uw verplicht eigen risico?

6.1 Bent u 18 jaar of ouder en premie verschuldigd?

Dan heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog het bedrag eigen risico is. In 2019 is het verplicht eigen risico € 385 per verzekerde per kalenderjaar.

6.2 De eerste € 385 van uw zorgkosten betaalt u zelf

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt.

Voorbeeld: U wordt opgenomen in een ziekenhuis en wij ontvangen hiervan de nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt van ons vervolgens een declaratieoverzicht. Hierin informeren wij u over de zorg die ten laste van uw verplicht (en/of eventueel vrijwillig gekozen) eigen risico komt. En over de wijze waarop u het bedrag eigen risico aan ons betaalt. Dit is afhankelijk van de hierover met u afgesproken betaalwijze.

Let op! Fysiotherapie voor een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst 'Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het besluit Zorgverzekering' (artikel 4.1, op bladzijde 22 en 23 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis) wordt altijd verrekend met het eigen risico. Loopt de behandeling door in een volgend kalenderjaar? Dan begint de telling van het eigen risico opnieuw.

6.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

- De kosten van zorg of overige diensten die in 2019 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota pas na 31 december 2020 ontvangen.
- De kosten van zorg die huisartsen bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld.
- De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:
 - Het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
 - Vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft.

- De kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar.
- De kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering.
- De kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebepaling multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg.
- De kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden (volgens artikel 32 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

6.4 Vrijgesteld van verplicht eigen risico

Van het verplicht eigen risico hebben wij de volgende kosten vrijgesteld:

- De directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek.
- De kosten van het stoppen-met-rokenprogramma (volgens artikel 41 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis). Dit geldt alleen als u het programma afneemt bij een gecontracteerde zorgverlener, anders dan een huisarts, medisch specialist of klinisch psycholoog.

6.5 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het verplicht eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de aanspraak op zorg en/of de vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Of als u recht heeft op een lagere vergoeding vanwege niet-gecontracteerde zorg. Deze bedragen staan los van het verplicht eigen risico en tellen dus niet mee voor het volmaken van de € 385 verplicht eigen risico.

6.6 Verplicht eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

Wordt u in de loop van het kalenderjaar 18 jaar? Dan gaat uw verplicht eigen risico in op de 1^e dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Vanaf die dag berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

6.7 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

6.8 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van hoeveel dagen in dat kalenderjaar u wel verzekerd bent.

6.9 Verplicht eigen risico bij een Diagnose Behandel Combinatie (DBC)

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een DBC? Dan is het startmoment van de behandeling (of van een DBC) bepalend voor het verplicht eigen risico dat wij moeten toepassen. Meer informatie over DBC's leest u in artikel 5.5 van deze Algemene voorwaarden.

6.10 Verplicht eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan verplicht eigen risico openstaan? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) vervolgens van ons een declaratieoverzicht. Hierin informeren wij u over de zorg die ten laste van uw verplicht (en/of eventueel vrijwillig gekozen) eigen risico

komt. Wij kunnen dit verrekenen met door uzelf ingediende nota's, ook met die van uw persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Wij innen het door u te betalen bedrag via de betaalwijze zoals met u is afgesproken.

Betaalt u (verzekeringnemer) het verplicht eigen risico niet op tijd? Dan kunnen wij extra kosten als administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

Artikel 7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?

7.1 Bent u 18 jaar of ouder? Dan kunt u per kalenderjaar kiezen voor een vrijwillig eigen risico

U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico. Of voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u op onze website ozf.nl/premie. Of vraagt u deze informatie bij ons op.

7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op uw aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg. Dit doen wij nadat wij het verplicht eigen risico volledig in mindering hebben gebracht. Het gaat om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt.

Voorbeeld:

U kiest naast het verplicht eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 500. Hierdoor is uw totale bedrag eigen risico € 885 (€ 385 + € 500). Wij betalen uw zorgverlener € 950 voor zorg die u heeft ontvangen. Dan ontvangt u (verzekeringnemer) vervolgens van ons een declaratieoverzicht. Hierin informeren wij u over de zorg die ten laste van uw verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico komt. En over de wijze waarop u het bedrag eigen risico - € 885 in dit voorbeeld - aan ons betaalt. Dit is afhankelijk van de hierover met u afgesproken betaalwijze.

7.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen vrijwillig gekozen eigen risico

Wij houden geen vrijwillig gekozen eigen risico in op:

- De kosten van zorg die huisartsen bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld.
- De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:
 - Het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
 - Vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft.
- De kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar.
- De kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering.
- De kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebepaling multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg.

- De kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen plegen te bieden (volgens artikel 32 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

7.4 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het vrijwillig gekozen eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de aanspraak op zorg en/of de vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Of als u recht heeft op een lagere vergoeding vanwege niet-gecontracteerde zorg. Deze bedragen staan los van het vrijwillig gekozen eigen risico en tellen dus niet mee voor het volmaken van het gekozen bedrag aan vrijwillig eigen risico.

7.5 Vrijwillig gekozen eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

Wordt u in de loop van het kalenderjaar 18 jaar? Dan gaat uw vrijwillig gekozen eigen risico in op de 1^e dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Vanaf die dag berekenen wij uw vrijwillig eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

7.6 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw vrijwillig eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

7.7 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw vrijwillig eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

7.8 Vrijwillig gekozen eigen risico bij een Diagnose Behandel Combinatie (DBC)

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een DBC? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het vrijwillig gekozen eigen risico dat wij in mindering moeten brengen. Meer informatie over DBC's leest u in artikel 5.5 van deze Algemene voorwaarden.

7.9 Vrijwillig gekozen eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag bij u worden teruggevorderd. Wij kunnen dit ook verrekenen met door uzelf ingediende nota's, ook met die van uw persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Wij innen het door u te betalen bedrag via de betaalwijze zoals met u is afgesproken. Betaalt u (verzekeringnemer) het vrijwillig gekozen eigen risico niet op tijd? Dan kunnen wij extra kosten als administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

7.10 Vrijwillig gekozen eigen risico wijzigen

Wilt u uw vrijwillig gekozen eigen risico aanpassen? Dan kan dat per 1 januari van het volgende kalenderjaar. Geef de wijziging van het vrijwillig eigen risico dan uiterlijk 31 december aan ons door. Deze wijzigingstermijn vindt u ook in artikel 12.5 van deze Algemene voorwaarden.

Artikel 8 Wat betaalt u?

8.1 Wij stellen uw premie vast

8.1.1 Hoogte van uw premie

Wij stellen vast hoe hoog de premie van uw basisverzekering is. De te betalen premie is de premiegrondslag min een eventuele korting vanwege een vrijwillig gekozen eigen risico en/of een eventuele collectiviteitskorting. Beide kortingen berekenen wij op basis van de premiegrondslag.

8.1.2 Premie bij 18 jaar of ouder

Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar of ouder. Wordt een verzekerde 18 jaar? Dan betaalt u (verzekeringnemer) premie met ingang van de maand die volgt op de kalendermaand waarin verzekerde 18 jaar wordt.

8.1.3 Als u (verzekeringnemer) niet meer deelneemt aan een collectiviteit

Neemt u (verzekeringnemer) niet meer deel aan een collectiviteit? Dan heeft u geen recht meer op de korting van deze collectiviteit.

8.2 U (verzekeringnemer) betaalt de premie

U (verzekeringnemer) moet de premie vooruitbetalen. U mag de premie die u (verzekeringnemer) moet betalen, niet verrekenen met uw aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg.

Beëindigt u (verzekeringnemer) of beëindigen wij uw basisverzekering tussentijds? Dan betalen wij teveel betaalde premie aan u terug. Wij gaan hierbij uit van een maand met 30 dagen. Hebben wij uw verzekering beëindigd vanwege fraude of misleiding (zie ook artikel 20 van deze Algemene voorwaarden)? Dan kunnen wij een bedrag voor administratiekosten aftrekken van de premie die wij moeten terugbetalen.

8.3 Hoe u (verzekeringnemer) de premie en andere kosten betaalt

Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso betaalt:

- Premie.
- Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico.
- Wettelijke eigen bijdragen.
- Eigen betalingen.
- Eventuele overige vorderingen.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via een automatische incasso? Dan kan het zijn dat u (verzekeringnemer) daarvoor extra kosten moet betalen.

8.4 Vooraankondiging afschrijving

De automatische incasso van de premie kondigen wij 1 keer per jaar aan op het polisblad dat u van ons ontvangt.

Artikel 9 Wat gebeurt er als u de premie niet op tijd betaalt?

9.1 Er zijn regels voor hoe u de premie betaalt

Als u premie moet betalen, moet u zich aan de hiervoor geldende regels houden. Dit geldt ook als iemand anders dan u (verzekeringnemer) de premie betaalt.

9.2 Wij verrekenen achterstallige premie en/of eigen risico met vergoeding van kosten van zorg

Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie en/of eigen risico aan ons betalen? En declareert u kosten van zorg bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de vergoeding met de achterstallige premie en/of het eigen risico dat u nog aan ons moet betalen. Dat geldt ook voor de vergoeding van uw declaraties persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Betaalt u (verzekeringnemer) niet op tijd? Dan kunnen wij extra kosten als administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen.

9.3 Als u (verzekeringnemer) zich niet aan de betalingstermijn houdt

Heeft u (verzekeringnemer) ervoor gekozen om premie te betalen per halfjaar of jaar? En betaalt u de premie niet binnen de betalingstermijn die wij hebben gesteld? Dan behouden wij ons het recht voor om u (verzekeringnemer) uw premie weer per maand te laten betalen. Het gevolg hiervan is dat u geen recht meer heeft op de betalingskorting.

9.4 U kunt de verzekering pas opzeggen als achterstallige premie is betaald

Hebben wij u aangemaand om 1 of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie te betalen? Dan kunt u (verzekeringnemer) de basisverzekering niet opzeggen totdat u de verschuldigde premie en eventuele extra kosten als administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente heeft betaald. Een uitzondering hierop is als wij de dekking van uw basisverzekering schorsen.

9.5 Uitzondering op artikel 9.4

Artikel 9.4 van deze Algemene voorwaarden geldt niet, als wij binnen 2 weken aan u (verzekeringnemer) laten weten dat wij de opzegging bevestigen.

Artikel 10 Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?

10.1 Betalingsregeling als u uw premie 2 maanden niet heeft betaald

Stellen wij vast dat u 2 maanden geen maandpremie heeft betaald? Dan bieden wij u (verzekeringnemer) binnen 10 werkdagen schriftelijk een betalingsregeling aan. Die betalingsregeling houdt in:

- Dat u (verzekeringnemer) ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies bij u (verzekeringnemer) of derden te incasseren.
- Dat u (verzekeringnemer) met ons afspraken maakt om uw betalingsachterstand en schulden uit de zorgverzekering aan ons in termijnen terug te betalen.
- Dat wij de basisverzekering niet om reden van het bestaan van schulden als bedoeld onder de 2^e bullet beëindigen en de dekking van de basisverzekering niet om deze reden schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u (verzekeringnemer) de machtiging genoemd onder de 1^e bullet intrekt, of als u (verzekeringnemer) de gemaakte afspraken over de betalingen genoemd onder de 2^e bullet niet nakomt.

In de brief staat dat u (verzekeringnemer) 4 weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. Ook leest u (verzekeringnemer) hierin wat er gebeurt, als u (verzekeringnemer) de maandpremie 6 maanden niet betaalt. Bovendien vindt u (verzekeringnemer) bij het aanbod informatie over schuldhelpverlening, hoe u (verzekeringnemer) die hulp kunt krijgen en welke schuldhelpverlening mogelijk is.

10.2 Betalingsregeling als u (verzekeringnemer) een ander verzekert

Heeft u (verzekeringnemer) iemand anders verzekerd? En heeft u (verzekeringnemer) de maandpremie voor de basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in, dat wij u (verzekeringnemer) aanbieden om deze verzekering te beëindigen op de dag dat de betalingsregeling ingaat. Dit aanbod geldt alleen als:

- De verzekerde voor zichzelf een andere basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden.
- En de verzekerde ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies te incasseren, als deze verzekerde bij ons verzekerd wordt via de basisverzekering.

10.3 Verzekerde(n) ontvangen kopieën van informatie over de betalingsregeling

Als artikel 10.2 van deze Algemene voorwaarden van toepassing is, sturen wij de verzekerde(n) kopieën van de stukken zoals genoemd

in artikel 10.1, 10.2 en 10.4 die wij aan u (verzekeringnemer) sturen. Dit doen wij gelijktijdig.

10.4 Wat gebeurt er als u (verzekeringnemer) uw premie 4 maanden niet heeft betaald?

Heeft u (verzekeringnemer) 4 maanden geen premie betaald (exclusief extra kosten als administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente)? Dan ontvangen u (verzekeringnemer) en uw medeverzekerden een bericht dat wij van plan zijn u (verzekeringnemer) aan te melden bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Zodra u (verzekeringnemer) 6 maanden of langer geen maandpremie heeft betaald, melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het CAK. Dan gaat het CAK een bestuursrechtelijke premie bij u (verzekeringnemer) innen.

Ook kunt u (verzekeringnemer) ons vragen of wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) willen aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt, leest u (verzekeringnemer) in artikel 10.1 van deze Algemene voorwaarden. Als wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) aangaan, melden wij u (verzekeringnemer) niet aan bij het CAK zolang u (verzekeringnemer) de nieuwe maandpremies op tijd betaalt.

10.5 Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met de betalingsachterstand

Bent u (verzekeringnemer) het niet eens met de betalingsachterstand en/of de voorgenomen aanmelding bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK) zoals genoemd in artikel 10.4? Laat dit dan aan ons weten door middel van een bezwaarschrift. Wij melden u (verzekeringnemer) dan nog niet aan bij het CAK. Eerst onderzoeken wij dan of wij uw schuld goed berekend hebben. Vinden wij dat wij uw schuld goed berekend hebben? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) hierover bericht. Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met ons oordeel, dan kunt u (verzekeringnemer) dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijk rechter. U (verzekeringnemer) moet dat doen binnen 4 weken nadat u (verzekeringnemer) het bericht met ons oordeel heeft ontvangen. Wij melden u (verzekeringnemer) ook nu nog niet aan bij het CAK. Zie ook artikel 18 van deze Algemene voorwaarden over klachtafhandeling.

10.6 Wat gebeurt er als u (verzekeringnemer) uw premie 6 maanden niet heeft betaald?

Stellen wij vast dat u (verzekeringnemer) 6 maanden geen premie (exclusief extra kosten als administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente) heeft betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Vanaf dat moment betaalt u geen nominale premie meer aan ons. Het CAK legt dan bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie op.

Het CAK krijgt hiervoor van ons uw persoonsgegevens en die van de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) bij ons heeft verzekerd. Wij geven alleen die persoonsgegevens door aan het CAK die het nodig heeft om bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen.

U (verzekeringnemer) en de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) heeft verzekerd, ontvangen hierover bericht van ons.

10.7 Is alle premie betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) af bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK)

Wij melden u (verzekeringnemer) af bij het CAK als u (verzekeringnemer), na tussenkomst van het CAK, de volgende bedragen heeft betaald:

- De verschuldigde premie.
- De vordering op grond van zorgkostennota's.
- De wettelijke rente.
- Eventuele incassokosten.
- Eventuele proceskosten.

Als wij u (verzekeringnemer) hebben afgemeld bij het CAK, stopt de bestuursrechtelijke premie-inning. In plaats daarvan betaalt u (verzekeringnemer) ons de nominale premie weer.

10.8 Wat wij aan u (verzekeringnemer) en het Centraal Administratie Kantoor (CAK) melden

Wij stellen u (verzekeringnemer en verzekerde) en het CAK direct op de hoogte van de datum waarop:

- De schulden die uit de basisverzekering voortvloeien, (zullen) zijn afgelost of teniet (zullen) gaan.
- De schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op u (verzekeringnemer) van toepassing wordt.
- Een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, 2^e lid, onderdeel d van de Zorgverzekeringswet. Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u (verzekeringnemer) en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan de schuldregeling moet, naast u (verzekeringnemer), tenminste uw zorgverzekeraar deelnemen.

Artikel 11 Wat als uw premie en/of voorwaarden veranderen?

11.1 Wij kunnen de premiegrondslag en voorwaarden van uw basisverzekering aanpassen

Bijvoorbeeld omdat de samenstelling van het basispakket verandert. Op basis van de nieuwe premiegrondslag en de veranderde voorwaarden doen wij u (verzekeringnemer) een nieuw aanbod.

11.2 Als uw premiegrondslag verandert

Een verandering in de premiegrondslag gaat niet eerder in dan 6 weken na de dag waarop wij u (verzekeringnemer) hierover hebben geïnformeerd. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat (meestal per 1 januari). U (verzekeringnemer) heeft hiervoor in ieder geval 1 maand de tijd nadat wij u (verzekeringnemer) over de verandering hebben geïnformeerd.

11.3 Als de voorwaarden, aanspraken en/of vergoedingen veranderen

Is een verandering in de voorwaarden, aanspraken en/of vergoedingen in het nadeel van u, de verzekerde? Dan mag u (verzekeringnemer) de basisverzekering opzeggen. Dit geldt niet als deze verandering ontstaat vanwege een wettelijke bepaling. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat. U (verzekeringnemer) heeft hiervoor 1 maand de tijd nadat wij u (verzekeringnemer) over de verandering hebben geïnformeerd.

Artikel 12 Wanneer gaat uw basisverzekering in?

12.1 De ingangsdatum van de basisverzekering staat op het polisblad

De ingangsdatum is de dag waarop wij van u (verzekeringnemer) uw verzoek om de basisverzekering af te sluiten, hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend verlengen wij de basisverzekering ieder jaar stilzwijgend. Dat doen wij steeds voor de duur van 1 kalenderjaar.

12.2 Al verzekerd? Dan kan de verzekering later ingaan

Is degene voor wie wij de basisverzekering afsluiten al op grond van een basisverzekering verzekerd op de dag waarop wij uw aanvraag ontvangen? En geeft u (verzekeringnemer) aan dat u de basisverzekering later in wilt laten gaan dan de dag die is genoemd in artikel 12.1 van deze Algemene voorwaarden? Dan gaat de basisverzekering in op de latere dag die u (verzekeringnemer) aangeeft.

12.3 Afsluiten binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht ontstaat

Gaat de basisverzekering in binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan? Dan houden wij als ingangsdatum de dag aan waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.

12.4 Ingang verzekering kan tot 1 maand met terugwerkende kracht per 1 januari

Gaat de basisverzekering in binnen 1 maand nadat een andere basisverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd? Dan werkt deze basisverzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere basisverzekering is geëindigd. Hierbij kunnen wij afwijken van wat is bepaald in artikel 925, 1^e lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. De terugwerkende kracht van de basisverzekering geldt ook als u uw vorige verzekering heeft opgezegd omdat de voorwaarden verslechteren. Dit is bepaald in artikel 940, 4^e lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

12.5 Uw basisverzekering wijzigen

Heeft u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze wijzigen per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar. U ontvangt hiervan een schriftelijke bevestiging. Geef de wijziging dan uiterlijk 31 december aan ons door.

12.6 Afspraken over collectiviteitskorting

De collectiviteitskorting op de basisverzekering geldt ook voor uw gezin.

Artikel 13 Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?

13.1 Uw basisverzekering herroepen

U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. Dit betekent dat u (verzekeringnemer) de basisverzekering kunt beëindigen binnen 14 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Stuur ons hiervoor een brief of een e-mail waarin u de verzekering opzegt. U (verzekeringnemer) hoeft hierbij geen redenen te geven. Wij gaan er dan van uit dat uw basisverzekering niet is ingegaan.

Herroept u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) de eventueel al betaalde premie terug. Als wij al zorgkosten aan u hebben vergoed, moet u (verzekeringnemer) deze kosten aan ons terugbetalen.

13.2 Uw basisverzekering beëindigen

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw basisverzekering beëindigen:

- U (verzekeringnemer) kunt een brief of e-mail sturen waarin u (verzekeringnemer) uw basisverzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De basisverzekering eindigt dan op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Heeft u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- U (verzekeringnemer) kunt gebruikmaken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een basisverzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering op.
- Heeft u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf verzekerd en heeft deze verzekerde een andere basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) een brief of e-mail sturen om deze verzekering voor de verzekerde op te zeggen. Is deze opzegging bij ons binnen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering? Dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de 1^e dag van de 2^e kalendermaand die volgt op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.
- Het kan zijn dat u (verzekeringnemer) overstapt van de ene naar de andere collectieve basisverzekering, omdat u (verzekeringnemer) een dienstverband heeft beëindigd en/of een nieuw dienstverband bent aangegaan. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering dan opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de 1^e dag van de volgende maand.

- Het kan ook zijn dat uw deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie stopt. De reden van opzegging kan dan of wel zijn dat u (verzekeringnemer) gaat deelnemen aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, ofwel dat u (verzekeringnemer) aan een collectieve basisverzekering gaat deelnemen omdat u (verzekeringnemer) een nieuw dienstverband heeft. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat uw deelname aan het collectief is gestopt. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de 1^e dag van de volgende maand.

Beëindigen wij uw verzekering op uw verzoek? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daarover van ons bericht waarin u leest op welke datum de verzekering eindigt.

Artikel 14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering

Dat doen we:

- Met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering.
- Op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz).
- Als u militair in werkelijke dienst wordt.
- Bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel 20 van deze Algemene voorwaarden.
- Bij overlijden.
- Als wij geen basisverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hierover bericht.
- Als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daarover van ons bericht. In dit bericht leest u waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Heeft het Centraal Administratie Kantoor (CAK) u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d, lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

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

14.3.3 U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d, lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Dit wijkt af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het 4^e lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

Artikel 15 Is er sprake van een medische noodsituatie buiten het woonland?

Belt u dan met onze alarmcentrale Eurocross Assistance via +31 71 364 1 282. Dit nummer staat ook op uw zorgpas. Is er sprake van een opname in een zorginstelling in het buitenland? Meldt u dit dan zo spoedig mogelijk, in ieder geval binnen 48 uur, telefonisch aan Eurocross Assistance. Onder woonland wordt verstaan het land waar u zich vestigt voor een periode van 3 maanden of langer. Eurocross Assistance is 24 uur per dag telefonisch bereikbaar voor het melden van opnames en voor adviezen of hulp in noodsituaties. Ook verstrekken zij betalingsgaranties bij opnames en onderhouden contacten met u (de verzekerde), familie en/of behandelend artsen. Is een geneesmiddel ter plaatse niet verkrijgbaar? Dan kan Eurocross het geneesmiddel voor u versturen.

Is er sprake van medische kosten die uitgaan boven het dekkingmaximum van deze polis? Dan vergoeden wij deze niet. Heeft Eurocross deze medische kosten betaald? Dan worden deze geacht voor rekening van de verzekerde te zijn betaald. U wordt dan geacht ons een machtiging tot automatische incasso te hebben verleend ter terugbetaling van de onverzekerde kosten.

Artikel 16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

Artikel 17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel?

Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze Algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming mag u geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

Artikel 18 Heeft u een klacht?

18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen?

Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling klachten en geschillen. Doet u dit dan wel binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per fax. Klachten moeten geschreven zijn in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal schrijft, betaalt u de kosten van de eventuele vertaling zelf.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Na ontvangst van uw klacht krijgt u binnen 3 werkdagen een ontvangstbevestiging. Wij nemen uw klacht op in ons klachtenregistratiesysteem. Binnen 10 werkdagen na ontvangst van uw klacht geven wij u een inhoudelijke reactie. Is er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen? Dan ontvangt u hierover van ons bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Dan is herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen om uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling klachten en geschillen indienen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per fax. Na ontvangst krijgt u binnen 3 werkdagen een ontvangstbevestiging. En binnen 10 werkdagen na ontvangst van uw herbeoordelingsverzoek geven wij u een inhoudelijke reactie. Is er meer tijd nodig voor de herbeoordeling van uw klacht? Dan ontvangt u hierover van ons bericht.

18.4 Voldoet onze herbeoordeling niet aan uw verwachtingen?

Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ): SKGZ, Postbus 291, 3700 AG Zeist. Informatie over SKGZ vindt u op: skgz.nl. SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De uitspraak van de NZa over zo'n klacht geldt als bindend advies.

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing

Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ en/of de burgerlijk rechter? Op onze website vindt u de brochure 'Klachtenbehandeling'. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

Artikel 19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens

OZF is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. Deze gebruiken wij binnen Achmea B.V.:

- Om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren.
- Om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea B.V. behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden.
- Om producten en diensten te verbeteren.
- Om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen.
- Om risico's in te schatten.
- Voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse.
- Voor relatiebeheer.
- Om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en volgens daaruit voortvloeiende wet- en regelgeving. Bovengenoemde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

19.2 Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten

Wilt u geen informatie over onze producten en/of diensten? Of wilt u uw toestemming intrekken voor het gebruik van uw e-mailadres? Dan kunt u dit schriftelijk aan ons melden:

Zorgverzekeraar OZF, Afdeling WBP, Postbus 94, 7550 AB Hengelo.

19.3 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op stichtingcis.nl.

19.4 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis, Centraal Administratie Kantoor en/of Zorginstituut Nederland) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt uw gegevens niet.

19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer (BSN)

Wij zijn wettelijk verplicht uw BSN in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN als wij communiceren met deze partijen.

19.6 Meer informatie over uw rechten en het gebruik van uw gegevens door Achmea?

U vindt meer informatie in ons Privacy Statement op onze website. U neemt hier kennis van de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en uw rechten.

Artikel 20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

20.1 Wat is fraude?

Fraude is als iemand een recht en/of vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar of een verzekeringsovereenkomst met ons krijgt:

- Onder valse voorwendselen.
- Op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek 1 of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de aanspraak en/of vergoeding:

- Een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven.
- Vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd.
- Een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering.
- Feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

20.2 Bij fraude geen recht op vergoeding

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- Aangifte doen bij de politie.
- Uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten.
- U registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS).
- Uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

Begripsomschrijvingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken of poliklinische apotheken.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

Arts voor de jeugdgezondheidszorg

De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg (Wjz).

Basisverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bedrijfsarts

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

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 10 van de Jeugdwet (Jw).

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheek waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandel Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft, door middel van een DBC-code die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt vastgesteld door de

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

Diëtist

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

Eerstelijns verblijf

Medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging, psychologische zorg of paramedische zorg. De instelling moet een formeel vereiste toelating voor de levering van eerstelijns verblijf hebben en moet aantoonbaar voldoen aan alle voorwaarden daarvoor (tenzij de wet dit niet meer vraagt).

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

Behalve Nederland worden hieronder de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, Mayotte, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjecho, Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- De terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- Advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, rekening houdend met het Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.

Fraude

Fraude is als iemand onder valse voorwendselen en/of op oneigenlijke grond en/of wijze een aanspraak en/of vergoeding verkrijgt van een verzekeraar of een verzekeringsovereenkomst krijgt.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit. Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Generalistische Basis GGZ

Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek. In het kwaliteitsstatuut GGZ wordt bepaald wie als regiebehandelaar mag optreden. De betrokkenheid van een gezondheidszorgpsycholoog, psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of een verpleegkundig specialist (uitsluitend voor het product Basis GGZ chronisch (BC) binnen een voor de Basis GGZ gecontracteerde instelling of praktijk) is nodig.

Geriatrisch fysiotherapeut

Een geriatrisch fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en die ook als geriatrisch fysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

Diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen. In het kwaliteitsstatuut GGZ wordt bepaald wie als regiebehandelaar mag optreden.

Gespecialiseerde verpleging

Gespecialiseerde verpleging is zorg zoals verpleegkundigen die plagen te bieden met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening door onder andere verlichting van lijden en ongemak. Deze verpleging houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Observatie/monitoring, de met verpleging vervlochten persoonlijke verzorging en begeleiding - waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen - vallen ook onder deze prestatie. Hieronder valt ook de met gespecialiseerde verpleging vervlochten directe contacttijd bij beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg. Hetzelfde geldt voor regie en coördinatie bij multidisciplinaire zorgverlening en ondersteuning en instructie rondom zaken die in directe relatie staan met de zorgbehoefte van de patiënt en desgevraagd aan naasten van de patiënt. Ook het oproepbaar zijn van de betreffende zorgaanbieder buiten de afgesproken vaste tijden om gespecialiseerde verpleging te kunnen leveren valt onder deze prestatie.

Gezin

1 volwassene, dan wel 2 gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen kinderen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor recht bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (Wtos) of op buitengewone lastenafrek ingevolge de belastingwetgeving.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

GGZ-instelling

Een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig is toegelaten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan in de Regeling zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het reglement dat wij hebben vastgesteld over toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

IDEA-contract

IDEA staat voor Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken. Dit is de overeenkomst tussen ons en een apotheek waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Jeugdarts

Een arts die is ingeschreven als arts met het profiel Jeugdgezondheidszorg in de registers van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) is ingesteld.

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Kinderfysiotherapeut

Een kinderfysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en die ook is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Kinderoefentherapeut

Een kinderoefentherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die ook is ingeschreven in het door de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar/ Mensendieck (VvOCM) aangewezen register.

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

Kraamcentrum

Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Kraamzorg

De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

Mantelzorg

Van mantelzorg is sprake als er onbetaald en langdurig wordt gezorgd voor een chronisch zieke of gehandicapte uit uw directe sociale omgeving.

Manueel therapeut

Een manueel therapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en die ook als manueel therapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut en van het Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553).

Multidisciplinaire samenwerking

Geïntegreerde (keten)zorg die meerdere zorgverleners met verschillende discipline achtergrond in samenhang leveren en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.

Oedeemtherapeut

Een oedeemtherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en die ook als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

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

Optometrist

Een optometrist die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist. Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijkskundigen (NVO).

Pedicure

De mbo-opgeleide professional in paramedische voetzorg, die in het bezit is van een Rijkserkend diploma.

Podotherapeut

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

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten basisverzekering en aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen zijn vastgelegd.

Preferente geneesmiddelen

De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

Privékliniek

Een privékliniek is een behandelcentrum zonder een formeel vereiste toelating voor de levering van medisch specialistische zorg.

Psychiater

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

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

Regiebehandelaar

De zorgverlener die de regie voert over het zorgproces.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Spoedeisende zorg

Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. Of hiervan sprake is wordt bepaald door de medisch adviseurs van OZF en/of Eurocross.

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

Tandprotheticus

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

Taxe-prijs

De taxe-prijs van een geneesmiddel is de inkoopprijs die een leverancier laat opnemen in de G-standaard (landelijk gehanteerde prijslijst). Deze prijs is per inkoophoeveelheid en exclusief BTW.

Tertiaire verwijzing

Een patiënt wordt voor zijn oorspronkelijke zorgvraag door zijn behandelend medisch specialist doorverwezen naar een andere zorginstelling.

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met u (verzekeringnemer) bedoelen wij degene die de basisverzekering en/of aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen met ons is aangegaan.

Uitsluitingen

Uitsluitingen in de verzekeringsovereenkomst bepalen dat een verzekerde geen aanspraak heeft op of recht heeft op vergoeding van kosten.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling of eerstelijns verblijf, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of eerstelijns verblijf kunnen worden geboden.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders dan de lidstaten van de EU-landen of EER-staten. Hieronder worden verstaan Bosnië en Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

Verloskundige

Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

Verwijzing/verklaring

Een verwijzing/verklaring is maximaal 1 jaar geldig.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., de verzekeraar van OZF.

Wijkverpleegkundige

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

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmg

Wet marktordening gezondheidszorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorggroep

Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg levert.

Zorgverlener

De zorgverlener of de instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht met KvK-nummer 06088185 en bij de AFM geregistreerd onder nummer 12000646.

Zorgverzekering

De Zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Zorgvraag

De klacht waarmee de verzekerde zich in 1^e instantie wendt tot de specialist (= hoofdbehandelaar). De hoofdbehandelaar opent voor deze zorgvraag een zorgtraject. Alle declaraties die kunnen worden herleid tot de oorspronkelijke zorgvraag en/of het zorgtraject worden gezien als 1 zorgvraag.

Inhoudsopgave Aanspraken en vergoedingen

OZF Zorgpolis

Artikel	Bladzijde	Artikel	Bladzijde
Botten, spieren en gewrichten			
1 Ergotherapie	21	17 Generalistische Basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar of ouder	31
2 Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus	21	18 Niet-klinische gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar of ouder (tweedelijns GGZ)	32
Buitenland			
3 Wanneer heeft u aanspraak en/of recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?	22	19 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar of ouder	32
3.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat?	22	Spreken en lezen	
3.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is	22	20 Logopedie	33
3.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta	22	Vervoer	
3.4 Nota's uit het buitenland	22	21 Vervoer per ambulance of zittend ziekenvervoer	33
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck			
4 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	22	21.1 Vervoer per ambulance	33
4.1 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar of ouder	22	21.2 Zittend ziekenvervoer	34
4.2 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar	23	Ziekenhuis, behandeling en verblijf	
4.3 Bekkenfysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar of ouder	24	22 Astma Centrum in Davos (Zwitserland)	34
4.4 Fysiotherapie in verband met etalagebenen voor verzekerden van 18 jaar of ouder	24	23 Eerstelijns verblijf	34
4.5 Fysiotherapie in verband met artrose van het heup of kniegewricht voor verzekerden van 18 jaar of ouder	25	24 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	35
4.6 Fysiotherapie in verband met chronic obstructive pulmonary disease (COPD) voor verzekerden van 18 jaar of ouder	25	25 Mechanische beademing	35
Hulpmiddelen			
5 Hulpmiddelen	25	26 Medisch specialistische zorg en verblijf	35
Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten			
6 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten	26	27 Plastische chirurgie	36
Mond en tanden (mondzorg)			
7 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen	27	28 Revalidatie	37
8 Fronttandvervangng voor verzekerden tot 23 jaar	27	28.1 Medisch specialistische revalidatie	37
9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar	28	28.2 Geriatrie revalidatie	37
10 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder - kaakchirurgie	28	29 Second opinion	38
11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) al dan niet op implantaten	29	30 Thuisdialyse	38
12 Implantaten	29	31 Transplantaties van organen en weefsels	38
13 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap	29	32 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)	39
14 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	30	Zwanger (worden)/baby/kind	
Ogen en oren			
15 Audiologisch centrum	30	33 Bevallng en verloskundige zorg	40
15.1 Gehoorproblemen	30	33.1 Met medische indicatie	40
15.2 Spraak- en taalstoornissen bij kinderen	30	33.2 Zonder medische indicatie	40
16 Zintuiglijke gehandicaptenzorg	31	34 In Vitro Fertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, invriezen van sperma en eicelvitricatie	40
Overig			
		34.1 IVF	40
		34.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen	41
		34.3 Sperma invriezen	41
		34.4 Eicelvitricatie	41
		35 Kraamzorg	42
		36 Oncologieonderzoek bij kinderen	42
		37 Prenatale screening	42
		38 Diëtetiek	42
		39 Huisartsenzorg	43
		40 Ketenzorg bij Diabetes Mellitus type 2, COPD, astma en/of VRM	43
		41 Stoppen-met-rokenprogramma	43
		42 Trombosedienst	43
		43 Gecombineerde leefstijlinterventie voor verzekerden van 18 jaar of ouder	44

Aanspraken en vergoedingen

OZF Zorgpolis

Hieronder vindt u de zorg die in de basisverzekering is opgenomen. Ook leest u er welke voorwaarden er gelden. Kunt u niet vinden wat u zoekt? Kijk dan eerst in de inhoudsopgave Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis op bladzijde 20.

Botten, spieren en gewrichten

Artikel 1 Ergotherapie

U heeft recht op vergoeding van de kosten van 10 uur advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut. Het is de bedoeling dat u door deze ergotherapie uw zelfredzaamheid bevordert of herstelt. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat ergotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor vergoeding

U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van ergotherapie.

Soms is bij gecontracteerde ergotherapeuten geen verklaring nodig

In sommige gevallen heeft u geen verklaring nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde ergotherapeuten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Deze ergotherapeuten kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTE (Directe Toegang Ergotherapie). Via de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde ergotherapeuten die DTE aanbieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een ergotherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke ergotherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de toeslagen voor:

- Afspraken buiten reguliere werktijden.
- Niet-nagekomen afspraken.
- Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Artikel 2 Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus

Heeft u Diabetes Mellitus (suikerziekte)? Dan heeft u recht op voetzorg.

De inhoud van de voetzorg die u krijgt, is afhankelijk van uw zorgprofiel. Uw zorgprofiel wordt bepaald door de huisarts, door de internist of door een specialist ouderengeneeskunde. Voor de beoordeling hiervan gaat de arts uit van de Simm's classificatie en de eventuele overige medische risico's.

Na de vaststelling van het zorgprofiel, wordt er voor u een persoonlijk behandelplan opgesteld. Dit doet een podotherapeut die daarvoor bekwaam en bevoegd is. Het aantal controles en de inzet van diag-

nostiek is mede afhankelijk van het zorgprofiel. Op welke zorgonderdelen u recht heeft, is geregeld in de zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera 2014.

Zorgprofiel 1:

- 1 keer per kalenderjaar 1 podotherapeutisch voetonderzoek door een podotherapeut.

Zorgprofiel 2:

- 1 keer per kalenderjaar 1 podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door een podotherapeut.
- Controle afspraken, educatie en stimuleren van zelfmanagement.
- Preventieve voetzorg ter voorkoming van ulcussen. Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een voor deze zorg gekwalificeerde pedicure.

Zorgprofiel 3:

- 1 keer per kalenderjaar 1 podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door een podotherapeut.
- Toepassen van podotherapeutische therapie of therapieën en podotherapeutische controle consult door een podotherapeut.
- Preventieve voetzorg en instrumentele behandeling bij druk- en wrijvingsproblemen om het risico op een ulcus te minimaliseren. Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een voor deze zorg gekwalificeerde pedicure.

Zorgprofiel 4:

- 1 keer per kalenderjaar 1 podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door een podotherapeut.
- Preventieve voetzorg en instrumentele behandeling bij druk- en wrijvingsproblemen huid en nagels met als doel dat de huid intact blijft, zodat het risico op een ulcus laag blijft. Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een voor deze zorg gekwalificeerde pedicure.
- Toepassen van podotherapeutische therapie of therapieën en een podotherapeutisch controle consult door een podotherapeut.

De voetzorg die wij volgens deze polis vergoeden, is geregeld via ketenzorg of via zorgverleners buiten de zorgketen. Voor de voetzorg via ketenzorg verwijzen we u naar artikel 39 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij stellen de volgende voorwaarden aan de podotherapeut:
 - De podotherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici.
 - De podotherapeut kan voor preventieve voetzorg pedicures inschakelen. De pedicure werkt in onderaannemerschap voor de podotherapeut. Een pedicure is:
 - Een medisch pedicure of een pedicure met de aantekening 'voetzorg bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het ProCERT KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP).
 - Een paramedisch chiropodist, medisch pedicure of pedicure+ met de aantekening 'voetzorg bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van brancheorganisatie Stipezo (Stichting pedicure in de zorg), categorie 1 (A+B).

- Een medisch voetzorgverlener ingeschreven in het Register Medisch Voetzorgverleners van KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg).

De podotherapeut is de hoofdbehandelaar. De podotherapeut declareert (per kwartaal) de kosten, ook als de pedicure de behandeling uitvoert.

- U heeft een verklaring nodig van de huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde. In deze verklaring wordt vastgelegd in welk zorgprofiel u bent ingedeeld. Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op voetzorg.
- Op de nota moet de podotherapeut het Zorgprofiel en de prestatieomschrijving vermelden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden volgens dit artikel niet:

- Als u Diabetes Mellitus heeft en recht op vergoeding van de bijbehorende ketenzorg waarin voetzorg is opgenomen. Dan heeft u volgens dit artikel geen recht op vergoeding van voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure. Deze voetbehandelingen vallen dan onder de aanspraak binnen de ketenzorg (zie artikel 40 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).
- Hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen. U kunt dit reglement vinden op onze website of bij ons opvragen. Wij vergoeden zolen en orthesen onder voorwaarden vanuit AV Royaal: zie artikel 7 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.
- Voetverzorging (pedicurebehandeling) als u geen zorgprofiel of zorgprofiel 1 heeft. Heeft u zorgprofiel 1? Dan vergoeden wij de voetverzorging onder voorwaarden vanuit AV Royaal: zie artikel 3 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.
- Voetscreening door de huisarts. Deze voetscreening valt onder huisartsenzorg (zie artikel 39 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

Buitenland

Artikel 3 Wanneer heeft u aanspraak en/of recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

3.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat?

Dan kunt u kiezen uit recht op:

- Zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag.
- Zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben.
- Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis tot maximaal:
 - De lagere vergoeding als deze bij een aanspraak in de OZF Zorgpolis wordt genoemd.

- Het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg).
- Het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

3.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis tot maximaal:

- De lagere vergoeding als deze bij een aanspraak in de OZF Zorgpolis wordt genoemd.
- Het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg).
- Het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

3.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling aan u (verzekeringnemer) in euro's.

Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die geldt op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het IBAN rekeningnummer dat bij ons bekend is.

3.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Artikel 4 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Wij vergoeden de kosten van fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck. Hieronder leest u om welke zorg het gaat en welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

4.1 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij (per aandoening) de kosten van de 21^e behandeling en de daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Het moet dan wel gaan om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering". Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen ook een maximale behandelperiode opgenomen.

Let op! De 1^e 20 behandelingen vergoeden wij dus niet vanuit de basisverzekering. Heeft u AV Royaal? Dan vergoeden wij u die 20 behandelingen vanuit AV Royaal. Heeft u AV Compact? Dan vergoeden wij u van die 20 behandelingen er maximaal 12 vanuit AV Compact (behandeling 13 tot en met 20 betaalt u dus zelf). Zie artikel 11.1 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck en, wanneer het gaat om manuele lymfedrainage, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck.
- Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR), de Stichting Keurmerk Fysiotherapie of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar/Mensendieck (VvOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - Kinderfysiotherapie.
 - Bekkenfysiotherapie.
 - Manuele therapie.
 - Oedeemtherapie.
 - Geriatrische fysiotherapie.
 - Kinderoefentherapie.
 Wilt u weten bij welke therapeuten u verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.
- Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelaren daarvoor op 1 dag nodig? Dan moet uit een gerichte verklaring door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming geven.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck en huidtherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- De 1^e 20 behandelingen per aandoening. Loopt uw behandeling voor deze aandoening over het kalenderjaar heen? Dan betaalt u niet opnieuw de 1^e 20 behandelingen zelf. Deze behandelingen kunnen onder voorwaarden (deels) vergoed worden vanuit AV Compact of AV Royaal: zie artikel 11.1 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.

- Een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enige doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren.
- Zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Toeslagen voor:
 - Afspraken buiten reguliere werktijden.
 - Niet-nagekomen afspraken.
 - Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck verstrekt.

4.2 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? En heeft u een aandoening die voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering"? Dan vergoeden wij alle behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen ook een maximale behandelperiode opgenomen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

Heeft u een aandoening die niet voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst? Dan vergoeden wij de kosten van 9 behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Dit zijn 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Heeft u na deze 9 behandelingen meer behandelingen nodig omdat u nog steeds last heeft van de aandoening? Dan vergoeden wij maximaal 9 extra behandelingen. Dit geldt alleen als de extra behandelingen medisch noodzakelijk zijn. In totaal vergoeden wij voor verzekerden tot 18 jaar dan dus maximaal 18 behandelingen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck en, wanneer het gaat om manuele lymfedrainage, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck vanuit de basisverzekering.
- Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR), de Stichting Keurmerk Fysiotherapie of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - Kinderfysiotherapie.
 - Bekkenfysiotherapie.
 - Manuele therapie.
 - Oedeemtherapie.
 - Geriatrische fysiotherapie.
 - Kinderoefentherapie.
 Wilt u weten bij welke therapeuten u verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

- Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelingen daarvoor op 1 dag nodig? Dan moet uit een gerichte verklaring door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming geven.

Bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck geen verklaring nodig

In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig om recht te hebben op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck. Met de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck kunnen u behandelen zonder verwijzing. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie). Via de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde zorgverleners die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck of huidtherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren.
- Zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Toeslagen voor:
 - Afspraken buiten reguliere werktijden.
 - Niet-nagekomen afspraken.
 - Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck verstrekt.

4.3 Bekkenfysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van urine-incontinentie? En wilt u dit behandelen met bekkenfysiotherapie? Dan vergoeden wij 1-malig per indicatie de kosten van de 1^e 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie.
- Ontvangt u bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie? Dan vergoeden wij de kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie. Wilt u weten bij welke therapeuten u

bekkenfysiotherapie vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een bekkenfysiotherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke bekkenfysiotherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Toeslagen voor:
 - Afspraken buiten reguliere werktijden.
 - Niet-nagekomen afspraken.
 - Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Verband- en hulpmiddelen die de bekkenfysiotherapeut verstrekt.

4.4 Fysiotherapie in verband met etalagebenen (claudicatio intermittens ofwel perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine) voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er bij u sprake van etalagebenen? En wilt u dit laten behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut? Dan heeft u recht op ten hoogste 37 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie gedurende maximaal 12 maanden. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor vergoeding

Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op gesuperviseerde oefentherapie voor etalagebenen (claudicatio intermittens ofwel perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine).

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Oefentherapie voor perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine. U heeft dan mogelijk recht op fysio- of oefentherapie op grond van artikel 4.1 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.
- Zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Toeslagen voor:
 - Afspraken buiten reguliere werktijden.
 - Niet-nagekomen afspraken.
 - Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een therapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

4.5 Fysiotherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van artrose in het heup- of kniegewricht? En wilt u dit laten behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut? Dan heeft u recht op maximaal 12 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie gedurende maximaal 12 maanden.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysio- en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor vergoeding

Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op gesuperviseerde oefentherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Toeslagen voor:
 - Afspraken buiten reguliere werktijden.
 - Niet-nagekomen afspraken.
 - Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut verstrekt.

Bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck geen verklaring nodig

In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig om recht te hebben op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck. Met de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck kunnen u behandelen zonder verwijzing. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie). Via de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde zorgverleners die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een therapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

4.6 Fysiotherapie in verband met chronisch obstructive pulmonary disease (COPD) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er bij u sprake van COPD stadium II of hoger van de GOLD-Classificatie? En wilt u dit behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut? Dan heeft u in de eerste 12 maanden, afhankelijk van de GOLD-Classificatie, recht op maximaal:

- 5 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse A.
- 27 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse B.
- 70 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse C en D.

Na de eerste 12 maanden heeft u, als er nog onderhoudsbehandeling nodig is, afhankelijk van de GOLD-Classificatie, recht op maximaal:

- 3 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie per 12 maanden bij klasse B.
- 52 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie per 12 maanden bij klasse C en D.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysio- en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op gesuperviseerde oefentherapie in verband met COPD.

Bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck geen verklaring nodig

In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig om recht te hebben op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck. Met de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck kunnen u behandelen zonder verwijzing. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie). Via de zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde zorgverleners die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut of oefentherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Toeslagen voor:
 - Afspraken buiten reguliere werktijden.
 - Niet-nagekomen afspraken.
 - Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck verstrekt.

Hulpmiddelen

Artikel 5 Hulpmiddelen

Wij vergoeden u:

- Levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom.
 - Let op!** Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding.
- Het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen.
- Een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor vergoeding

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis. U kunt dit reglement vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van artikel 2.1 van de Algemene voorwaarden OZF Zorgpolis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Levert een leverancier die wij niet hebben gecontracteerd u hulpmiddelen? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers).

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan vergoeden wij de kosten niet op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 26 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Artikel 6 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- De in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die aan u geleverd worden.
- Advies en begeleiding zoals apothekers geven voor medicatie beoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis. U kunt dit reglement vinden op onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden de kosten van levering, advies en begeleiding van:

- Alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor Geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden en wat de maximale vergoeding is. De levering, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een IDEA-contract heeft gesloten.
- De bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Reglement Farmaceutische Zorg. De levering, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheek zonder contract.

- Andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - Geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid.
 - Geneesmiddelen die volgens artikel 40, 3^e lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, 1^e lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet.
 - Geneesmiddelen die volgens artikel 40, 3^e lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een 3^e land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.
- Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Wettelijke eigen bijdrage

Kost een geneesmiddel meer dan de vergoedingslimiet die in het GVS is opgenomen? Dan betaalt u deze kosten (bovenlimietprijs) zelf. Deze wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen is gemaximeerd tot € 250 per persoon per jaar. Bent u niet een heel kalenderjaar verzekerd bij ons? Dan berekenen wij de maximale wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar bij ons verzekerd bent.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Natuurlijk kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

Voorwaarden voor vergoeding geneesmiddelen en dieetpreparaten

- De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- Een apotheek levert de geneesmiddelen. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen of, bij een apotheek met een IDEA-contract, het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Is er geen geneesmiddel aangewezen? Dan heeft u recht op het laagst geprijsde geneesmiddel. Uw apotheker kan u vertellen welk geneesmiddel het laagst geprijsd is. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen of duurder geprijsd geneesmiddel. De voorschrijver (zie onder het 1^e punt) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
- U heeft alleen recht op vergoeding van dieetpreparaten als:
 - U een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg.
 - U niet uitkomt met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten.

- Is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens een lopend kalenderjaar. U vindt de meest actuele bijlage met de voorwaarden op: <http://wetten.overheid.nl>. Typ in het zoekvenster 'Regeling zorgverzekering'. Klik op 'Vind'. Klik erna op Regeling zorgverzekering en dan in de lijst op Bijlage 2.
- Ze zijn voorgeschreven door een arts of diëtist.

In artikel 4.4 van het Reglement Farmaceutische Zorg staat nog een aantal aanvullende bepalingen voor vergoeding van specifieke geneesmiddelen. Wij vergoeden de kosten van deze geneesmiddelen alleen als u voldoet aan deze aanvullende bepalingen.

Voorwaarden voor vergoeding van (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. Wij vergoeden deze (deel)prestaties alleen als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Reglement Farmaceutische Zorg leest u voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde apotheek

Krijgt u farmaceutische zorg van een apotheek die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Let op! Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar: bij plaatsing door een gynaecoloog vergoeden wij zowel de plaatsing als de spiraal zelf vanuit de basisverzekering. Er kan dan dus sprake zijn van inhouding van eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige vergoeden wij zowel de plaatsing als de spiraal zelf vanuit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor het plaatsen van de spiraal door de huisarts of verloskundige betaalt u geen eigen risico.

Wat wij niet vergoeden

De volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie vergoeden wij niet:

- Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar of ouder, tenzij er een medische indicatie voor is: endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies).
- Geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis.
- Farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat wij deze niet mogen vergoeden.
- Geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, 3^e lid, onder b van de Geneesmiddelenwet.
- Geneesmiddelen die staan in artikel 40, 3^e lid, onder f van de Geneesmiddelenwet.
- Geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.
- Zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen.
- Alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg.
- Homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

- Niet-geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd middel niet mogelijk is. U kunt dan een machtiging aanvragen voor vergoeding van een niet-geregistreerd allergeen. Wij vergoeden alleen op basis van een door ons afgegeven machtiging en op individuele basis.

Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de artikelen 7 tot en met 14 gaan wij hierop in.

Artikel 7 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel? En kunt u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan vergoeden wij de kosten van deze behandeling. **Let op!** In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Verzekerden tot 18 jaar kunnen hiervoor Tand Royaal afsluiten: zie artikel 52 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen. Voor orthodontie vanuit Tand Royaal geldt wel een wachttijd van 12 maanden.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u dan ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's mee. Uw zorgverlener stelt het behandelplan en de begroting op en maakt de röntgenfoto's. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Wat wij niet vergoeden

- Reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening als u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid.
- Beugelcategorie 0 (trainers).
- Beugelcategorie 7 (vacuümgevormde beugels, aligners).

Artikel 8 Fronttandvervangende voor verzekerden tot 23 jaar

Heeft u 1 of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die vervangen moeten worden omdat deze tanden niet zijn aangelegd of omdat het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval? En is deze indicatie aantoonbaar voor het 18^e jaar gesteld? Dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen. Deze omvat onder andere een vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in het front.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.
- Behandelt een kaakchirurg u? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts of tandarts-specialist.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde kaakchirurgen). Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoeden wij de volgende tandheelkundige behandelingen:

- Periodiek preventief tandheelkundig onderzoek: 1 keer per jaar (jaarlijkse controle). Of meerdere keren per jaar als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen.
- Incidenteel tandheelkundig consult.
- Het verwijderen van tandsteen.
- Maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen. Bent u meer dan 2 keer per jaar op die tandheelkundige hulp aangewezen? Dan moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven.
- Sealing (afdichten groeven van kiezen).
- Parodontale hulp (behandeling van tandvlees).
- Anesthesie (verdooving).
- Endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling).
- Restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen).
- Gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen).
- Uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit).
- Chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg.
- Röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus voert de behandeling uit. Deze moet bevoegd en bekwaam zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
- Behandelt een kaakchirurg u? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, tandarts-specialist of een huisarts.
- Het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling vergoeden wij alleen als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 7 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis). Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel 7, 8, 13 of 14 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis? Dan geven wij u hier vooraf toestemming voor. Meer hierover leest u in de betreffende artikelen.
- Wij moeten u vooraf toestemming geven voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (code X21). Uw zorgverlener kan toestemming bij ons aanvragen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen

Wat wij niet vergoeden

- Niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05).
- Orthodontie. Orthodontie kan onder voorwaarden vanuit artikel 7 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis vergoed worden. Of voor verzekerden tot 18 jaar vanuit Tand Royaal: zie artikel 52 van de Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen. Voor vergoeding van orthodontie geldt wel een wachttijd van 12 maanden vanaf de ingangsdatum van Tand Royaal.
- Implantaten. Deze kunnen onder voorwaarden vanuit artikel 12 of artikel 14 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis vergoed worden. Of vanuit Tand Royaal: zie artikel 51 van de Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen. Voor Tand Royaal geldt wel een medische selectie.

Artikel 10 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder - kaakchirurgie

Wij vergoeden chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek, eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis.

Wordt u behandeld door een kaakchirurg? Dan heeft u ook recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is. Zie hiervoor artikel 26 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een kaakchirurg voert de behandeling uit.
- U bent doorverwezen door een huisarts, tandarts, orthodontist, tandprotheticus, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of een andere medisch specialist. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze kaak.
- Wij moeten u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
 - Extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose.
 - Correctie van de kaak in combinatie met een extractie.
 - Osteotomie (kaakoperatie).
 - Kinplastiek als zelfstandige verrichting.
 - Pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw).
 - Het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
 - Plastische chirurgie.

Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Parodontale chirurgie.
- Implantaten. Deze kunnen onder voorwaarden vanuit artikel 12 of artikel 14 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis vergoed worden. Of vanuit Tand Royaal: zie artikel 51 van de Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen. Voor Tand Royaal geldt wel een medische selectie.
- Een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken).

Artikel 11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebiten) al dan niet op implantaten

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij het laten maken, plaatsen, repareren en rebasen van de volgende prothesen:

- Een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak.
- Een uitneembare volledige immediaatprothese.
- Een uitneembare volledige vervangingsprothese.
- Een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen.
- Een volledige prothese (klikgebit) op implantaten voor boven- en/of onderkaak en bevestigingsmaterialen (zoals drukknoppen en staaf).

Voor de prothesen zoals beschreven bij de eerste 4 bullets geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Voor de prothese en bevestigingsmaterialen (drukknoppen of staaf) op implantaten (5^e bullet) geldt een wettelijke eigen bijdrage van 8% voor de bovenkaak en van 10% voor de onderkaak. De wettelijke eigen bijdrage voor een combinatie van een prothese op implantaten op de ene kaak en een niet implantaatgedragen prothese op de andere kaak (code J50) is 17%.

Laat u een volledige immediaatprothese, een bestaande uitneembare volledige prothese, een bestaande volledige overkappingsprothese of een prothese op implantaten repareren of rebasen? Dan geldt een wettelijke eigen bijdrage van 10%. Deze wettelijke eigen bijdrage vergoeden wij niet vanuit de Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen.

Wij hanteren maximum bedragen voor techniek- en materiaal-kosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de behandeling uitvoeren.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of tandprotheticus u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.
- Moet binnen 5 jaar een volledige prothese voor boven- en/of onderkaak, een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese worden vervangen? Of moet een immediaatprothese binnen een halfjaar worden vervangen? Dan moeten wij u hiervoor vooraf toestemming geven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Wij hanteren een maximum bedrag voor techniek- en materiaal-kosten. U kunt dit maximum bedrag vinden op onze website of bij ons opvragen. Zijn de techniek- en materiaalkosten hoger dan ons maximumbedrag? Dan moeten wij u vooraf toestemming geven.
- Laat u een nieuwe volledige prothese (klikgebit) op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor boven- en/of onderkaak maken? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Dit is niet nodig voor het repareren en rebasen van een uitneembare volledige prothese op implantaten die ouder is dan 5 jaar.

- Wij vergoeden reparaties aan een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak, uitneembare volledige immediaatprothese of uitneembare volledige vervangingsprothese door een tandtechnicus, als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in de prothese waarbij de delen van de prothese eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan de prothese.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen de volledige overkappingsprothese en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels) niet.

Artikel 12 Implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeiestoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u zou hebben zonder deze aandoening? En is er sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak? Dan vergoeden wij de tandheelkundige implantaten die nodig zijn voor een uitneembare volledige prothese (klikgebit) inclusief de drukknoppen of staaf (het klikgebit dat vastzit aan de implantaten). Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten die u laat plaatsen dienen ter bevestiging van de uitneembare prothese (klikgebit).

Wij hanteren maximum bedragen voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voert de behandeling uit.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg voor de behandeling? Dan moet uw tandarts of tandarts-implantoloog u hebben doorverwezen. De tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar een tandarts of tandarts-implantoloog.
- Wij geven u vooraf toestemming voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's mee. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op! U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel 14 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 13 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Heeft u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap? En kunt u zonder tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder de lichamelijke en/of verstandelijke handicap? Dan heeft u recht op vergoeding van tandheelkundige zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voert de behandeling uit.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.
- Wij geven u vooraf toestemming voor deze zorg. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's mee. Uw zorgverlener stelt het behandelplan en de begroting op en maakt de röntgenfoto's. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 14 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op een tandheelkundige behandeling:

- Als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening.
- Als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de (extra) zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de aandoening.
- Als u, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde, een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar of ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een angststandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voert de behandeling uit.
- Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist, tandprotheticus, of huisarts u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.
- Wij geven u vooraf toestemming. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, stuurt u ook een behandelplan en kostenbegroting mee. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

- Narcose- of lachgasbehandelingen worden alleen vergoed als laatste middel in een angstreductietraject. De narcose- of lachgasbehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcose- of lachgasbehandeling. Voor deze behandelingen moeten wij u altijd vooraf toestemming hebben gegeven. Wij toetsen per aanvraag of er recht is op vergoeding.

Let op! U heeft misschien ook recht op vergoeding van implantaten vanuit artikel 12 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Wilt u zorg van een kaakchirurg die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Ogen en oren

Artikel 15 Audiologisch centrum

15.1 Gehoorproblemen

Heeft u gehoorproblemen? Dan heeft u recht op vergoeding van zorg in een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- Onderzoek doet naar uw gehoorfunctie.
- U adviseert over aan te schaffen gehoorapparatuur.
- U voorlichting geeft over het gebruik van de apparatuur.
- Psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is.

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd audiologisch centrum

Wilt u zorg van een audiologisch centrum welke wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke audiologische centra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

15.2 Spraak- en taalstoornissen bij kinderen

Heeft uw kind een spraak- of taalstoornis? Dan kan een audiologisch centrum hulp bieden bij het stellen van een diagnose.

Voorwaarde voor vergoeding

Uw kind is doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd audiologisch centrum

Wilt u zorg van een audiologisch centrum welke wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke audiologische centra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 16 Zintuiglijke gehandicaptenzorg

Wij vergoeden zintuiglijke gehandicaptenzorg (ZG). Deze zorg omvat multidisciplinaire zorg gericht op het leren omgaan met, het opheffen van of het compenseren van de beperking. Deze zorg heeft als doel dat u zo zelfstandig mogelijk kunt functioneren.

U komt voor deze zorg in aanmerking als u:

- Een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend).
- Een visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend).
- Niet ouder bent dan 22 jaar en een communicatieve beperking heeft (u heeft ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal) als gevolg van een primaire taalontwikkelingsstoornis.

De multidisciplinaire zorg bestaat uit:

- Handelingsgerichte diagnostiek.
- Interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap.
- Interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid (het zichzelf kunnen redden) vergroten.

Bij auditieve en communicatieve beperkingen is de gezondheidszorgpsycholoog eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg en het zorgplan. Ook orthopedagogen of ontwikkelingspsychologen kunnen deze taak uitvoeren.

Bij visuele beperkingen is de oogarts of klinisch fysisch eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg, als het gaat om de coördinatie van de behandeling voor wat betreft de 'visusproblematiek'. De gezondheidszorgpsycholoog of vergelijkbare gedragskundige is eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg, als het gaat om de coördinatie van de behandeling voor wat betreft de psychische en/of gedragsproblematiek en leren omgaan met de beperking. Ook andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

Voorwaarden voor vergoeding

- Bij auditieve en communicatieve beperkingen moet u zijn doorwezen door een klinisch fysisch audioloog van een audiologisch centrum of een medisch specialist.
- Voor visuele beperkingen moet u zijn doorwezen door een oogarts of andere medisch specialist.

Is bij u in het verleden de ZG stoornis al vastgesteld door een klinisch fysisch audioloog, oogarts of medisch specialist? En ontstaat er een ZG gerelateerde zorgvraag, zonder dat er een wijziging van de ZG stoornis is opgetreden? Dan mag u ook worden doorverwezen door een huisarts of jeugdarts.

U heeft geen nieuwe verwijzing nodig voor een eenvoudige revalidatievraag (passend binnen zorgprogramma 11*), als:

- Het gaat om een heraanmelding.
- Er geen wijziging in de ZG-stoornis heeft plaatsgevonden. Er is wel sprake van een verandering in medische situatie en/ of persoonlijke situatie waardoor hernieuwde behandeling vanuit de basisverzekering noodzakelijk is.
- De ZG zorgverlener vaststelt dat de hulpvraag (hulpvragen) beantwoordt kunnen worden binnen zorgprogramma 11*.
- De ZG zorgverlener de huisarts schriftelijk informeert over het gelopen traject. De huisarts documenteert de informatie in het dossier.

* Zorgprogramma 11: Dit zorgprogramma is onder meer bestemd voor mensen die al eerder behandeling en/of training hebben ontvangen en zich opnieuw melden ('verkorte route'). Ook volwassenen die voor het (eerst) geconfronteerd worden met een verandering in hun visuele functioneren (bijvoorbeeld Retina Pigmentosa) en een hulpvraag hebben meestal gericht op het optimaal gebruik van de restvisus, kunnen gebruik maken van zorgprogramma 11. En dat geldt ook voor ouderen (55+) met een verworven visuele beperking en gerichte vragen om de

zelfstandigheid te behouden. De aandoening is bekend, het visueel functioneren is in beeld, en de cliënt meldt zich met 1 of 2 gerichte hulpvragen. Deze hulpvragen zijn gericht op het leren compenseren van de beperking en/of het optimaal gebruik van de restvisus met als doel het behouden van de zelfstandigheid. Meestal kan de vraag binnen 10 uur worden beantwoord.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Onderdelen van zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren.
- Complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven (doof/slechthorend geworden vóór de leeftijd van 3 jaar).

Psychologische zorg

Artikel 17 Generalistische Basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Heeft u lichte of matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek? Dan vergoeden wij de kosten van Generalistische Basis GGZ (hierna te noemen: Basis GGZ).

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent 18 jaar of ouder.
- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, een arts voor verstandelijk gehandicapten of SEH-arts (spoedeisende hulp). De verwijzing moet voldoen aan de 'Afspraken verwijzing Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS. Een verwijzing is maximaal 9 maanden geldig. Dit betekent dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.
- Uw zorgverlener beschikt over een kwaliteitsstatuut dat geregistreerd staat bij ggzkwaliteitsstatuut.nl. Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners of instellingen wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden onder andere niet:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen.

- Hulp bij werk- en relatieproblemen.
- Hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis.
- Basis GGZ-zorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip! Op ozf.nl/ggz vindt u een overzicht met overige problemen en diagnoses waarvan de behandeling niet onder de basisverzekering valt en psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Let op! Uw behandelaar mag in principe 1 prestatie Basis GGZ per jaar voor u openen. Uw behandelaar mag alleen nog een prestatie binnen hetzelfde jaar openen als u een terugval heeft of als u zich tegen de verwachting in opnieuw aanmeldt met dezelfde of andere klachten nadat de voorgaande behandeling al is afgerond.

Artikel 18 Niet-klinische gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar of ouder (tweedelijns GGZ)

Heeft u een complexe psychische stoornis? Dan vergoeden wij de kosten van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent 18 jaar of ouder.
- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, een arts voor verstandelijk gehandicapten of SEH-arts (spoedeisende hulp). De verwijzing moet voldoen aan de 'Afspraken verwijzing Geestelijke gezondheidszorg' zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.
- Een verwijzing is maximaal 9 maanden geldig. Dit betekent dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.
- Uw zorgverlener beschikt over een kwaliteitsstatuut dat geregistreerd staat bij ggzkwaliteitsstatuut.nl. Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners of instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden onder andere niet:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen.
- Hulp bij werk- en relatieproblemen.
- Hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis.
- Niet-klinische gespecialiseerde geneeskundige gezondheidszorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip! Op ozf.nl/ggz vindt u een overzicht met overige problemen en diagnoses waarvan de behandeling niet onder de basisverzekering valt en psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Artikel 19 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Wordt u opgenomen in een GGZ-instelling, zoals in een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis? Dan vergoeden wij:

- Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg volgens artikel 18 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.
- Uw verblijf met of zonder verpleging en verzorging.
- Paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens het verblijf bij de behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Hoeveel dagen verblijf met behandeling vergoeden wij?

Bij psychiatrisch verblijf met behandeling vergoeden wij een ononderbroken verblijf in een GGZ-instelling voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van opname tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- Verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.
- Niet-psychiatrisch ziekenhuisverblijf.
- Eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent 18 jaar of ouder.
- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, een arts voor verstandelijk gehandicapten of SEH-arts (spoedeisende hulp). De verwijzing is uitgevoerd conform de meest recente landelijke samenwerkingsafspraken GGZ.
- Een verwijzing is maximaal 9 maanden geldig. Dit betekent dat uw behandeling binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing moet starten. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.
- Er moet sprake zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg.
- Uw zorgverlener beschikt over een kwaliteitsstatuut dat geregistreerd staat bij ggzkwaliteitsstatuut.nl. Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.

Aanvullende voorwaarden als de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'Aanvraag machtiging niet-gecontracteerde klinische GGZ'. Dit formulier is te vinden op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- Verwijsbrief (van een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of SEH-arts (spoedeisende hulp)).
- Behandelplan.
- Onderbouwing van de geplande activiteiten of methoden van de behandeling tijdens verblijf.
- Offerte inclusief te leveren prestaties (DBC + verblijfsprestatie x aantal dagen).

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen in een GGZ-instelling die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij, na toestemming, maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke GGZ-instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden onder andere niet:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen.
- Hulp bij werk- en relatieproblemen.
- Hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis.
- Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip! Op ozf.nl/ggz vindt u een overzicht met overige problemen en diagnoses waarvan de behandeling niet onder de basisverzekering valt en psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

Spreken en lezen

Artikel 20 Logopedie

Wij vergoeden uw behandelingen door een logopedist voor zover deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling kan worden verwacht dat deze de spraakfunctie of het spraakvermogen herstelt of verbetert.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Voorwaarden voor vergoeding

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, medisch specialist of tandarts). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van logopedie.
- Laat u zich behandelen op school? Dan vergoeden wij uw kosten alleen als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Soms is bij gecontracteerde logopedisten geen verklaring nodig

In sommige gevallen heeft u geen verklaring nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde logopedisten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze logopedisten kunnen u behandelen zonder verwijzing. Dit noemen wij DTL (Directe Toegang Logopedie).

Wilt u weten welke gecontracteerde zorgverleners DTL aanbieden? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de behandeling? Dan is DTL niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer geeft op de verklaring aan dat de behandeling aan huis moet plaatsvinden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een logopedist die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke logopedisten wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Behandelingen die wij niet onder logopedie verstaan. Dit is de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid.
- Toeslagen voor:
 - Afspraken buiten reguliere werktijden.
 - Niet-nagekomen afspraken.
 - Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Vervoer

Artikel 21 Vervoer per ambulance of zittend ziekenvervoer

21.1 Vervoer per ambulance

Wij vergoeden de volgende vormen van ambulancevervoer:

- Besteld ambulancevervoer aangevraagd via de meldkamer ambulancezorg.
- Ambulancevervoer aangevraagd via de Vervoerslijn (in geval van wachtlijstvervoer).

Let op! Heeft u spoedeisend ambulancevervoer nodig? Dit wordt meestal aangemeld via 112. U heeft dan geen verwijzing nodig. En natuurlijk hoeven wij dan ook vooraf geen toestemming te geven. Spoedeisend ambulancevervoer valt onder de basisverzekering. Dat betekent ook dat het eigen risico van toepassing is.

U heeft recht op ambulancevervoer:

- Van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, mits de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit de basisverzekering wordt vergoed.
- Naar een instelling waar u op kosten van de Wlz zult verblijven (geldt niet bij zorg voor slechts een dagdeel).
- Vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of een behandeling moet ondergaan.
- Vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt.
- Van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw huis de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.
- Naar een zorgverlener bij wie of naar een instelling waarin een verzekerde jonger dan 18 jaar GGZ zorg krijgt die geheel of gedeeltelijk onder de Jeugdwet valt.

Voorwaarden voor vergoeding

- Besteld ambulancevervoer moet worden aangevraagd door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts en worden goedgekeurd door de meldkamer. Hierbij dient sprake te zijn van medische noodzaak voor liggend vervoer. Spoedeisend vervoer hoeft niet te worden aangevraagd.
- Voor ambulancevervoer in geval van wachtlijstvervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. U belt de Vervoerslijn op werkdagen tussen 8.00 en 18.00 uur via (071) 365 4 154. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vergoeding.

- Wij vergoeden de vervoerskosten alleen, als de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedraagt. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

21.2 Zittend ziekenvervoer

Reist u regelmatig van en naar zorgverleners of zorginstellingen? Dan heeft u mogelijk recht op de vergoeding van kosten van zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een vergoeding van € 0,30 per kilometer bij vervoer per eigen auto.

Wij vergoeden u zittend ziekenvervoer als u voldoet aan 1 of meer van de volgende criteria:

- U ondergaat nierdialyse of ondergaat consulten, onderzoeken of controles die bij deze behandeling noodzakelijk zijn.
- U ondergaat oncologische behandelingen met radio-, chemo- of immunotherapie of ondergaat consulten, onderzoeken of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn.
- U bent visueel gehandicapt en kunt zich zonder begeleiding niet verplaatsen.
- U bent rolstoelafhankelijk.
- U bent jonger dan 18 jaar en u heeft vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap recht op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag van zorg in de nabijheid.

Voldoet u aan 1 of meer van de vermelde medische indicaties? Dan vergoeden wij zittend ziekenvervoer:

- Van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, mits de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit de basisverzekering wordt vergoed.
- Naar een instelling waar u op kosten van de Wlz zult verblijven (geldt niet bij zorg voor slechts een dagdeel).
- Vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz onderzoek of een behandeling moet ondergaan.
- Vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt.
- Van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw huis de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.
- Van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route.

Hardheidsclausule zittend ziekenvervoer

Voldoet u niet aan bovenstaande criteria? Dan kan er sprake zijn van vergoeding op basis van de hardheidsclausule.

Ten 1^e moet u dan langdurig aangewezen zijn op zittend ziekenvervoer, omdat u behandeld wordt voor een langdurige ziekte of aandoening. Ten 2^e moet er dan sprake zijn van een onbillijkheid van overwegende aard als wij het vervoer niet verstrekken. Wij beoordelen of u op basis van de hardheidsclausule recht heeft op vergoeding. Heeft u recht op vergoeding van vervoer op grond van deze hardheidsclausule?

Dan geldt dit niet alleen voor de behandelingen zelf maar ook voor consulten, onderzoeken of controles die u ondergaat omdat die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn.

Wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer

Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 103 per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) en/of vervoer van een begeleider geven wij u vooraf toestemming via de Vervoerslijn. U belt de Vervoerslijn op werkdagen tussen 8.00 en 18.00 uur via (071) 365 4 154. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vergoeding van vervoer en op welke vorm van vervoer. Bent u 16 jaar of ouder? Dan bepaalt deze medewerker ook of begeleiding noodzakelijk is.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit de basisverzekering vergoeden of die vanuit de Wlz wordt vergoed.
- Is zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer, eigen auto of ambulance niet mogelijk? Dan geven wij u vooraf toestemming voor een ander vervoermiddel.
- In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval geven wij u vooraf toestemming.
- Wij vergoeden de vervoerskosten alleen, als de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedraagt. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.
- Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier 'Reiskosten zittend ziekenvervoer'. U vindt dit declaratieformulier op onze website. Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoerskosten heeft gemaakt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde taxivervoerder

Laat u zich vervoeren door een taxivervoerder die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde taxivervoerders).

Wilt u weten met welke taxivervoerders wij een contract hebben? Belt u dan met de Vervoerslijn via (071) 365 4 154, op werkdagen bereikbaar tussen 8.00 en 18.00 uur.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Ziekenhuis, behandeling en verblijf

Artikel 22 Astma Centrum in Davos (Zwitserland)

Heeft u astma? Dan heeft u recht op vergoeding van behandeling in het Nederlands Astma Centrum in Davos.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een soortgelijke behandeling in Nederland heeft bij u geen succes gehad en wij vinden de behandeling in Davos doelmatig.
- U bent doorwezen door een longarts of kinderarts.
- Wij geven u vooraf schriftelijk toestemming.

Artikel 23 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het doel van het verblijf is dat u terugkeert naar de thuissituatie. Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

Eerstelijnsverblijf bestaat uit:

- Verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging.
- Geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten.
- Paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/ Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door zorg zoals huisartsen plegen te bieden.

Hoeveel dagen klinisch verblijf vergoeden wij?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf.
- Verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, SEH-arts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.
- Als uw verblijf langer dan 3 maanden gaat duren dan moet u, voor de 60e dag van uw verblijf, vooraf toestemming bij ons aanvragen voor de verlenging van het verblijf na de eerste 3 maanden. Dit geldt niet als er sprake is van palliatief terminale zorg.
- Voor palliatief terminale zorg moet de uitvoering van zorg conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg plaatsvinden.
- De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

- Wanneer u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis, een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf zal dan betaald worden vanuit de Wlz.
- Wanneer er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven. Dit wordt betaald vanuit de Wmo.
- Wanneer u jonger bent dan 18 jaar en geneeskundige geestelijke zorg nodig heeft. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Artikel 24 Erfelijkheidsonderzoek en advisering

Wij vergoeden u erfelijkheidsonderzoek en -advies in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. Deze zorg omvat:

- Onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek.
- Chromosoomonderzoek.
- Biochemische diagnostiek.
- Ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek.
- Erfelijkheidsadvies en psychosociale begeleiding die met deze zorg te maken heeft.

Als het noodzakelijk is voor advies aan u, onderzoekt het centrum ook andere personen dan uzelf. Het centrum kan dan ook die personen adviseren.

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door de behandelend arts of verloskundige.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke centra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 25 Mechanische beademing

U heeft recht op vergoeding van noodzakelijke mechanische beademing en medisch specialistische zorg die hiermee samenhangt. De zorg kan plaatsvinden in een beademingscentrum of thuis.

Mechanische beademing thuis

Onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum mag de beademing thuis plaatsvinden. In dat geval:

- Stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar.
- Levert het beademingscentrum de medisch specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met mechanische beademing.

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een longarts.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 26 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- Een ziekenhuis.
- Een zelfstandig behandelcentrum.
- De praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. U kunt dit vinden via agbcode.nl.

De zorg bestaat uit:

- Medisch specialistische zorg.
- Uw behandeling en eventueel verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Let op! De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bevoegd om 4 maal per jaar behandelingen op basis van “voorwaardelijke toelating” toe te wijzen. Daarom kunnen wij u in deze polisvoorwaarden geen actueel overzicht van deze behandelingen geven. Voor het meest actuele overzicht verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/Hoofdstuk2/1/11/Artikel2.2/>

Hoeveel dagen verblijf vergoeden wij?

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan vergoeden wij een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- Verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.
- Verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.
- Eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, sportarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, SEH-arts, arts-assistent, klinisch fysisch audioloog, verloskundige (als het om verloskundige zorg gaat, of als het gaat om een verwijzing naar een kinderarts binnen de eerste 10 dagen na de bevalling), de optometrist (als het om oogzorg gaat), kaakchirurg of een andere medisch specialist.
- Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- Naar een longarts mag u ook zijn doorverwezen door een GGD-arts als het gaat om een verdenking van TBC.
- De verwijzer (zie onder het eerste punt) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

Let op! In de volgende artikelen van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt. Het gaat om de volgende artikelen:

- Artikel 10 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder - kaakchirurgie
- Artikel 15 Audiologisch centrum
- Artikel 19 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg) voor verzekerden van 18 jaar of ouder

- Artikel 22 Astma Centrum in Davos (Zwitserland)
- Artikel 24 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering
- Artikel 25 Mechanische beademing
- Artikel 27 Plastische chirurgie
- Artikel 28 Revalidatie
- Artikel 30 Thuisdialyse
- Artikel 31 Transplantaties van organen en weefsels
- Artikel 33 Bevalling en verloskundige zorg
- Artikel 34 IVF, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, invriezen van sperma en eicelvitricatie
- Artikel 36 Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel 42 Trombosedienst

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Het is mogelijk dat wij een zorgverlener niet-gecontracteerd hebben. Ook is het mogelijk dat wij een zorgverlener niet voor bepaalde aandoeningen hebben gecontracteerd. Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet (voor uw aandoening) hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben en voor welke aandoeningen? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

U heeft geen recht op:

- Medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld.
- Behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek).
- Behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose.
- Behandelingen met sterilisatie als doel.
- Behandelingen die als doel hebben een sterilisatie ongedaan te maken.
- Behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie), zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. U vindt het recht op vergoeding van GGZ in artikel 18 en 19 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Artikel 27 Plastische chirurgie

Wij vergoeden chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- Afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
- Verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.
- De volgende aangeboren misvormingen:
 - Lip-, kaak- en gehemeltespelten.
 - Misvormingen van het benig aangezicht.
 - Goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel.
 - Geboortevlekken.
 - Misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- Verlamde of verslaptte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- De buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:

- Verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraads verbranding.
- Onbehandelbare smetten in huidplooien.
- Een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt).
- Primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard).
- Agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen).

Als verblijf medisch noodzakelijk is, dan vergoeden wij dat op basis van artikel 26 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- Wij geven u vooraf schriftelijk toestemming.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden de volgende chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard niet vanuit de basisverzekering:

- Het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie, of bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen.
- Het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.
- Liposuctie van de buik.
- Behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- Plastisch chirurgische ingrepen in een privékliniek.

Artikel 28 Revalidatie

Wij vergoeden u medisch specialistische revalidatie (28.1) en geriatrische revalidatie (28.2).

28.1 Medisch specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan vergoeden wij medisch specialistische revalidatie uitsluitend als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

- Stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen.
- Een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

Wij vergoeden u de kosten als u niet-klinisch revalideert (deeltijd- of dagbehandeling). In een aantal gevallen vergoeden wij ook klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf snel betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.

Hoeveel dagen verblijf vergoeden wij?

Wordt u opgenomen? Dan vergoeden wij een ononderbroken verblijf voor een periode van maximaal 1.095 dagen. Een (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf of een eerstelijns verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantie-verlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, jeugdarts of een andere medisch specialist.
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie.

Aanvullende voorwaarden als de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'Aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatiezorg'. Dit formulier is te vinden op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- De diagnose, behandelplan en behandelduur plus onderbouwing.
- Het doorlopen voortraject.

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij, na toestemming, maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

28.2 Geriatrische revalidatie

U heeft recht op geriatrische revalidatiezorg. Deze zorg omvat integrale, multidisciplinaire revalidatiezorg. Het gaat om zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden, indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van de zelfredzaamheid en er (in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid) voor deze aandoening sprake is van voorafgaande medisch specialistische zorg. Geriatrische revalidatie is gericht op het verbeteren van de functionele beperkingen. Het doel van de revalidatie is dat u terugkeert naar de thuissituatie.

Hoeveel maanden geriatrische revalidatie vergoeden wij?

Wij vergoeden geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 6 maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatiezorg.

- De zorg moet binnen 1 week aansluiten op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden.
- Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg.
- De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering in een ziekenhuis of zorginstelling.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 29 Second opinion

Wilt u een second opinion? Dan heeft u daar recht op. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een 2^e, onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de 1^e arts.

Voorwaarden voor vergoeding

- De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisverzekering.
- U bent doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
- De second opinion heeft betrekking op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is en die uw 1^e behandelaar met u heeft besproken.
- Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw 1^e behandelaar aan de 2^e behandelaar.
- U moet met de second opinion terug naar de 1^e behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisverzekering verzekerde behandeling.

Artikel 30 Thuisdialyse

Ondergaat u een dialysebehandeling bij u thuis? Dan vergoeden wij de daarmee samenhangende kosten. Het betreft:

- De nodige aanpassingen in en aan de woning en voor later herstel in de oorspronkelijke staat. Wij vergoeden alleen de aanpassingskosten die wij redelijk vinden. Ook vergoeden wij deze aanpassingskosten alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien.

- Overige redelijke kosten die rechtstreeks met uw thuisdialyse samenhangen (zoals kosten voor elektriciteit en water). Ook hierbij vergoeden wij alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij geven u vooraf schriftelijk toestemming. Hiervoor moet u een begroting van de kosten hebben ingediend.

Let op! De reguliere kosten voor thuisdialyse, zoals apparatuur, deskundige begeleiding, onderzoek en behandeling worden vergoed op basis van medisch specialistische zorg. Leest u hiervoor artikel 26, van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Artikel 31 Transplantaties van organen en weefsels

Bij een orgaantransplantatie heeft u recht op vergoeding van de volgende behandelingen:

- Transplantatie van weefsels en organen in een ziekenhuis. De transplantatie vindt plaats in:
 - Een lidstaat van de Europese Unie.
 - Een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte.
 - Een andere staat. De donor moet dan wel woonachtig zijn in die staat en uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de 1^e, 2^e of 3^e graad zijn.
- Transplantatie van weefsels en organen in een zelfstandig behandelcentrum dat daarvoor bevoegd is op grond van wet- en regelgeving.

Bij een voorgenomen orgaantransplantatie vergoeden wij de kosten van specialistische geneeskundige zorg die verband houdt met het:

- Kiezen van de donor.
- Operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor.
- Onderzoeken, conserveren, verwijderen en vervoeren van het postmortale transplantatiemateriaal.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- Zorg waar de donor volgens deze polis recht op heeft. De donor heeft hier ten hoogste 13 weken recht op, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis. Bij een levertransplantatie is deze periode een half jaar, ook na de datum van ontslag uit het ziekenhuis. Dit moet het ziekenhuis zijn waarin de donor verbleef om het transplantatiemateriaal te selecteren of verwijderen. Daarnaast heeft u alleen recht op vergoeding van de verleende zorg als deze verband houdt met dat verblijf.
- Vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel of, bij medische noodzaak, per auto. Het vervoer moet te maken hebben met selectie, verblijf en ontslag uit het ziekenhuis of met de zorg als bij de 1^e bullet bedoeld.
- Vervoer van en naar Nederland van een donor die woonachtig is in het buitenland. De donor heeft alleen recht op het vervoer als u een nier-, beenmerg- of levertransplantatie ondergaat in Nederland. U heeft ook recht op de overige transplantatiekosten die ermee te maken hebben dat de donor woonachtig is in het buitenland.

Let op! Voor wat er staat bij de 2^e en 3^e bullet geldt dat als de donor zelf een basisverzekering heeft afgesloten, het recht op vergoeding van de kosten van vervoer dan ten laste van de basisverzekering van de donor komt. Heeft de donor geen basisverzekering? Dan komen deze kosten ten laste van de basisverzekering van de ontvanger. Verblijfskosten in Nederland en eventuele misgelopen inkomsten horen hier niet bij.

Voorwaarde voor vergoeding

Vindt de transplantatie plaats in een niet door ons gecontracteerde zorginstelling? Dan vraagt u ons vooraf schriftelijk om toestemming.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen in een zorginstelling die wij (voor uw aandoening) niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben en voor welke aandoeningen? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 32 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikelen 18, 19, 26 en 33 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). Maar u heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging en landelijk kwaliteitskader voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of kinderspice.

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis. U kunt dit reglement vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld.
- Voor kinderen tot 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een HBO-kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om intensieve kindzorg gaat dan dient de HBO-kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde, werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BIKZ). De indicatie dient gesteld te worden in aanwezigheid van uzelf in de thuissituatie. Een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige de zorgvraag en

zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving'.

- Bij palliatief terminale zorg is er een verklaring nodig van de behandelend arts. Uit de verklaring moet blijken dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. De aard, inhoud en omvang van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan.
- Voor gespecialiseerde verpleging moet vooraf een uitvoeringsverzoek worden gesteld door een medisch specialist. De gespecialiseerde verpleging moet worden verleend door een BIG-geregistreeerde verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is voor de zorg die nodig is voor de aandoening. De aard, omvang en inhoud van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg.

Let op! Binnen de wijkverpleegkundige zorg constateren wij dat er sprake is van grote kwaliteitsverschillen in levering van zorg. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor verzekerden die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener, gelden onderstaande aanvullende voorwaarden. Wij wijzen u erop dat we in alle regio's ruim voldoende zorgaanbieders hebben gecontracteerd.

Aanvullende voorwaarden als de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

- Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik maken van het formulier 'Aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg'. Dit formulier kunt u vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
 - De indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden).
 - Het diploma van de BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld.
 - En in het geval van palliatief terminale zorg de verklaring, waaruit blijkt dat de ingeschatte levensduur minder dan 3 maanden bedraagt.
 Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
- U declareert zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons. Is er geen toestemming verleend? Dan vergoeden wij uw nota's niet.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij, na toestemming, maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

- U heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Die vergoeding vindt u in artikel 35 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.
- U heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit de basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- U heeft geen recht op gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Zwanger (worden)/baby/kind**Artikel 33 Bevalling en verloskundige zorg**

Bij de vergoeding van verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen met medische indicatie (33.1) en zonder medische indicatie (33.2).

33.1 Met medische indicatie

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden:

- Het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).
- Verloskundige zorg door een medisch specialist. Daaronder valt ook zorg door een verloskundige in een ziekenhuis die onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist werkt.
- U heeft geen recht op gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

33.2 Zonder medische indicatie

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden:

- Verloskundige zorg door een verloskundige of, als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.
- Het gebruik van de verloskamer als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 35 per verblijfsdag (€ 17,50 voor de moeder en € 17,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 250 per dag (€ 125 voor de moeder en € 125 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 35 ook het bedrag dat boven de € 250 per dag uitkomt.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben

gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 34 In Vitro Fertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, invriezen van sperma en eicelvitricatie

U heeft recht op vergoeding van IVF (34.1), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (34.2), invriezen van sperma (34.3) en eicelvitricatie (34.4).

34.1 IVF

Bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u per te realiseren doorgaande zwangerschap recht op vergoeding van de 1^e, 2^e en 3^e IVF-poging, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Wat wordt verstaan onder een IVF-poging tot zwangerschap?

Een IVF-poging tot zwangerschap bestaat uit maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende 4 fasen:

1. Rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw.
2. Het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie).
3. Eicelbevruchting en opkweken van embryo's in het laboratorium.
4. Terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te laten ontstaan. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan mag bij de 1^e en 2^e poging maar 1 embryo worden teruggeplaatst.

Pas als de follikelpunctie geslaagd is (fase 2), tellen wij de poging mee. Daarna tellen alle pogingen mee die worden afgebroken, voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt opnieuw als een 1^e poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's (of het terugplaatsen van een embryo die is ontstaan na het ontdooien van een ingevroren onbevruchte eicel) valt onder de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan, zolang er geen doorgaande zwangerschap is ontstaan. Als er wel een doorgaande zwangerschap is ontstaan, dan mogen na deze zwangerschap ook de overige ingevroren embryo's (of het terugplaatsen van een embryo die is ontstaan na het ontdooien van een ingevroren onbevruchte eicel) worden teruggeplaatst. Als dit niet tot resultaat leidt, dan kan er weer met een IVF-behandeling gestart worden. Deze geldt dan als een 1^e poging.

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma-injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-poging.

Wat wordt verstaan onder doorgaande zwangerschap?

Er wordt onderscheid gemaakt tussen 2 verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- Fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de 1^e dag van de laatste menstruatie.
- Zwangerschap na een IVF-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat de niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat de ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling vindt plaats in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische indicatie nodig van uw behandelend arts.
- Voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland geven wij u vooraf schriftelijk toestemming.

Maximum vergoeding voor geneesmiddelen

Wij vergoeden u geneesmiddelen die nodig zijn voor een IVF-poging. Dit doen wij tot een bepaald maximum dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin de maximale vergoeding van geneesmiddelen staat.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden u de 4^e en volgende IVF-pogingen niet. Dat geldt ook voor de geneesmiddelen die nodig zijn voor de 4^e en volgende IVF-pogingen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

34.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u ook recht op vergoeding van andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor het recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen gelden de volgende voorwaarden:

- Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische indicatie nodig van uw behandelend arts.
- Wij geven u vooraf schriftelijk toestemming voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.

Maximum vergoeding voor geneesmiddelen

Wij vergoeden u geneesmiddelen die nodig zijn voor een vruchtbaarheidsbehandeling. Dit doen wij tot een bepaald maximum dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin de maximale vergoeding van geneesmiddelen staat.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

34.3 Spermavriezen

Ondergaat u een medisch specialistische behandeling met als mogelijk gevolg onbedoelde onvruchtbaarheid? Dan heeft u recht op vergoeding van het verzamelen, invriezen en bewaren van sperma.

Voorwaarden voor vergoeding

Het invriezen van sperma moet onderdeel zijn van een medisch specialistisch oncologisch zorgtraject of een niet-oncologische vergelijkbare behandeling. Het moet dan gaan om:

- Een grote operatie aan of om uw geslachtsdelen.
- Een chemotherapeutische en/of radiotherapeutische behandeling waarbij uw geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

34.4 Eicelvitricatie

Wilt u menselijke eicellen of embryo's laten invriezen? Dan heeft u daar recht op bij de volgende medische indicaties:

- U ondergaat chemotherapie met risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis.
- U ondergaat een radiotherapeutische behandeling waarbij uw ovaria (eierstokken) in het stralingsveld liggen en hierdoor permanente schade kunnen oplopen.
- U ondergaat een operatie, waarbij op medische indicatie (grote delen van) uw beide ovaria (eierstokken) moeten worden verwijderd.

Ook recht op invriezen bij andere medische indicaties

Bij de volgende medische indicaties loopt u een verhoogd risico dat u vroegtijdig onvruchtbaar wordt. Wij spreken hiervan als er sprake is van premature ovariële insufficiëntie (poi) voordat u 40 jaar wordt. Ook dan heeft u recht op het invriezen. Het gaat om medische indicaties die samenhangen met de volgende kenmerken van de vrouwelijke fertiliteit (vruchtbaarheid):

- Het fragiele-X-syndroom.
- Het Turner syndroom (XO).
- Galactosemie.

U heeft bij deze medische indicaties recht op vergoeding van de volgende onderdelen van de behandeling:

- Follikelstimulatie.
- Eicelpunctie.
- Invriezen van de eicellen.

Ook recht op invriezen bij IVF-gebonden indicatie

Tijdens een IVF-poging heeft u in sommige gevallen vanuit doelmatigheidsoverwegingen ook recht op het invriezen. De poging moet dan wel onder de basisverzekering vallen. Het gaat om de volgende situaties:

- Er is onverwacht geen sperma van voldoende kwaliteit aanwezig.
- Er worden eicellen ingevroren in plaats van embryo's.

Bij IVF-gebonden indicatie heeft u alleen recht op het invriezen van eicellen.

Mogelijkheden na het invriezen van eicellen

Laat u na het invriezen uw eicellen weer ontdooien met als doel zwanger te worden? Dan bent u aangewezen op de fasen 3 en 4 van een IVF-poging (zie artikel 34.1 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

Let op! U moet bij terugplaatsing jonger zijn dan 43 jaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het invriezen vindt plaats in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Laat u zich behandelen in een ziekenhuis in het buitenland? Dan geven wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming.
- Op basis van de genoemde indicaties heeft u alleen recht op invriezen als u jonger dan 43 jaar bent.

Maximum vergoeding voor geneesmiddelen

Wij vergoeden u geneesmiddelen die nodig zijn voor het invriezen van eicellen. Dit doen wij tot een bepaald maximum dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin de maximale vergoeding van geneesmiddelen staat.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 35 Kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden kraamzorg. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat kraamverzorgenden plegen te bieden.

Kraamzorg kan plaatsvinden:

- **Thuis**
Voor kraamzorg thuis geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,40 per uur.
- **Geboorte of kraamcentrum**
Voor ligdagen in een geboorte- of kraamcentrum wordt maximaal 8 uur kraamzorg per ligdag in rekening gebracht. Hiervoor geldt ook een wettelijke bijdrage van € 4,40 per uur. U heeft recht op maximaal 4 ligdagen. Voor de resterende geïndiceerde kraamzorg-uren is er recht op kraamzorg thuis.
- **In het ziekenhuis**
Verblijft u zonder medische indicatie in het ziekenhuis? Dan geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 35 per verblijfsdag (€ 17,50 voor de moeder en € 17,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 250 per dag (€ 125 voor de moeder en € 125 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 35 ook het bedrag dat boven de € 250 per dag uitkomt. U heeft recht op maximaal 10 dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Verlaten moeder en kind samen het ziekenhuis voordat deze 10 dagen verstreken zijn? Dan bestaat er voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Voor dag 9 en 10 geldt dat deze alleen toegewezen kunnen worden op basis van een herindicatie door de verloskundige.

Hoeveel uren kraamzorg vergoeden wij?

Op hoeveel uur kraamzorg u recht heeft, hangt af van uw persoonlijke situatie na de bevalling. Het geboorte- of kraamcentrum stelt dit in goed overleg met u vast. Hierbij volgt het centrum het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Op onze website vindt u dit protocol en een toelichting erop. U kunt het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg ook bij ons opvragen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 36 Oncologieonderzoek bij kinderen

U heeft recht op vergoeding van zorg door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION). De SKION coördineert en registreert ingezonden lichaamsmateriaal en stelt de diagnose.

Artikel 37 Prenatale screening

U heeft als vrouwelijke verzekerde recht op vergoeding van:

- Counselling, waarbij u wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt.
- Het structureel echoscopisch onderzoek (SEO), ook wel de 20 weken echo genoemd.
- De combinatietest (nekplooiemeting in combinatie met een bloedonderzoek) naar aangeboren afwijkingen in het 1^e trimester van de zwangerschap. U heeft alleen recht op deze zorg als een huisarts, verloskundige of medisch specialist u op basis van een medische indicatie heeft doorverwezen.
- De Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT). U heeft alleen recht op deze zorg als u een medische indicatie of een positieve combinatietest heeft. Is de uitslag van de combinatietest 1:200 of groter? Dan spreken we van een positieve test.
Let op! Op de kosten van de NIPT kan eigen risico ingehouden worden.
- Invasieve diagnostiek. U heeft alleen recht op deze diagnostiek, als u een medische indicatie, een positieve combinatietest of een positieve niet-invasieve prenatale test heeft. Is de uitslag van de combinatietest of de niet-invasieve prenatale test 1:200 of groter? Dan spreken we van een positieve test.

Voorwaarde voor vergoeding

De zorgverlener die de prenatale screening uitvoert moet een WBO-vergunning hebben of een samenwerkingsverband hebben met een regionaal centrum met een WBO-vergunning.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u een prenatale screening uitvoeren door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Overig

Artikel 38 Diëtetiek

Wij vergoeden u 3 uur diëtetiek door een diëtist per kalenderjaar. Diëtetiek bestaat uit voorlichting en advies op het gebied van voeding en eetgewoonten. De diëtetiek heeft een medisch doel. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat diëtisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor vergoeding

U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van diëtetiek vanuit de basisverzekering.

Soms is bij gecontracteerde diëtisten geen verklaring nodig

In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde diëtisten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze diëtisten kunnen u adviseren zonder verwijzing. Dit noemen wij Directe Toegang Diëtist (DTD). Via de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde diëtisten die DTD aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de advisering? Dan is DTD niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer geeft op de verklaring aan dat de advisering aan huis moet plaatsvinden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich adviseren door een diëtist die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke diëtisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden u geen:

- Afspraken buiten reguliere werktijden.
- Niet-nagekomen afspraken.
- Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Artikel 39 Huisartsenzorg

U heeft recht op vergoeding van geneeskundige zorg verleend door een huisarts, bedrijfsarts of een vergelijkbare arts of zorgverlener die onder verantwoordelijkheid van de huisarts werkzaam is. Als een huisarts het aanvraagt, heeft u ook recht op röntgen- en laboratoriumonderzoek.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat huisartsen als zorg plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 40 Ketenzorg bij Diabetes Mellitus type 2, COPD, astma en/of VRM

U heeft recht op ketenzorg voor Diabetes Mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar of ouder), COPD, astma en/of vasculair risicomangement (VRM) als wij hierover met een zorggroep afspraken hebben gemaakt.

Bij ketenzorg staat de patiënt met chronische aandoening centraal, zorgverleners van verschillende disciplines hebben een rol in het zorgprogramma.

Momenteel hebben wij ketenzorg ingekocht voor COPD, Diabetes Mellitus type 2, astma en VRM. De inhoud van deze programma's is afgestemd op de zorgstandaard Diabetes Mellitus, de zorgstandaard COPD, de zorgstandaard Astma of de zorgstandaard VRM.

Vergoeding ketenzorg bij niet-gecontracteerde zorggroep

Maakt u gebruik van ketenzorg voor Diabetes Mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar of ouder), COPD, astma of VRM via een zorggroep die wij niet hebben gecontracteerd? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorggroep die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, leest u in artikel 4 van de Algemene voorwaarden OZF Zorgpolis.

Heeft u Diabetes Mellitus type 2 en bent u jonger dan 18 jaar? Of is uw zorgverlener niet aangesloten bij een zorggroep? Dan heeft u recht op alleen de zorg zoals medisch specialisten, diëtisten en huisartsen die plegen te bieden. Dat is de zorg zoals die is omschreven in artikel 26, 38 en 39 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis. Daarnaast heeft u bij Diabetes Mellitus type 2 recht op voetzorg zoals omschreven in artikel 2 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.

Wilt u weten met welke zorggroepen wij een contract hebben? U vindt de door ons gecontracteerde zorggroepen op onze website of neemt u hiervoor contact met ons op.

Artikel 41 Stoppen-met-rokenprogramma

Wilt u stoppen met roken? Dan vergoeden wij u maximaal 1 keer per kalenderjaar een stoppen-met-rokenprogramma met als doel te stoppen met roken. Dit stoppen-met-rokenprogramma moet bestaan uit geneeskundige en eventuele farmacotherapeutische interventies die gedragsverandering ondersteunen met als doel stoppen met roken. Het gaat hierbij om ondersteuning zoals huisartsen, medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een medisch specialist.
- Farmacotherapie met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline, bupropion en varenicline wordt uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.
- Het programma moet zijn opgesteld in overeenstemming met de omschrijving en kaders die worden gesteld in de Zorgmodule 'Stoppen met Roken'. En voldoen aan de CBO-richtlijn 'Tabaksverslaving'.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 42 Trombosedienst

Bij trombose heeft u recht op vergoeding van zorg door een trombosedienst. De zorg houdt in dat de dienst:

- Regelmatig bloedmonsters afneemt.
- De noodzakelijke laboratoriumonderzoeken verricht om de stollingstijd van uw bloed te bepalen. De trombosedienst kan deze onderzoeken ook laten verrichten. De trombosedienst blijft verantwoordelijk.
- Apparatuur en toebehoren aan u ter beschikking stelt om zelf de stollingstijd van uw bloed te meten.
- U opleidt om deze apparatuur te gebruiken en u begeleidt bij uw metingen.
- U adviseert over het gebruik van geneesmiddelen om uw bloedstolling te beïnvloeden.

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een huisarts, verloskundige (bij een zwangerschap of bevalling), specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een medisch specialist.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 43 Gecombineerde leefstijlinterventie voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Heeft u een risicoprofiel dat matig verhoogd of sterk verhoogd is volgens de Zorgstandaard Obesitas van Partnerschap Overgewicht Nederland (PON)? En bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij een Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI).

De GLI is een programma gericht op verlagen van de gezondheidsrisico's van uw gewicht. Hierbij krijgt u begeleiding bij het verbeteren van uw eetgewoontes, het verhogen van uw bewegingsactiviteit en het vasthouden van deze gewoontes als duurzame gedragsverandering. Dit programma heeft een duur van 2 jaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts.
- Er moet een matig verhoogd of een sterk verhoogd gewichtsgerateerd gezondheidsrisico (GGR) door de huisarts zijn vastgesteld. Deze risico's zijn uitgewerkt in de Zorgstandaard Obesitas van PON.
- De zorgverlener werkt met een effectief GLI-programma dat als zodanig is geregistreerd in het kwaliteitsregister Loket Gezond Leven.
- De zorgverlener moet minimaal beschikken over de competenties op het niveau van HBO-leefstijlcoach en met een aantekening GLI ingeschreven staan in 1 van de volgende registers:
 - Het Register voor Leefstijlcoaches van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN).
 - Het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of het deelregister van de stichting Keurmerk Fysiotherapie,
 - Of, in het geval van diëtisten of oefentherapeuten, het kwaliteitsregister Paramedici.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden GLI niet als uw gewichtsgerateerd gezondheidsrisico (GGR) volgens de Zorgstandaard Obesitas door de huisarts is ingeschat als licht verhoogd of extreem verhoogd.

Let op! GLI is een nieuwe zorgoplossing, die ook nog niet eerder op deze manier door zorgverleners aangeboden is. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Wilt u gebruik maken van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan gelden onderstaande aanvullende voorwaarden.

Aanvullende voorwaarden als de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'Aanvraagformulier niet-gecontracteerde Gecombineerde Leefstijlinterventies'. Dit formulier is te vinden op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- De naam en verwijsbrief van een huisarts, waarop staat dat u een matig of sterk verhoogd GGR heeft.
- De naam en de AGB-code van de zorgverlener, die het GLI programma begeleidt.
- De naam van het GLI programma.

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Wilt u zorg van een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Wilt u weten met welke zorggroepen wij een contract voor GLI hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Inhoudsopgave Algemene voorwaarden Aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen

Artikel	Bladzijde
1	Hoe sluit u de aanvullende (tandheelkundige) verzekering af? 46
2	Wat verzekert de aanvullende (tandheelkundige) verzekering? 46
3	Is er een verplicht en/of vrijwillig eigen risico? 47
4	Wat betaalt u? 47
5	Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen? 47
6	Wanneer gaat uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering in? En hoe wijzigt u deze? 47
7	Hoe beëindigt u uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering? 48
8	Wanneer beëindigen wij uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering? 48
9	Hoe gaan wij om met materiële controle? 48

Algemene voorwaarden

Aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen

De Algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering zijn ook van toepassing op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Uitzonderingen hierop zijn: Artikel 1.1 - Waarop is uw verzekering gebaseerd, de 1^e 3 punten. Artikel 4.3 - niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen. Deze artikelen uit de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis, een naturapolis, zijn dus niet van toepassing op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Daarnaast is er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

Artikel 1 Hoe sluit u de aanvullende (tandheelkundige) verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende (tandheelkundige) verzekering aanvragen. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt het aanvraagformulier ook via onze website invullen. Wij gaan een aanvullende (tandheelkundige) verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1, op bladzijde 47 van deze Algemene voorwaarden.

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende (tandheelkundige) verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag, als:

- U (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten.
- U zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis.
- Uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft.
- U op het moment dat u zich aanmeldt al zorg heeft of zorg te verwachten is die wij vergoeden vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen.
- U geen zorgverzekering heeft afgesloten en het Centraal Administratie Kantoor u een bestuurlijke boete heeft opgelegd. Tijdens de 12 maanden dat u ambtshalve verzekerd bent, kunt u geen aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen bij ons afsluiten.

1.3 Meeverzekerde kinderen jonger dan 18 jaar

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? En zijn ze jonger dan 18 jaar? Dan kunt u een aanvullende (tandheelkundige) verzekering voor uw kinderen afsluiten als u of uw meeverzekerde partner zelf ook een aanvullende (tandheelkundige) verzekering bij ons heeft. Voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekering voor kinderen jonger dan 18 jaar betaalt u geen premie. Het is niet mogelijk om voor uw kinderen een aanvullende (tandheelkundige) verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan de aanvullende (tandheelkundige) verzekering van u of uw meeverzekerde partner.

Artikel 2 Wat verzekert de aanvullende (tandheelkundige) verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van kosten vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering, mits u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende (tandheelkundige) verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat en dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven.

Let op! Het kan zijn dat wij vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen de kosten alleen vergoeden als u naar een gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we bij een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling een lager bedrag vergoeden. Dit leest u dan ook in het artikel.

2.2 Vergoeding van zorg bij verblijf in het buitenland

Ontvangt u in het buitenland medische zorg? Dan gelden voor de vergoeding van deze zorg bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen 8 en 9 onder Vergoedingen aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel 15 van de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis van toepassing op zorg in het buitenland.

Let op! Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is. Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 9 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons geen recht op vergoedingen vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering die via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende (tandheelkundige) verzekering vallen. Vanuit de aanvullende (tandheelkundige) verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- Vanuit de basisverzekering verstrekte lagere vergoedingen omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg.
- Kosten die met het (verplicht en/of vrijwillig) eigen risico van de basisverzekering zijn verrekenend. Dat geldt niet voor het verplicht eigen risico als u gekozen heeft voor gespreide betaling ervan.
- Wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende (tandheelkundige) verzekering.

Er is geen dekking vanuit deze aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen als de medische kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening. Of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum. Ook niet als de medische kosten gedekt zouden zijn indien deze aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen niet zou hebben bestaan.

2.4 Kosten die voortvloeien uit terrorisme

Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekeringen maximaal de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismedschaden N.V. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op terrorismeverzekerd.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

2.5 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

Heeft u meerdere verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden wij de nota's die u bij ons indient, achtereenvolgens vanuit:

- De basisverzekering.
- De aanvullende verzekeringen AV Compact / AV Royaal.
- De aanvullende tandheelkundige verzekeringen Tand Compact / Tand Royaal.

Artikel 3 Is er een verplicht en/of vrijwillig eigen risico?

Het verplicht eigen risico en uw eventueel vrijwillig gekozen eigen risico zijn alleen van toepassing op de basisverzekering. Voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen geldt het eigen risico dus niet.

Artikel 4 Wat betaalt u?

4.1 Hoogte van uw premie

OZF stelt de premie vast. De te betalen premie staat op uw polisblad. Voor de premie van de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen hanteren wij leeftijdscategorieën. Overschrijdt u in 2019 een leeftijdsgrens? Dan betaalt u met ingang van 1 januari 2020 de premie van de nieuwe leeftijdscategorie.

Neemt u deel aan een collectieve verzekering met een doorsnee premie? En wordt u 65 jaar in 2019? Dan betaalt u met ingang van 1 januari 2020 de premie van de nieuwe leeftijdscategorie.

Verzekerden tot 18 jaar betalen geen premie voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Hiervoor gelden echter wel voorwaarden. Deze leest u in artikel 1.3, op bladzijde 46 van deze Algemene voorwaarden. Wordt de verzekerde 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de 1^e van de maand die volgt op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.

4.2 Als u de premie niet op tijd betaalt

Betaalt u (verzekeringnemer) uw premie niet op tijd? In aanvulling op artikelen 9 en 10 van de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis, beëindigen wij dan uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en). Wij doen dat als u (verzekeringnemer) uw premie niet betaalt binnen de gestelde betalingstermijn in onze 2^e schriftelijke aanmaning. Uw recht op vergoeding vervalt dan automatisch met ingang van de 1^e dag van de maand nadat de genoemde betalingsstermijn is verstreken. De betalingsplicht blijft bestaan.

Is uw premieachterstand voldaan? Dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar opnieuw een aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en) afsluiten. Hier kan wel een medische beoordeling aan voorafgaan.

4.3 Verrekening

U mag een te betalen premie of een andere schuld aan ons niet verrekenen met een van ons te ontvangen vergoeding. Dat mag alleen als wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming geven. Wij kunnen uw vorderingen en schulden die ontstaan uit de OZF Zorgpolis en de aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en), onderling verrekenen. Deze verrekening geldt ook voor eventuele incasso- en deurwaarderskosten.

Artikel 5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

5.1 Wij kunnen uw premie en/of voorwaarden wijzigen

Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen en bloc of groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging voeren wij door op een datum die wij vaststellen. Deze wijzigingen gelden voor uw verzekering(en), ook als u al verzekerd was.

5.2 Als u niet akkoord gaat met de wijzigingen

Gaat u niet akkoord met de hogere premie of de beperking van de voorwaarden? Stuur ons dan een brief of e-mail. Doet u dat wel binnen 30 dagen nadat wij de wijziging(en) bekend hebben gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de premie en/of voorwaarden wijzigen.

5.3 Soms is opzeggen na wijzigingen in de premie en/of voorwaarden niet mogelijk

U kunt niet tussentijds opzeggen als de premieverhoging en/of de beperkingen van de voorwaarden en/of vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen. Dan geldt voor beëindigen de procedure zoals omschreven in artikel 7 van deze Algemene voorwaarden.

Artikel 6 Wanneer gaat uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering in? En hoe wijzigt u deze?

6.1 Uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering gaat in op 1 januari

U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende basisverzekering uitbreiden met een aanvullende (tandheelkundige) verzekering. Dit kan tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. U sluit deze aanvullende (tandheelkundige) verzekering dan met terugwerkende kracht af, per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Voor Tand Royaal geldt een medische selectie. Daarnaast geldt een wachttijd van 12 maanden voor de vergoeding van:

- Ooglaseren of lensimplantatie vanuit AV Royaal (zie artikel 19 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen).
- Orthodontie vanuit Tand Royaal (zie artikel 52 van de Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen).

6.2 Uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering wijzigen

Wilt u (verzekeringnemer) een al bij ons lopende aanvullende (tandheelkundige) verzekering wijzigen? Dan kan dat tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. Wij wijzigen uw verzekering dan met terugwerkende kracht, per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan.

Heeft u (verzekeringnemer) een lopende aanvullende (tandheelkundige) verzekering gewijzigd? Dan tellen de door u ontvangen vergoedingen mee voor uw nieuwe aanvullende (tandheelkundige) verzekering. Dit geldt voor zowel de (vergoedings)termijnen van de zorgaanspraken als voor het bepalen van de (maximale) vergoeding.

Artikel 7 Hoe beëindigt u uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering?

U (verzekeringnemer) kunt uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering beëindigen:

- Door ons een brief of e-mail te sturen. Door op te zeggen via Mijn OZF. Of door hiervoor te bellen met onze Klantenservice. Een opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De aanvullende (tandheelkundige) verzekering eindigt dan op 1 januari van het volgende jaar. Heeft u opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- Met ingang van de dag waarop u onze basisverzekering beëindigt. Als u dat wilt kunt u uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering bij beëindiging van onze basisverzekering wel bij ons voortzetten.
- Door gebruik te maken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een aanvullende (tandheelkundige) verzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende (tandheelkundige) verzekering op. Wilt u (verzekeringnemer) geen gebruik maken van de opzegservice? Dan moet u (verzekeringnemer) dat aangeven op het aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

Artikel 8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering?

Wij beëindigen zowel uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering als die van de verzekerden die op uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering zijn meeverzekerd:

- Op een door ons te bepalen tijdstip:
 - Als u (verzekeringnemer) de verschuldigde bedragen niet betaalt binnen de betalingstermijn die wij hiervoor in onze 2^e herinnering stellen.
 - Als wij besluiten vanwege voor ons van belang zijnde redenen de aanvullende (tandheelkundige) verzekering niet langer te voeren.
- Met onmiddellijke ingang:
 - Als u niet op tijd voldoet aan een verzoek om inlichtingen (eventueel schriftelijk), terwijl die inlichtingen nodig zijn om uw aanvullende (tandheelkundige) verzekering goed uit te voeren.
 - Als achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld. Of als blijkt dat u omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang zijn.
 - Als u fraude pleegt en dit is aangetoond. Wat wij onder fraude verstaan, staat in artikel 20 van de Algemene voorwaarden van de OZF Zorgpolis.

Artikel 9 Hoe gaan wij om met materiële controle?

Wij onderzoeken de rechtmatigheid en doelmatigheid van ingediende nota's. Bij rechtmatigheid controleren wij of de zorgverlener de prestatie ook daadwerkelijk heeft geleverd. Bij doelmatigheid controleren wij of de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie is gezien uw gezondheidstoestand. In dit onderzoek houden wij ons aan dat wat hierover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Begripsomschrijvingen

Hieronder vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in de voorwaarden voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en)

De aanvullende (tandheelkundige) verzekering(en) die u als aanvulling op uw basisverzekering heeft afgesloten:

- AV Compact of AV Royaal.
- Tand Compact of Tand Royaal.

Ongeval

Een plotselinge en onvoorziene gebeurtenis buiten de wil van verzekerde. Die gebeurtenis veroorzaakt medisch aantoonbaar lichamelijk letsel van buitenaf.

Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V., de verzekeraar van OZF.

Zorgverzekeraar

Achmea Zorgverzekeringen N.V. is de zorgverzekeraar voor uw aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Die voert de aanvullende verzekeringen dus voor u uit. Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij de Kamer van Koophandel (KvK) onder nummer 28080300 en bij de AFM onder nummer 12000647.

Inhoudsopgave Vergoedingen aanvullende verzekeringen

AV Compact en AV Royaal

Artikel	Bladzijde	Artikel	Bladzijde
Alternatief			
1	Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen	51	
Botten, spieren en gewrichten			
2	Bewegen in extra verwarmd water bij reuma	52	
3	Pedicurezorg bij reumatische voet, diabetische voet of medische voet	52	
3.1	Pedicurezorg bij reumatische voet	52	
3.2	Pedicurezorg bij diabetische voet	52	
3.3	Pedicurezorg bij medische voet	52	
4	Podotherapie/podologie/podoposturale therapie	53	
5	Sportmedische onderzoeken sportarts	53	
6	Sportmedische begeleiding sportarts	53	
7	Steunzolen	54	
Buitenland			
8	Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot (repatriëring)	54	
9	Zorg in het buitenland	54	
9.1	Spoedeisende zorg in het buitenland	54	
9.2	Vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland	54	
9.3	Overnachtings- en/of vervoerskosten gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland	55	
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck			
10	Beweegprogramma's	55	
11	Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	55	
11.1	Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar of ouder	55	
11.2	Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar	56	
12	Fysiotherapeutische nazorg	57	
Huid			
13	Acnébehandeling	57	
14	Camouflagetherapie	57	
15	Epilatiebehandeling	58	
Hulpmiddelen			
16	Hulpmiddelen	58	
16.1	Eigen bijdrage pruiken	58	
16.2	Handspalk	58	
16.3	Hoofdbedekking bij oncologische behandelingen	58	
16.4	Persoonlijke alarmeringsapparatuur op medische indicatie	58	
16.5	Plakstrips mammaprothese	59	
16.6	Plasweccker	59	
16.7	Sport- of koelbrace	59	
16.8	Steunpessarium	59	
16.9	Trans-therapie	59	
16.10	Zelfhulpprogramma IncoCure	59	
Medicijnen (geneesmiddelen)			
17	Farmaceutische zorg	59	
17.1	Melatonine	59	
17.2	Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar of ouder	60	
Ogen en oren			
18	Brillen en/of contactlenzen	60	
19	Ooglaseren of lensimplantatie	60	
20	Hoortoestel (wettelijke eigen bijdrage) voor verzekerden van 18 jaar of ouder	61	
Preventief			
21	Coachingstraject van FysioRunning	61	
22	Consulten, vaccinaties en geneesmiddelen als u naar het buitenland gaat	61	
23	Cursus alcoholgebruik verminderen	61	
24	Griepvaccinaties	61	
25	Health check	62	
26	Preventieve cursussen	62	
27	Slaapcursus of 'de slaapcoach'	62	
28	Voedings- en beweegprogramma 'Afvallen en Afblijven'	62	
29	Zelftest darmkankerscreening	63	
Psychologische zorg			
30	Counselling	63	
31	Mindfulness training	63	
Vervoer			
32	Vervoer en overnachting in een gasthuis	63	
32.1	Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus	63	
32.2	Overnachtings- en/of vervoerskosten gezinsleden bij verblijf in een ziekenhuis of GGZ-instelling	63	
Ziekenhuis, behandeling en verblijf			
33	Mammaprint	64	
34	Correctie van de oorstand (zonder medische indicatie)	64	
35	Sterilisatie	64	
36	Tweede Arts Online	64	

Artikel	Bladzijde	Artikel	Bladzijde		
Zwanger (worden)/baby/kind		Overig			
37	Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie	64	45	Diëtetiek en voedingsvoorlichting	66
38	Kraampakket	65	45.1	Diëtetiek door een diëtist	66
39	Kraamzorg	65	45.2	Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of een (sport)diëtist	67
39.1	Eigen bijdrage kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum	65	46	Hospice	67
39.2	Verlengde kraamzorg	65	47	Lidmaatschap patiëntenvereniging	67
39.3	Uitgestelde kraamzorg	65	48	Hulp bij mantelzorg	67
40	Lactatiekundige zorg	65	49	Therapeutische vakantiecampen	68
41	Poliklinische bevalling zonder medische indicatie	66	49.1	Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen	68
42	TENS bij bevalling	66	49.2	Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten	68
43	Zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger"	66			
44	Zwangerschaps cursus	66			

Inhoudsopgave Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen

Tand Compact en Tand Royaal

Artikel	Bladzijde	
Mond en tanden (mondzorg)		
50	Reguliere tandheelkundige zorg en mondhygiëne voor verzekerden van 18 jaar of ouder	69
51	Tandheelkundige zorg - kronen, bruggen, inlays en implantaten	69
52	Tandheelkundige zorg - orthodontie (beugel) voor verzekerden tot 18 jaar	70
Service		
	Service bij een zorgverzekering van OZF	71

Vergoedingen aanvullende verzekeringen

AV Compact en AV Royaal

U kunt bij ons verschillende aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen afsluiten: AV Compact, AV Royaal, Tand Compact en Tand Royaal. Op uw polisblad staat welke verzekering(en) u bij ons heeft afgesloten. Hieronder vindt u de zorg die wij vanuit aanvullende verzekeringen AV Compact en AV Royaal vergoeden. Vanaf bladzijde 69 vindt u de zorg die wij vanuit aanvullende tandheelkundige verzekeringen Tand Compact en Tand Royaal vergoeden. Bij iedere vorm van zorg geven wij aan welk deel van de zorg verzekerd is en hoe hoog de vergoeding is. De vermelde vergoeding van zorg is per persoon, tenzij wij dit anders aangeven bij die medische zorg. Ook leest u welke voorwaarden er gelden voor vergoeding en wat wij niet vergoeden. Kunt u niet vinden wat u zoekt? Kijkt u dan eerst in de inhoudsopgave Vergoedingen aanvullende verzekeringen op bladzijde 49 en 50.

Alternatief

Artikel 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

De kosten van consulten of behandelingen van alternatief genezers of therapeuten (artsen en niet-artsen) die wij vergoeden zijn:

Alternatief algemeen

- Acupunctuur.
- APS-therapie.
- Ayurvedische geneeskunde.
- Craniosacrale therapie.
- Homeopathie.
- Kinesiologie.
- Mesologie.
- Natuurgeneeswijzen.
- Neuraaltherapie.
- Orthomoleculaire geneeskunde.
- Reflexzonetherapie.
- Shiatsu therapie.

Alternatieve geneeswijzen (bewegingsapparaat)

- Chiropractie.
- Haptotherapie.
- Manuele geneeskunde/orthomanipulatie.
- Neuromusculaire therapie.
- Orthopedische geneeskunde.
- Osteopathie.

Alternatieve geestelijke hulpverlening (mentale gezondheid)

- Gestalttherapie.
- Haptotherapie.
- Hypno- en regressietherapie.
- Integratieve en/of lichaamsgerichte therapie.
- Vaktherapie.

Antroposofische geneeskunde

- Antroposofische geneeskunde door een antroposofisch arts.
- Euritmietherapie.
- Kunstzinnige therapie.
- Psychische hulpverlening.

Daarnaast vergoeden wij de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Uw alternatief genezer of therapeut moet een geldige AGB-code hebben (na te kijken via agbcode.nl) en zijn aangesloten bij een beroepsvereniging die voldoet aan onze criteria. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria vindt u op onze website via ozf.nl/alternatief of kunt u bij ons opvragen.
- Wij vergoeden alleen consulten of behandelingen die vallen onder het specifieke gebied waarvoor de beroepsvereniging in het overzicht is opgenomen.

- Het consult vindt plaats in het kader van een medische behandeling.
- Het consult vindt plaats op individuele basis, het is dus alleen voor u.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel in Nederland geregistreerd zijn en staan in de G-standaard van de Z-index. De G-standaard is een database waarin alle geneesmiddelen staan die verkrijgbaar zijn via de apotheek.
- Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen alleen als een arts deze heeft voorgeschreven.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Wij vergoeden alternatieve geneesmiddelen alleen als ze zijn geleverd door een door ons gecontracteerde apotheek. Kiest u voor een apotheek die wij niet-gecontracteerd hebben? Dan krijgt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Als de alternatief genezer of therapeut ook uw huisarts is.
- Laboratoriumonderzoeken op verwijzing van de alternatief genezer of therapeut.
- Manuele therapie die een fysiotherapeut geeft.
- Behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie.
- Werk- of schoolgerelateerde coaching.
- Zorg die uit een ander artikel wordt vergoed. Voorbeelden hiervan zijn Mindfulness training en Counselling.

AV Compact

Maximaal € 40 per dag voor consulten van alternatief genezers of therapeuten
Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen: 100%
Maximaal € 350 per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen

AV Royaal

Maximaal € 40 per dag voor consulten van alternatief genezers of therapeuten
Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen: 100%
Maximaal € 550 per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen

Botten, spieren en gewrichten

Artikel 2 Bewegen in extra verwarmd water bij reuma

Heeft u reuma? Dan vergoeden wij u oefentherapie in een zwembad met extra verwarmd water.

Voorwaarden voor vergoeding

- U geeft ons 1-malig een verklaring van een huisarts of medisch specialist. Uit deze verklaring moet blijken dat u oefentherapie in extra verwarmd water nodig heeft vanwege uw reuma.
- De oefentherapie vindt plaats in groepsverband en onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck en/of een reumapatiëntenvereniging.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 200 per kalenderjaar

Artikel 3 Pedicurezorg bij reumatische voet, diabetische voet of medische voet

3.1 Pedicurezorg bij reumatische voet

Heeft u een reumatische voet? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een medisch pedicure, (pedicure-)chiropridist of pedicure in de zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- U geeft ons 1-malig een verklaring van een huisarts of medisch specialist. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is in verband met:
 - Artritis bij darmziekten.
 - Artritis psoriatica (gewrichtsontsteking bij mensen met de huidziekte psoriasis).
 - Ziekte van Bechterew.
 - Chondrocalcinosis.
 - Jeugdreuma.
 - Chronische jicht aan de voet(en).
 - Botziekte Paget.
 - Polyneuropathie.
 - Chronische reactieve artritis.
 - Reumatoïde artritis.
 - Sclerodermie.
 - Ziekte van Still (jeugdreuma).
 - Ernstige artrose aan de voet, met standsafwijkingen en/of vergroeiingen.
- De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'reumatische voet' (RV) of als medisch pedicure (MP).
- Gaat het om een (pedicure-)chiropridist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- Op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.
- Uit de nota blijkt dat het gaat om een onderzoek, behandeling of een speciale techniek en om welk type reumatische voet het gaat.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Het verwijderen van eelt om cosmetische redenen.
- Het knippen van nagels zonder medische reden.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 25 per behandeling tot maximaal € 150 per kalenderjaar voor pedicurezorg bij reumatische voet en/of diabetische voet en/of medische voet samen

3.2 Pedicurezorg bij diabetische voet

Heeft u een diabetische voet en bent u ingedeeld in Zorgprofiel 1? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een medisch pedicure, (pedicure-)chiropridist of pedicure in de zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- U geeft 1 keer een verklaring van een huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde aan de pedicure. Uit deze verklaring moet blijken dat u valt onder Zorgprofiel 1. Dit profiel staat beschreven in artikel 2 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis.
- De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'diabetische voet' (DV) of als medisch pedicure (MP).
- Gaat het om een (pedicure-)chiropridist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- Op de nota moet het Zorgprofiel staan.
- Op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Het jaarlijks voetonderzoek. Dit valt, vanaf Zorgprofiel 1, onder de basisverzekering (zie de artikelen 2 en 40 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).
- Behandelingen vanaf Zorgprofiel 2. Deze vallen onder de basisverzekering (zie de artikelen 2 en 40 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).
- Het verwijderen van eelt om cosmetische redenen.
- Het knippen van nagels zonder medische reden.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 25 per behandeling tot maximaal € 150 per kalenderjaar voor pedicurezorg bij reumatische voet en/of diabetische voet en/of medische voet samen

3.3 Pedicurezorg bij medische voet

Heeft u 1 van onderstaande aandoeningen? En ontstaan er medische klachten als u niet behandeld wordt? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een medisch pedicure, (pedicure-)chiropridist of pedicure in de zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- U geeft ons 1-malig een verklaring van een huisarts of medisch specialist. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is in verband met:
 - Perifere neuropathie.
 - HMSN.
 - Parese voet (bijvoorbeeld door CVA).
 - Dwarslaesie.
 - Sudeckse dystrofie/posttraumatische dystrofie.

- Arteriosclerose obliterans.
- Chronische tromboflebitis.
- Tromboangitis obliterans (ziekte van Buerger).
- Arteriële insufficiëntie.
- Ernstige standafwijkingen (met als gevolg veel eelt en likdoornvorming).
- Hamertenen.
- Keratoderma palmoplantaris.
- Tylotisch eczeem.
- Recidiverende erysipelas.
- Psoriasis nagels.
- Chemotherapie met problemen aan de nagels en voeten.
- Problemen aan de nagels en voeten door MS, ALS, spasme, morbus Kahler, Parkinson en epidermolysis bullosa.
- De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'reumatische voet' (RV) of als medisch pedicure (MP).
- Gaat het om een (pedicure-)chiroprist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- Op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.
- Uit de nota moet blijken dat het gaat om een onderzoek, behandeling of een speciale techniek en om welk type medische voet het gaat.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Het verwijderen van eelt om cosmetische redenen.
- Het knippen van nagels zonder medische reden.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 25 per behandeling tot maximaal € 150 per kalenderjaar voor pedicurezorg bij reumatische voet en/of diabetische voet en/of medische voet samen

Artikel 4 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie

Wij vergoeden u podotherapeutische behandeling door een (sport) podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandelend podotherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- De behandelend sportpodotherapeut moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt een door de SCAS gecertificeerde sportpodotherapeut via: sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.
- De behandelend podoloog moet als Register-Podoloog geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister KABIZ en zijn aangesloten bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- De behandelend podoposturaal therapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister KABIZ en zijn aangesloten bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- Uit de nota blijkt dat het gaat om een onderzoek, een behandeling of een speciale techniek.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Schoenen en schoenaanpassingen.
- Voetonderzoek en behandeling van diabetische voeten.
- Pedicurebehandelingen uitgevoerd door een podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut.
- Instrumentele behandelingen zoals het verwijderen van eelt en het knippen van (kalk)nagels. Maar ook behandeling van likdoorns, wratten of ingegroeide nagels.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 100 per kalenderjaar

Artikel 5 Sportmedische onderzoeken sportarts

Wij vergoeden de volgende kosten van een sportmedisch onderzoek door een sportarts in een Sportmedische Instelling:

- Een sportmedisch onderzoek.
- Een sportkeuring.
- Een inspanningsonderzoek.

Voorwaarde voor vergoeding

De Sportmedische Instelling of sportarts moet gecertificeerd zijn door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde Sportmedische Instellingen via sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

AV Compact

Maximaal € 200 per kalenderjaar

AV Royaal

Maximaal € 200 per kalenderjaar

Artikel 6 Sportmedische begeleiding sportarts

Wij vergoeden de kosten van sportmedische begeleiding (trainingsadvies en individueel trainingsschema op basis van uitkomsten sportmedisch onderzoek) door een sportarts in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarden voor vergoeding

- Vooraf moet er een sportmedisch onderzoek door een sportarts zijn uitgevoerd in een Sportmedische Instelling.
- De Sportmedische Instelling of sportarts moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde Sportmedische Instellingen via sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

AV Compact

Maximaal € 150 per kalenderjaar

AV Royaal

Maximaal € 150 per kalenderjaar

Artikel 7 Steunzolen

Wij vergoeden u (sport)steunzolen en/of orthesen. Of de reparatie ervan.

Voorwaarden voor vergoeding

De (sport)steunzolen moeten zijn gemaakt en geleverd of gerepareerd worden door:

- Een steunzolenleverancier die aangesloten is bij de NVOS Orthobanda. Of voldoen aan de kwaliteitseisen van NVOS Orthobanda.
- Een sportpodotherapeut die gecertificeerd is door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS) of het VSO-Netwerk. Of voldoen aan de kwaliteitseisen van SCAS of het VSO-netwerk. U vindt een door de SCAS gecertificeerde sportpodotherapeut via: sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional. Een lid van het VSO-netwerk vindt u via: vsonetwerk.nl.
- Een podotherapeut die geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Een podoloog die als Register-Podoloog geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister KABIZ en is aangesloten bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoet aan de kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- Een podoposturaal therapeut die geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister KABIZ en is aangesloten bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoet aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- Een orthopedisch schoenmaker.
- Uit de nota blijkt wat er gemaakt, geleverd en/of gerepareerd is.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 125 per kalenderjaar

Buitenland

Artikel 8 Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot (repatriëring)

Wij vergoeden u:

- Medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar een zorginstelling in uw woonland.
- Vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in uw woonland.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het ziekenvervoer is het gevolg van spoedeisende zorg in het buitenland (niet zijnde uw woonland).
- Alarmcentrale Eurocross Assistance heeft vooraf toestemming gegeven en regelt het vervoer.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

Artikel 9 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden u zorg in het buitenland. Dat doen wij bij spoedeisende zorg in het buitenland (9.1), bij vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (9.2) en bij overnachtings- en/of vervoerskosten gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (9.3). Hieronder leest u hoeveel wij vergoeden en welke voorwaarden er gelden.

9.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

Wij vergoeden u medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. De medische zorg kan bovendien niet uitgesteld worden tot na terugkeer in uw woonland. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op onze vergoeding vanuit de OZF Zorgpolis.

Wij vergoeden:

- Behandelingen door een huisarts of medisch specialist.
- Ziekenhuisverblijf en operatie.
- Behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven.
- Medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis.
- Tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Let op! Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij tandheelkundige zorg in het buitenland alleen als u aanvullende tandheelkundige verzekering Tand Compact of Tand Royaal heeft. Die kosten vallen dan onder 1 van deze aanvullende tandheelkundige verzekeringen.

Voorwaarden voor vergoeding

- De medisch adviseur van Eurocross en/of OZF beoordeelt of er sprake is van zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En of het gaat om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze beoordeling bepaalt of de zorg voor vergoeding in aanmerking komt op grond van dit artikel.
- Wij vergoeden u de kosten alleen als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
- U meldt een ziekenhuisopname direct via alarmcentrale Eurocross Assistance.

AV Compact

Aanvulling tot 100% bij maximaal 365 dagen verblijf in het buitenland

AV Royaal

Aanvulling tot 100% bij maximaal 365 dagen verblijf in het buitenland

9.2 Vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland

Is er sprake van ziekenhuisverblijf in een zorginstelling in België of Duitsland via onze afdeling Zorgbemiddeling? Dan vergoeden wij vervoer vanuit Nederland en weer terug naar Nederland. Dat geldt voor door ons gecontracteerd taxivervoer, vervoer per eigen auto en openbaar vervoer.

Voorwaarden voor vergoeding

- Er moet sprake zijn van wachttijdverkortings via onze afdeling Zorgbemiddeling.
- U heeft vooraf toestemming gekregen via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van vervoer en op welke vorm van vervoer. U belt de Vervoerslijn op werkdagen tussen 8.00 en 18.00 uur via (071) 365 4 154.
- In geval van taxivervoer moet u gebruik maken van een door ons gecontracteerde taxivervoerder. Een gecontracteerde taxivervoerder stuurt de nota's naar ons. Kiest u voor een taxivervoerder die wij niet gecontracteerd hebben? Dan krijgt u geen vergoeding.
- Reist u met het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier 'Reiskosten zittend ziekenvervoer' om uw gemaakte vervoerskosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website.

AV Compact

Gecontracteerd taxivervoer 100%
Openbaar vervoer 100% (laagste klasse)
Eigen vervoer € 0,30 per kilometer

De totale vergoeding is maximaal € 1.000 per kalenderjaar

AV Royaal

Gecontracteerd taxivervoer 100%
Openbaar vervoer 100% (laagste klasse)
Eigen vervoer € 0,30 per kilometer

De totale vergoeding is maximaal € 1.000 per kalenderjaar

9.3 Overnachtings- en/of vervoerskosten gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland

Wordt u vanuit Nederland voor zorg opgenomen in een buitenlandse zorginstelling op grond van artikel 9.2 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen? Dan vergoeden wij voor uw gezinsleden:

- De overnachtingskosten in een gasthuis dat in de nabijheid van het ziekenhuis ligt.
- Het vervoer per eigen auto, openbaar vervoer of taxivervoer van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarden voor vergoeding

- Gebruikt u het declaratieformulier 'Vervoers- en overnachtingskosten' om uw gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website.
- Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoers- en/of overnachtingskosten heeft gemaakt.

AV Compact

Maximaal € 35 per nacht voor gemaakte overnachtingskosten
Maximaal € 0,30 per kilometer, ongeacht de wijze van vervoer
Maximaal € 500 per kalenderjaar voor gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten voor alle gezinsleden samen

AV Royaal

Maximaal € 35 per nacht voor gemaakte overnachtingskosten
Maximaal € 0,30 per kilometer, ongeacht de wijze van vervoer
Maximaal € 500 per kalenderjaar voor gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten voor alle gezinsleden samen

Fysiotherapie en oefentherapie

Artikel 10 Beweegprogramma's

Wij vergoeden u beweegprogramma's. Een beweegprogramma is bedoeld voor mensen die door hun ziekte of klacht meer zouden moeten

bewegen, maar dit niet kunnen. In een beweegprogramma leert u van een fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar/Mensendieck zelfstandig te bewegen, zodat u dit ook na het beweegprogramma kunt voortzetten.

In de volgende gevallen vergoeden wij de kosten:

- U heeft obesitas (BMI > 30).
- U revalideert van voormalig hartfalen.
- U heeft reuma (wij gebruiken de definitie van reuma zoals het Reumafonds die heeft bepaald).
- U heeft diabetes type 2.
- U heeft COPD met een lichte tot matige ziektelast met een longfunctiewaarde van FEV1/VC < 0,7, een benauwdheidscore > 2 op de MRC-schaal en een gezondheidsscore van > 1 tot 1,7 op de CCQ-schaal.
- U heeft een oncologische aandoening of herstelt hiervan.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Het beweegprogramma vindt plaats in de oefenruimte van de behandelend fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.
- Het beweegprogramma heeft een duur van minimaal 3 maanden.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

U volgt het beweegprogramma bij een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Kiest u voor een zorgverlener die wij hiervoor niet gecontracteerd hebben? Dan krijgt u geen vergoeding.

U vindt een gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck via de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker. Of neem hiervoor contact met ons op.

Wat wij niet vergoeden

Maakt u gebruik van gecombineerde leefstijlinterventies (zie artikel 43 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis)? Dan vergoeden wij de kosten van een beweegprogramma niet als u obesitas heeft.

AV Compact

Maximaal € 175 per aandoening voor de totale duur van de aanvullende verzekering

AV Royaal

Maximaal € 350 per aandoening voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Artikel 11 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

11.1 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Wij vergoeden uw behandeling door een fysiotherapeut en/of een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij ook als een huidtherapeut u behandelt.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op vergoeding van de kosten voor fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck (zie artikel 4.1 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis)? Dan worden de 1^e 20 behandelingen per aandoening niet vergoed vanuit de basisverzekering. Van die 20 behandelingen:

- Vergoeden wij er 12 als u AV Compact heeft. U betaalt dus 8 behandelingen zelf (behandeling 13 tot en met 20).
- Vergoeden wij ze alle 20 als u AV Royaal heeft.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Stichting Keurmerk Fysiotherapie of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar/Mensendieck (VvOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - Kinderfysiotherapie.
 - Bekkenfysiotherapie.
 - Manuele therapie.
 - Oedeemtherapie.
 - Geriatrische fysiotherapie.
 - Kinderoefentherapie.
 Wilt u weten bij welke therapeuten u verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.
- Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelaren daarvoor op 1 dag nodig? Dan moet uit een gerichte verwijzing door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming geven.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck en huidtherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Bij een gecontracteerde fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar/Mensendieck geen verklaring nodig

Met de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/ Oefentherapie Cesar/Mensendieck).

Via de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker vindt u de door ons gecontracteerde therapeuten die DTF of DTO aanbieden. U kunt hiervoor ook contact met ons opnemen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Een individuele behandeling of groepsbehandeling die alleen tot doel heeft om door middel van training de conditie te bevorderen.
- Zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Toeslagen voor:
 - Afspraken buiten reguliere werktijden.
 - Niet-nagekomen afspraken.
 - Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

- Verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck verstrekt.
- Een individuele behandeling als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt (zie artikel 10 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen).

AV Compact

Maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie

AV Royaal

Maximaal 27 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie

11.2 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden uw behandeling door een fysiotherapeut en/of een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij ook als een huidtherapeut u behandelt.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 4.2 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de kosten alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Stichting Keurmerk Fysiotherapie of in het subspecialisatie register van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
 - Kinderfysiotherapie.
 - Bekkenfysiotherapie.
 - Manuele therapie.
 - Oedeemtherapie.
 - Geriatrische fysiotherapie.
 - Kinderoefentherapie.
 Wilt u weten bij welke therapeuten u verbijzonderde therapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.
- Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelaren daarvoor op 1 dag nodig? Dan moet uit een gerichte verwijzing door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming geven.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck en huidtherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Bij een gecontracteerde fysiotherapeut en/of oefentherapeut Cesar/Mensendieck geen verklaring nodig

Met een aantal gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie Cesar/Mensendieck).

Via de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker vindt u de door ons gecontracteerde therapeuten die DTF of DTO aanbieden. U kunt hiervoor ook contact met ons opnemen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Een individuele behandeling of groepsbehandeling die alleen tot doel heeft om door middel van training de conditie te bevorderen.
- Zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Toeslagen voor:
 - Afspraken buiten reguliere werktijden.
 - Niet-nagekomen afspraken.
 - Eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck verstrekt.
- Een individuele behandeling als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt (zie artikel 10 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen).

AV Compact

Onbeperkt aantal behandelingen, maar maximaal 9 behandelingen manuele therapie

AV Royaal

Onbeperkt aantal behandelingen, maar maximaal 9 behandelingen manuele therapie

Artikel 12 Fysiotherapeutische nazorg

Wij vergoeden u fysiotherapeutische nazorg in verband met:

- Oncologische nazorg: behandeling voor behoud of verbetering van fitheid tijdens of na de medische behandeling van kanker én op herstel gerichte behandeling van klachten van (dreigend) lymfoedeem, littekenweefsel of andere problemen als gevolg van medische behandeling van kanker.
- CVA nazorg: fysiotherapeutische zorg na een beroerte (cerebro vasculair accident, CVA) door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie.
- Hart- en vaatziekten door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

U volgt het fysiotherapeutisch nazorgtraject bij een PlusPraktijk fysiotherapie die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Volgt u het nazorgtraject bij een zorgverlener die wij niet gecontracteerd hebben? Dan krijgt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke PlusPraktijken fysiotherapie wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

Huid

Artikel 13 Acnébehandeling

Wij vergoeden u acnébehandelingen in het gezicht door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de daarbij gebruikte middelen en/of materialen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist staat met de specialisatie 'Acné' geregistreerd bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).
- De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de kwaliteitseisen van NVH.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Camouflagetherapie bij dezelfde indicatie (zie artikel 14 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen).
- Lasertherapie voor couperose, pigment- of ouderdomsvlekken, wijnvlekken en vasculaire aderen.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 350 per kalenderjaar

Artikel 14 Camouflagetherapie

Wij vergoeden u camouflagetherapie (in hals en/of gezicht) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de daarbij gebruikte middelen en/of materialen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- Het moet gaan om de behandeling van littekens, wijnvlekken of pigmentvlekken in hals en/of gezicht.
- De schoonheidsspecialist staat met de specialisatie 'Camouflage' geregistreerd bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).
- De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de kwaliteitseisen van NVH.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Acnébehandeling bij dezelfde indicatie (zie artikel 13 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen).
- Lasertherapie voor couperose, pigment- of ouderdomsvlekken, wijnvlekken en vasculaire aderen.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 350 per kalenderjaar

Artikel 15 Epilatiebehandeling

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden elektrische epilatie en Intense Pulsed Light (IPL) behandelingen door een schoonheids-specialist of huidtherapeut. Of laserepilatiebehandelingen door een huidtherapeut of een erkende laserkliniek.

Voorwaarden voor vergoeding

- Er is sprake van ernstig ontsierende gezichtsbehandling.
- U bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist staat met de specialisatie 'Elektrisch epilieren' of 'Ontharingstechnieken' geregistreerd bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).
- De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de kwaliteitseisen van NVH.
- De lasertherapie vindt plaats in een gekwalificeerde instelling waaraan een dermatoloog verbonden is.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden behandelingen van cosmetische aard niet.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 545 voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Hulpmiddelen**Artikel 16 Hulpmiddelen**

Wij vergoeden u hulpmiddelen en/of de (wettelijke) eigen bijdrage op deze hulpmiddelen. Hieronder leest u om welke hulpmiddelen het gaat en welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

16.1 Eigen bijdrage pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage bij een pruik.

Voorwaarde voor vergoeding

U heeft recht op vergoeding van een pruik vanuit de OZF Zorgpolis (zie artikel 5 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 200 per kalenderjaar

16.2 Handspalk

Wij vergoeden de kosten van een handspalk wanneer deze nodig is voor fysiotherapeutische nazorg bij specialistische handproblematiek.

Voorwaarde voor vergoeding

Een handtherapeut die het certificaat handtherapeut (CHT-NL) bezit levert de handspalk. U vindt de CHT-NL gecertificeerde handtherapeuten via de website handtherapie.com/zoek-uw-handtherapeut.

AV Compact

Maximaal € 40 per kalenderjaar voor 1 vinger- of kleine duimspalk
Maximaal € 60 per kalenderjaar voor 1 pols-, hand- of grote duimspalk
Maximaal € 90 per kalenderjaar voor 1 dynamische of statische spalk

AV Royaal

Maximaal € 40 per kalenderjaar voor 1 vinger- of kleine duimspalk
Maximaal € 60 per kalenderjaar voor 1 pols-, hand- of grote duimspalk
Maximaal € 90 per kalenderjaar voor 1 dynamische of statische spalk

16.3 Hoofdbedekking bij oncologische behandelingen

Ondergaat u oncologische behandelingen? Dan vergoeden wij u een Toupim (pruik aan een haarband), sjaal, mutsje, petje of bandana.

Voorwaarden voor vergoeding

- Uit een verklaring van de huisarts of medisch specialist blijkt dat er sprake is van oncologische behandelingen.
- U schaft de hoofdbedekking aan bij een door ons erkende speciaalzaak.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 150 per kalenderjaar

16.4 Persoonlijke alarmeringsapparatuur op medische indicatie

Wij vergoeden u de abonnementskosten van het gebruik van persoonlijke alarmeringsapparatuur.

Voorwaarden voor vergoeding

- U heeft recht op vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de OZF Zorgpolis (zie artikel 5 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).
- Wij moeten u bij een niet-gecontracteerde leverancier vooraf toestemming geven.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Levert een leverancier die wij niet hebben gecontracteerd de alarmeringsapparatuur? Dan geldt een maximale vergoeding van € 60 per kalenderjaar.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

AV Compact

Gecontracteerd: 100%
Niet-gecontracteerd: maximaal € 60 per kalenderjaar

AV Royaal

Gecontracteerd: 100%
Niet-gecontracteerd: maximaal € 60 per kalenderjaar

16.5 Plakstrips mammaprothese

Draagt u na borstamputatie een uitwendige mammaprothese? Dan vergoeden wij u plakstrips om deze prothese mee te bevestigen.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

16.6 Plaswekker

Wij vergoeden u de aanschaf of huur van een plaswekker. Ook vergoeden wij het bijbehorende broekje.

AV Compact

Maximaal € 100 voor de totale duur van de aanvullende verzekering

AV Royaal

Maximaal € 100 voor de totale duur van de aanvullende verzekering

16.7 Sport- of koelbrace

Wij vergoeden de kosten van een sport- of koelbrace.

AV Compact

Maximaal € 50 voor 1 sport- of koelbrace per kalenderjaar

AV Royaal

Maximaal € 50 voor 1 sport- of koelbrace per kalenderjaar

16.8 Steunpessarium

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium die u gebruikt om een blaas- of baarmoederverzakking te voorkomen of te verlichten.

Voorwaarde voor vergoeding

Uw huisarts moet het steunpessarium leveren. Of uw huisarts moet u verwijzen naar een apotheek die levert.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

100%

16.9 Trans-therapie

Wij vergoeden de huur van de apparatuur voor Trans-therapie ter behandeling van incontinentie.

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een arts, bekkenbodempysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Een hiervoor door ons gecontracteerde leverancier levert de apparatuur. Kiest u voor een leverancier die wij niet gecontracteerd hebben? Dan krijgt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

16.10 Zelfhulpprogramma IncoCure

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met incontinentieproblemen de kosten van het online behandelingstraject van IncoCure.

Dit zelfhulpprogramma bestaat uit een digitale vragenlijst, waarna u online een diagnose krijgt. U krijgt behandeladvies op maat. Voor het invullen van de vragenlijst gaat u rechtstreeks naar de website van IncoCure: incocure.com.

AV Compact

Maximaal € 15 per kalenderjaar

AV Royaal

Maximaal € 15 per kalenderjaar

Medicijnen (geneesmiddelen)**Artikel 17 Farmaceutische zorg**

Wij vergoeden u melatonine (17.1) en anticonceptiva (17.2). Hieronder leest u welke voorwaarden er gelden voor vergoeding.

17.1 Melatonine

Wij vergoeden generieke melatonine tabletten.

Voorwaarden voor vergoeding

- De melatonine tabletten zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog die verbonden is aan een door ons gecontracteerde instelling. Wilt u weten met welke instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.
- Wordt ook Concerta of Methylfenidaat gebruikt? Dan mag de huisarts de melatonine tabletten ook voorschrijven.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Wij vergoeden de levering van melatonine tabletten alleen via:

- Online apotheek eFarma.
- Een andere door ons gecontracteerde apotheek. Er geldt dan een maximale vergoeding per kalenderjaar van € 100. Het meerdere betaalt u dus zelf. Kiest u voor een apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan krijgt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Via online apotheek eFarma: 100% Via een gecontracteerde apotheek: maximaal € 100 per kalenderjaar

17.2 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar of ouder

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden van 21 jaar of ouder hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's).

Voorwaarden voor vergoeding

- Het anticonceptiemiddel is voorgeschreven door een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist.
- Voor de anticonceptiepil is alleen bij de 1^e aflevering een recept van een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist noodzakelijk.
- Het anticonceptiemiddel is opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.
- Een door ons gecontracteerde apotheek levert het anticonceptiemiddel.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Een door ons gecontracteerde apotheek levert het anticonceptiemiddel. Kiest u voor een apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan krijgt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

Bij plaatsing van een spiraaltje door een gynaecoloog vergoeden wij zowel de plaatsing als de spiraal zelf vanuit de basisverzekering. Er kan dan wel sprake zijn van inhouding van eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts vergoeden wij zowel de plaatsing als de spiraal zelf vanuit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. De plaatsing van de spiraal door de huisarts is vrijgesteld van eigen risico.

Wat wij niet vergoeden

Anticonceptiva die wij vergoeden vanuit de basisverzekering op grond van medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies).

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

Ogen en oren**Artikel 18 Brillen en/of contactlenzen**

Wij vergoeden brillen en/of contactlenzen per periode van 2 kalenderjaren. De afleverdatum van de bril en/of contactlenzen is bepalend. De periode start op 1 januari in het jaar van de 1^e aanschaf.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een opticien of optiekbedrijf levert u de brillen en/of contactlenzen.
- De glazen en/of contactlenzen zijn op sterkte.

Wat wij niet vergoeden

- Testen, opmeten of optometrisch onderzoek van de ogen door een opticien of optometrist.
- Lenzenvloeistof, brillenkoker of andere accessoires.
- Reparaties of onderhoud van brillen en/of lenzen. Of controle ervan.

AV Compact
Maximaal € 100 per 2 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
AV Royaal
Maximaal € 200 per 2 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

Artikel 19 Ooglaseren of lensimplantatie

Wij vergoeden een ooglaserverhandeling. Of de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij lensimplantatie.

Voorwaarden voor vergoeding

- U heeft 6 maanden voorafgaande aan de ooglaserverhandeling of lensimplantatie van ons geen vergoeding gekregen voor een bril of contactlenzen.
- Het recht op vergoeding van brillen en/of contactlenzen (zie artikel 18 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen) vervalt voor de duur van 10 jaar vanaf de datum dat de ooglaserverhandeling of lensimplantatie plaatsvindt.
- De oogarts die de behandeling uitvoert staat als refractiechirurg geregistreerd bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG). Is de specialist niet geregistreerd bij het NOG? Dan moet hij/zij voldoen aan de richtlijnen van dit genootschap en zich houden aan de criteria gesteld in de consensus refractiechirurgie.
- Laat u de ooglaserverhandeling of lensimplantatie in het buitenland uitvoeren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.

Wachttijd ooglaseren of lensimplantatie

Voor nieuwe verzekerden geldt een wachttijd van 12 maanden. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor de kosten van ooglaseren of lensimplantatie. De wachttijd gaat in vanaf de datum dat u AV Royaal afsluit.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 500 per oog voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Artikel 20 Hoortoestel (wettelijke eigen bijdrage) voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Schaft u een hoortoestel aan dat vanuit de OZF Zorgpolis voor vergoeding in aanmerking komt? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage van 25% op een hoortoestel.

Voorwaarden voor vergoeding

- U heeft recht op vergoeding vanuit de OZF Zorgpolis (zie artikel 5 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).
- U bent 18 jaar of ouder.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Schaft u een hoortoestel aan bij een leverancier die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage van 25% tot een maximum van € 100 per hoortoestel (dit kan dus ook minder zijn dan € 100).

Wilt u weten met welke hoortoestelleveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

AV Compact

Geen vergoeding

AV RoyaalGecontracteerd: 100%
Niet-gecontracteerd: maximaal € 100 per hoortoestel**Preventief****Artikel 21 Coachingstraject van FysioRunning**

Wij vergoeden de kosten van het online coachingstraject van FysioRunning. Dit traject bestaat uit een screening en begeleiding van maximaal 13 weken.

Voorwaarde voor vergoeding

Voor registratie/screening kunt u rechtstreeks naar de website van FysioRunning: fysiorunning.nl.

AV Compact

1 online coachingstraject van FysioRunning per kalenderjaar

AV Royaal

1 online coachingstraject van FysioRunning per kalenderjaar

Artikel 22 Consulten, vaccinaties en geneesmiddelen als u naar het buitenland gaat

Gaat u naar het buitenland? Dan vergoeden wij u consulten, noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland. Onder noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen verstaan wij de vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) noodzakelijk zijn. Op de website lcr.nl/landen ziet u per land welke vaccinaties geadviseerd worden.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener?

- Voor consulten en vaccinaties via een niet-gecontracteerde zorgverlener geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Het meerdere betaalt u dus zelf.
- Preventieve geneesmiddelen via een apotheek die wij hiervoor niet hebben gecontracteerd vergoeden wij niet.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

AV CompactGecontracteerd: 100% voor consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen
Niet-gecontracteerd: maximaal € 75 per kalenderjaar voor consulten en vaccinaties**AV Royaal**Gecontracteerd: 100% voor consulten, vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen
Niet-gecontracteerd: maximaal € 100 per kalenderjaar voor consulten en vaccinaties**Artikel 23 Cursus alcoholgebruik verminderen**

Wij vergoeden de kosten van een (preventieve) cursus voor het verminderen van alcoholgebruik.

Voorwaarde voor vergoeding

U geeft ons een origineel bewijs van aanmelding en betaling.

AV Compact

Maximaal € 300 per kalenderjaar

AV Royaal

Maximaal € 300 per kalenderjaar

Artikel 24 Griepvaccinaties

Wij vergoeden u griepvaccinaties.

Voorwaarde voor vergoeding

De griepvaccinatie valt niet onder het landelijke vaccinatieprogramma.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

100%

Artikel 25 Health check

Wij vergoeden de kosten van de health check, een preventieve gezondheidstest.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Wij vergoeden deze zorg alleen bij verpleegkundigen van Care for Human. Wilt u een afspraak maken met 1 van de verpleegkundigen van Care for Human? Ga dan naar de website careforhuman.nl.

AV Compact
1 health check per kalenderjaar
AV Royaal
1 health check per kalenderjaar

Artikel 26 Preventieve cursussen

Wij vergoeden de volgende (preventieve) cursussen:

- Bij hartproblemen: een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hartproblemen. De cursus wordt georganiseerd door een thuiszorginstelling. Wij vergoeden niet de kosten van een sportvereniging of fitnesscentrum.
- Bij lymfoedeem: een bewustwordings- en/of zelfmanagement-cursus met als doel patiënten te leren zelf actief bij te dragen aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. Een docent die de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem heeft gevolgd bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) geeft de cursus. Een lijst met bevoegde docenten vindt u op onze website of u kunt deze bij ons opvragen.
- Bij reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew: een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hun ziekte. Het Reumafonds of een thuiszorginstelling organiseert de cursus.
- Bij diabetes type 2: een patiënten-, basis- of vervolgeducatie-cursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling.
- Als u wilt afvallen via deze geselecteerde cursussen voor voedingsadvies:
 - 1 van de schriftelijke en online programma's georganiseerd door Happy Weight.
 - Het cursusaanbod van Biamed Nederland.
 - Het cursusaanbod van Lekker Puh!
 - Het cursusaanbod van Weight Watchers.
 - De cursus Sportief afvallen bij een thuiszorgorganisatie.
 - De cursus goede voeding voor ouderen georganiseerd door een thuiszorginstelling.
- Een basis reanimatie-/AED-cursus georganiseerd via een opleidingsinstituut welke geregistreerd is bij de Nederlandse ReanimatieRaad (NRR).
- Een EHBO-cursus: die opleidt tot het diploma 'Eerste Hulp' van het Oranje Kruis of het certificaat 'Eerste Hulp' van het Rode Kruis. Wij vergoeden niet de kosten van cursussen bedrijfshulpverlening (waaronder EHBO cursussen voor kinderen voor de registratie in de zin van de Wet kinderopvang).
- Een cursus eerste hulp bij kindergevallen die opleidt tot het certificaat van het Oranje Kruis of het certificaat van het Rode Kruis. Wij vergoeden niet de kosten van cursussen bedrijfshulpverlening (waaronder EHBO cursussen voor kinderen voor de registratie in de zin van de Wet kinderopvang).
- Een cursus lekker in je vel. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.
- Cursussen georganiseerd door patiëntenverenigingen. De cursus moet worden georganiseerd door een patiëntenvereniging die aangesloten is bij Patiëntenfederatie Nederland of bij het netwerk Ieder(in).

- Een cursus Kanjertraining. De cursus moet worden gegeven door licentiehouders aangesloten bij Instituut voor Kanjertrainingen B.V.
- Het programma Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO).
- Het valpreventieprogramma 'In Balans' of 'Vallen Verleden Tijd'. Dit programma moet gegeven worden door een door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die dit programma aanbiedt. Wilt u weten welke fysiotherapeuten of oefentherapeuten dit programma aanbieden? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op. U kunt ook een valpreventieprogramma volgen bij een thuiszorginstelling.

Voorwaarde voor vergoeding

U geeft ons een origineel bewijs van aanmelding en betaling.

AV Compact
Maximaal € 100 per cursus per kalenderjaar
AV Royaal
Maximaal € 100 per cursus per kalenderjaar

Artikel 27 Slaapcursus of 'de slaapcoach'

Wij vergoeden de kosten van

- Een online slaapcursus of 'de slaapcoach'. Hierbij krijgt u online professioneel advies en praktische oplossingen om beter te slapen. De cursus moet worden georganiseerd door Somnio.
- Een cursus slapen kun je leren. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Voorwaarde voor vergoeding

U geeft ons een origineel bewijs van aanmelding en betaling.

AV Compact
Maximaal € 150 per kalenderjaar
AV Royaal
Maximaal € 150 per kalenderjaar

Artikel 28 Voedings- en beweegprogramma 'Afvallen en Afblijven'

Wij vergoeden de kosten van het 12 weekse voedings- en beweegprogramma 'Afvallen en Afblijven'.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het programma moet georganiseerd zijn door een aanbieder waarmee wij afspraken hebben gemaakt. Wilt u weten met welke aanbieder(s) wij afspraken hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.
- U geeft ons een origineel bewijs van aanmelding en betaling.

AV Compact
Maximaal € 250 per kalenderjaar
AV Royaal
Maximaal € 250 per kalenderjaar

Artikel 29 Zelftest darmkankerscreening

Wij vergoeden een iFOBT-test in het kader van darmkankerscreening. U kunt deze test thuis uitvoeren. De test wordt ook gebruikt in het landelijk bevolkingsonderzoek. Wilt u weten bij welke leverancier u de iFOBT-test kunt bestellen? Neemt u hiervoor contact met ons op.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent 50 jaar of ouder.
- U heeft geen recht op deelname aan het landelijk bevolkingsonderzoek darmkanker.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Maximaal € 25 per kalenderjaar

Psychologische zorg

Artikel 30 Counselling

Wij vergoeden de kosten van counselling. Counselling is een kortdurende vorm van individuele psychosociale begeleiding.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandelend counsellor moet zijn aangesloten bij de Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC).
- Op de nota moet duidelijk staan dat het om counselling gaat.

AV Compact
Maximaal € 300 per kalenderjaar
AV Royaal
Maximaal € 300 per kalenderjaar

Artikel 31 Mindfulness training

Wij vergoeden de kosten van een mindfulness training.

Voorwaarde voor vergoeding

De mindfulness training moet gegeven worden door een trainer die is aangesloten bij de Vereniging Mindfulness Based trainers in Nederland en Vlaanderen (VMBN). Deze kunt u vinden op de website vmbn.nl.

AV Compact
Maximaal € 250 per kalenderjaar
AV Royaal
Maximaal € 250 per kalenderjaar

Vervoer

Artikel 32 Vervoer en overnachting in een gasthuis

Wij vergoeden de kosten van overnachtingskosten in een gasthuis bij een poliklinische behandelcyclus (32.1) en van overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden bij verblijf in een ziekenhuis of GGZ-instelling (32.2). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

32.1 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Ondergaat u een poliklinische behandelcyclus? Dan vergoeden wij u de overnachting in een in de buurt van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis in Nederland. Er is sprake van een poliklinische behandelcyclus als u op 2 of meer aaneengesloten dagen wordt behandeld, maar u niet in het ziekenhuis verblijft.

Wat wij niet vergoeden

De kosten van de overnachting voorafgaand aan de 1^e behandeldag.

AV Compact
Maximaal € 35 per nacht
AV Royaal
Maximaal € 35 per nacht

32.2 Overnachtings- en/of vervoerskosten gezinsleden bij verblijf in een ziekenhuis of GGZ-instelling

Verblijft u in een ziekenhuis of GGZ-instelling in Nederland, België of Duitsland? Dan vergoeden wij voor uw bezoekende gezinsleden:

- De overnachting in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis dat in de buurt van het ziekenhuis of de GGZ-instelling ligt.
- Ongeacht de wijze van vervoer 0,30 per kilometer voor vervoer per eigen auto, openbaar vervoer (laagste klasse) of taxi vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis, de GGZ-instelling of het gasthuis. En de kosten van vervoer tussen het gasthuis en het ziekenhuis of de GGZ-instelling. Wij bepalen op basis van de post-code van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route.

Eigen betaling voor vervoer

Voor vervoer (openbaar vervoer, taxivervoer of eigen auto) geldt een eigen betaling van € 100 per kalenderjaar. Dit betekent dat u de eerste € 100 aan gemaakte vervoerskosten zelf betaalt.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten voor overnachting in een gasthuis alleen als u verblijft in een ziekenhuis of GGZ-instelling dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt.
- Verblijft u in een ziekenhuis of GGZ-instelling in België of Duitsland? Dan vergoeden wij de kosten vanuit dit artikel alleen, als er geen sprake is van zorgbemiddeling zoals bedoeld in artikel 9.3 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.
- Gebruikt u het declaratieformulier 'Vervoers- en/of overnachtingskosten' om uw gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website.
- Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoers- en/of overnachtingskosten heeft gemaakt.
- Uw gezinsleden hebben bij ons aanvullende verzekering AV Compact of AV Royaal.

AV Compact

Maximaal € 35 per nacht voor gemaakte overnachtingskosten
 Maximaal € 0,30 per kilometer, ongeacht de wijze van vervoer
 Maximaal € 500 per kalenderjaar voor gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten voor alle gezinsleden samen

AV Royaal

Maximaal € 35 per nacht voor gemaakte overnachtingskosten
 Maximaal € 0,30 per kilometer, ongeacht de wijze van vervoer
 Maximaal € 500 per kalenderjaar voor gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten voor alle gezinsleden samen

Ziekenhuis, behandeling en verblijf**Artikel 33 Mammaprint**

Wij vergoeden een Mammaprint. Met behulp van de Mammaprint kan de behandelend arts in sommige gevallen een betere diagnose stellen. Daarmee kunt u met de behandelend arts bepalen of chemotherapie in uw situatie het best passende is.

Voorwaarde voor vergoeding

Het laboratorium Agendia voert het onderzoek uit.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

Artikel 34 Correctie van de oorstand (zonder medische indicatie)

Wij vergoeden een correctie van de oorstand van cosmetische aard voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een medisch specialist voert de ingreep uit.
- U bent jonger dan 18 jaar.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Een door ons gecontracteerde zorgverlener voert de correctie van de oorstand uit. Kiest u voor een zorgverlener die wij niet gecontracteerd hebben? Dan krijgt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

100%

Artikel 35 Sterilisatie

Wij vergoeden een sterilisatie.

Voorwaarden voor vergoeding

De behandeling vindt plaats in:

- De praktijk van een hiertoe bevoegde huisarts, als het gaat om een mannelijke verzekerde.
- Een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (poliklinisch of in dagbehandeling).

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Een hiertoe bevoegde huisarts of een medisch specialist die wij hebben gecontracteerd voert de behandeling uit. Kiest u voor een medisch specialist die wij niet gecontracteerd hebben of voor een huisarts die hiertoe niet bevoegd is? Dan krijgt u geen vergoeding. Wilt u weten met welke medisch specialisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Let op! U betaalt geen eigen risico voor de sterilisatie zelf. Maar u betaalt wel eigen risico voor:

- Het 1^e consult als de operatie meer dan 90 dagen later plaatsvindt.
- De na-controle als deze meer dan 42 dagen na de operatie plaatsvindt.

Wat wij niet vergoeden

Een hersteloperatie vergoeden wij niet.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

100%

Artikel 36 Tweede Arts Online

Wij vergoeden de kosten van Tweede Arts Online. Tweede Arts Online is een digitaal platform. Twijfelt u over een gestelde diagnose en/of behandeling? Dan kunt u een (medisch) specialist kiezen en hem/haar een vraag stellen over een gestelde diagnose en/of behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

U meldt zich aan via ozf.nl/tweedeartsonline. U vindt er ook nadere informatie. Of neem hiervoor contact met ons op.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

Zwanger (worden)/baby/kind**Artikel 37 Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie**

Zijn bij ons 1 of meerdere kinderen tijdens de looptijd van de zorgverzekering wettig geadopteerd en bij ons ingeschreven in de OZF Zorgpolis? Dan vergoeden wij de kosten van:

- Adoptiekraamzorg.
- Medische screening (preventief onderzoek).

Voorwaarden voor vergoeding

- Bij adoptiekraamzorg is het adoptiekind op het moment van adoptie jonger dan 12 maanden en maakt het niet al deel uit van het gezin.
- U kunt alleen voor medische screening kiezen, als uw adoptiekind uit het buitenland komt.
- Een kinderarts voert de medische screening uit.
- De medische screening is een verplicht onderdeel van het adoptieproces.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

U moet de adoptiekraamzorg afnemen van een kraamcentrum dat wij gecontracteerd hebben. Kiest u voor een kraamcentrum dat wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding. Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden medische screening van het adoptiekind niet als de adoptie al heeft plaatsgevonden.

AV Compact
Adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur, óf Medische screening bij adoptie: maximaal € 300 per adoptiekind
AV Royaal
Adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur, óf Medische screening bij adoptie: maximaal € 300 per adoptiekind

Artikel 38 Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde voor vergoeding

Vraagt u het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum aan via ozf.nl/zwanger.

AV Compact
100%
AV Royaal
100%

Artikel 39 Kraamzorg

In dit artikel leest u in welke gevallen wij aan vrouwelijke verzekerden de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum (39.1) vergoeden. Ook leest u onze vergoeding van verlengde kraamzorg (39.2) en van uitgestelde kraamzorg (39.3).

39.1 Eigen bijdrage kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum

Bent u vanuit de OZF Zorgpolis een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd op kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum (zie artikel 35 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis)? Dan vergoeden wij deze wettelijke eigen bijdrage aan vrouwelijke verzekerden.

AV Compact
Maximaal 24 uur per zwangerschap
AV Royaal
100%

39.2 Verlengde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden bij medische noodzaak voor maximaal 5 dagen verlengde kraamzorg. Deze verlengde kraamzorg gaat in op de 11^e dag na de dag waarop de bevalling plaatsvond.

Voorwaarde voor vergoeding

De medische noodzaak blijkt uit een medische verklaring.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Wij vergoeden verlengde kraamzorg alleen als een door ons gecontracteerd kraamcentrum de kraamzorg levert. Kiest u voor een kraamcentrum dat wij niet gecontracteerd hebben? Dan krijgt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Maximaal € 200 per dag, maximaal 5 dagen

39.3 Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden bij medische noodzaak uitgestelde kraamzorg. Hiermee bedoelen wij kraamzorg die verleend is na de 10^e dag van de geboorte van het kindje.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het kraamcentrum vindt de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk.
- U heeft tijdens de 1^e 10 dagen, gerekend vanaf de dag dat de bevalling plaatsvond, nog geen kraamzorg gehad.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Wij vergoeden uitgestelde kraamzorg alleen als een door ons gecontracteerd kraamcentrum de kraamzorg levert. Kiest u voor een kraamcentrum dat wij niet gecontracteerd hebben? Dan krijgt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

AV Compact
Geen vergoeding
AV Royaal
Maximaal € 300

Artikel 40 Lactatiekundige zorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met borstvoedingsproblemen hulp en advies door een lactatiekundige.

Voorwaarden voor vergoeding

De lactatiekundige:

- Is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of voldoet aan de kwaliteitseisen van beroepsvereniging NVL.
- Is in dienst van een door ons gecontracteerd kraamcentrum.

Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 115 per kalenderjaar

Artikel 41 Poliklinische bevalling zonder medische indicatie

Bent u onder leiding van een verloskundige of huisarts zonder medische indicatie poliklinisch bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum? Dan betaalt u hiervoor een wettelijke eigen bijdrage vanuit de basisverzekering (zie artikel 33.2 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis). Wij vergoeden deze wettelijke eigen bijdrage aan vrouwelijke verzekerden.

AV Compact

100%

AV Royaal

100%

Artikel 42 TENS bij bevalling

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden een TENS voor pijnbestrijding tijdens de bevalling. Een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts begeleidt de bevalling.

Voorwaarde voor vergoeding

U bent doorverwezen door een huisarts, verloskundige of gynaecoloog.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Wij vergoeden alleen als een door ons gecontracteerde leverancier de apparatuur levert. Kiest u voor een leverancier die wij niet gecontracteerd hebben? Dan krijgt u geen vergoeding. Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

AV Compact

1x voor de totale duur van de aanvullende verzekering

AV Royaal

1x voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Artikel 43 Zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger"

Wij vergoeden de abonnementskosten van het zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger". Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap.

AV Compact

1 abonnement voor de totale duur van de aanvullende verzekering

AV Royaal

1 abonnement voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Artikel 44 Zwangerschaps cursus

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden het volgen van cursussen:

- Die u tijdens de zwangerschap voorbereiden op de bevalling en/of die u begeleiden tijdens de bevalling.
- Die uw fysieke herstel na de bevalling bevorderen.

Voorwaarden voor vergoeding

- U geeft ons een bewijs van aanmelding en betaling.
- De cursus, yoga of zwangerschapsgymnastiek wordt gegeven door:
 - Een thuis- of kraamzorginstelling.
 - Een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de vereniging Samen Bevallen.
 - Een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.
 - Een zorgverlener gekwalificeerd in hypnobirthing.
 - Een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij Zwanger en Fit.
 - Een zorgverlener gekwalificeerd in Psychoprofylaxe (angst voor de bevalling).
 - Mom in Balance.
 - Een verloskundigenpraktijk of gezondheidscentrum.

AV Compact

Maximaal € 50 per zwangerschap

AV Royaal

Maximaal € 75 per zwangerschap

Overig**Artikel 45 Diëtetiek en voedingsvoorlichting**

Wij vergoeden u diëtetiek door een diëtist (artikel 45.1) en voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of een (sport) diëtist (artikel 45.2).

45.1 Diëtetiek door een diëtist

Wij vergoeden u diëtetiek door een diëtist. Diëtetiek is voorlichting en advisering op het gebied van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Deze vergoeding is een aanvulling op de vergoeding diëtetiek vanuit de OZF Zorgpolis (zie artikel 38 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Laat u zich behandelen door een diëtist die wij niet hebben gecontracteerd? Dan is de vergoeding maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Wilt u weten met welke diëtisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker of neem hiervoor contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op ozf.nl/vergoedingen of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van én diëtetiek én voedingsvoorlichting (zie artikel 45.2) voor dezelfde diagnose.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

2 uur

45.2 Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of (sport)diëtist

Wij vergoeden de kosten van voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of een (sport)diëtist. Voedingsvoorlichting is voorlichting en advisering op het gebied van voeding en eetgewoonten, zonder medisch doel.

Voorwaarden voor vergoeding

- De gewichtsconsulent moet aangesloten zijn bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de BGN.
- De sportdiëtist moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde sportdiëtisten via de website sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.
- De (sport)diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van én voedingsvoorlichting én diëtetiek (zie artikel 45.1) voor dezelfde diagnose.

AV Compact

Maximaal € 120 per kalenderjaar

AV Royaal

Maximaal € 120 per kalenderjaar

Artikel 46 Hospice

Wij vergoeden uw verblijfskosten in een hospice in Nederland. Een hospice is een omgeving in huiselijke sfeer voor mensen die ongeneeslijk ziek zijn en binnen afzienbare tijd zullen overlijden.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het hospice moet participeren in het netwerk palliatieve zorg in de regio.
- Het hospice mag geen deel uitmaken van een gezondheidsinstelling, zoals een verpleeg-, bejaarden- of verzorgingstehuis.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden de eigen bijdrage die op grond van de Wlz in rekening wordt gebracht bij verblijf in een hospice niet.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 40 per nacht

Artikel 47 Lidmaatschap patiëntenvereniging

Wij vergoeden uw lidmaatschap van een patiëntenvereniging.

Voorwaarden voor vergoeding

- De patiëntenvereniging is aangesloten bij 1 van onderstaande instanties:
 - Patiëntenfederatie Nederland.
 - Het Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg (LPGGz).
 - Koepelorganisatie Ieder(in).
- U geeft ons een origineel bewijs van betaling.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 25 per kalenderjaar

Artikel 48 Hulp bij mantelzorg

Van mantelzorg is sprake als er onbetaald en langdurig wordt gezorgd voor een chronisch zieke of gehandicapte uit uw directe sociale omgeving.

Bent u mantelzorg of ontvangt u mantelzorg? Dan geven wij een vergoeding (bedrag) voor de kosten van noodzakelijke ondersteuning ter voorkoming van uitval van de mantelzorg. Voor u als mantelzorg. Of voor u als ontvanger van mantelzorg. Waar kunt u dit bedrag voor inzetten?

- Ontvangt u thuis mantelzorg? Dan kunt u bij tijdelijke afwezigheid van die mantelzorg de kosten van vervangende zorg betalen.
- Voor tijdelijke professionele ondersteuning door het overnemen van allerlei regeltaken op het gebied van zorg, welzijn en financiën (mantelzorgmakelaar), tot maximaal € 250 per kalenderjaar.
- Voor mantelzorginstructies, mantelzorgcoaching en mantelzorgcursussen, tot maximaal € 150 per kalenderjaar.
- Voor het ontvangen van tijdelijke huishoudelijke hulp, tot maximaal € 450 per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij geven u vooraf toestemming. Belt u hiervoor met de Zorgcoach via (071) 364 0 280. Of neem hiervoor contact met ons op. De Zorgcoach bekijkt eerst of zij u voldoende informatie en hulp kan geven en bepaalt daarna welke ondersteuning u nodig heeft en hoeveel dit kost. Vervolgens stelt de Zorgcoach de hoogte van het te ontvangen bedrag vast.
- Heeft zowel de mantelzorg als degene die mantelzorg ontvangt een aanvullende verzekering die recht geeft op vergoeding van hulp bij mantelzorg? Dan wordt hulp bij mantelzorg eerst vergoed op grond van de aanvullende verzekering van de mantelzorg. En pas daarna op grond van de aanvullende verzekering van de mantelzorg ontvanger. Zijn er meerdere mantelzorgers voor 1 hulpbehoevende? Dan verlenen wij de vergoeding hulp bij mantelzorg aan 1 mantelzorg.
- Wilt u de vergoeding inzetten voor vervanging van de mantelzorg? Dan moet de mantelzorg afwezig zijn op het moment dat de vervangende mantelzorg wordt ingezet.

Wat wij niet vergoeden

- De kosten voor verleende diensten aan zowel de mantelzorg als de mantelzorg ontvanger. Kosten kunnen maar 1 keer gedeclareerd worden.
- Als deze kosten (al dan niet via een PGB) worden vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw) of Wet langdurige zorg (Wlz).
- Als u minder dan 3 maanden en minder dan 8 uur per week mantelzorg bent of mantelzorg ontvangt.
- Het inzetten van extra uren mantelzorg bij (tijdelijke) achteruitgang in de gezondheidssituatie. U dient hiervoor een nieuwe indicatie aan te vragen.
- De kosten van ondersteuning mantelzorg als degene die mantelzorg ontvangt permanent in een Wlz-instelling verblijft.

AV Compact

Maximaal € 750 per persoon per kalenderjaar voor alle door uw Zorgcoach toegewezen zorg samen

AV Royaal

Maximaal € 1.000 per persoon per kalenderjaar voor alle door uw Zorgcoach toegewezen zorg samen

Artikel 49 Therapeutische vakantiecampen

Wij vergoeden therapeutische vakantiecampen voor kinderen (49.1) en voor gehandicapten (49.2). Op deze vakantiecampen leert u omgaan met uw ziekte, aandoening of handicap, door training met lotgenoten.

49.1 Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen

Heeft uw kind een ernstige of chronische ziekte? Dan vergoeden wij het verblijf in een therapeutisch vakantiecamp georganiseerd door:

- Diabetes Jeugdvereniging Nederland.
- Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen.
- Stichting De Ster (Sterkamp en Maankamp).
- Nederlandse Hartstichting (Jump).
- Bas van de Goor Foundation (sportkampen voor diabetici).
- Stichting Heppie.

Voorwaarden voor vergoeding

- U bent jonger dan 18 jaar.
- U geeft ons een betalingsbewijs.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 150 per kalenderjaar

49.2 Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten

Wij vergoeden aan verzekerden die lichamelijk of geestelijk gehandicapt zijn het verblijf in een therapeutisch vakantiecamp.

Voorwaarde voor vergoeding

U geeft ons een betalingsbewijs. Hierop staat duidelijk omschreven dat het om een therapeutisch vakantiecamp gaat.

AV Compact

Geen vergoeding

AV Royaal

Maximaal € 150 per kalenderjaar

Vergoedingen tandheelkundige verzekeringen

Tand Compact en Tand Royaal

Alleen van toepassing als deze dekking op uw polisblad staat. Voor Tand Royaal geldt een medische selectie. Voor deze verzekering vragen wij u om vooraf een tandheelkundige gezondheidsverklaring in te vullen en in te dienen. Deze vindt u op onze website via ozf.nl/downloads.

Mond en tanden (mondzorg)

Artikel 50 Reguliere tandheelkundige zorg en mondhygiëne voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij u tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg of tandprotheticus.

Gaat u naar een tandarts? Dan vergoeden wij verdovingen (A-codes), consulten (C-codes), vullingen (V-codes), extracties (H-codes), foto's (X-codes) en een second opinion voor 100%.

Wij vergoeden de kosten van de overige tandheelkundige behandelingen voor 75%. Onder overige tandheelkundige behandelingen vallen onder andere behandelingen mondhygiëne (M-codes) en parodontologie (T-codes).

Gaat u naar een mondhygiënist? Dan mag de mondhygiënist consulten (C-codes), mondhygiënebehandelingen (M-codes), kleine vullingen (V-codes) en parodontologische behandelingen (T-codes) uitvoeren. Wij vergoeden de C-codes en V-codes voor 100%. En wij vergoeden de M-codes en T-codes voor 75%.

Gaat u naar een kaakchirurg? Dan vergoeden wij parodontale chirurgie voor 75%.

Krijgt u een uitneembare volledige prothese (kunstgebit)? Of een uitneembare volledige prothese op implantaten (klikgebit)? En vergoeden wij u die prothese vanuit de OZF Zorgpolis (zie artikel 11 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis)? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage voor 75% vanuit Tand Royaal.

Let op! Wij vergoeden tandheelkundige behandelingen alleen als de maximale vergoeding van uw gekozen aanvullende tandheelkundige verzekering nog niet bereikt is. Die maximale vergoeding is € 250 vanuit Tand Compact. En € 1.000 vanuit Tand Royaal.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- Keuringsrapporten.
- Tandheelkundige verklaringen.
- Een afspraak die u niet bent nagekomen.
- Een niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05).
- Een fluoridebehandeling (M40).
- Het uitwendig bleken van tanden en kiezen.
- Een Mandibulair Repositie Apparaat (MRA): een prothese tegen snurken, en de diagnostiek en nazorg hiervoor.
- Een mondbeschermer.

- Kronen, bruggen, inlays en implantaten (zie hiervoor artikel 51 op deze bladzijde).
- Orthodontie (zie hiervoor artikel 52 op bladzijde 70).
- Cosmetische behandelingen.
- Abonnementen.
- Volledige narcose en lachgas.
- Een gecompliceerde extractie (kies of tand trekken) door de kaakchirurg (zie hiervoor artikel 10 van de Aanspraken en vergoedingen OZF Zorgpolis).

Tand Compact

Verdovingen (A-codes), consulten (C-codes), vullingen (V-codes), extracties (H-codes), foto's (X-codes) en een second opinion: 100%
Overige tandheelkundige behandelingen: 75%

Totale vergoeding maximaal € 250 per kalenderjaar

Tand Royaal

Verdovingen (A-codes), consulten (C-codes), vullingen (V-codes), extracties (H-codes), foto's (X-codes) en een second opinion: 100%
Overige tandheelkundige behandelingen: 75%
Wettelijke eigen bijdragen op uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) al dan niet op implantaten: 75%

Totale vergoeding maximaal € 1.000 per kalenderjaar

Artikel 51 Tandheelkundige zorg - kronen, bruggen, inlays en implantaten

Wij vergoeden u kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief de techniekkosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een tandarts of kaakchirurg voert de behandeling uit.
- De tandarts of kaakchirurg moet de behandeling achteraf, als 1 totale prestatie declareren. De behandeling mag dus niet gesplitst (in 2 kalenderjaren) gedeclareerd worden. Deze voorwaarde voor vergoeding geldt niet voor implantaten.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden gedeeltelijk voltooid werk (R90) niet.

Tand Compact

Geen vergoeding

Tand Royaal

75% tot maximaal € 750 per kalenderjaar

Artikel 52 Tandheelkundige zorg - orthodontie (beugel) voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden tot 18 jaar orthodontie (beugel) en een second opinion.

Voorwaarden voor vergoeding

- Een orthodontist of tandarts voert de behandeling uit of geeft de second opinion.
- U bent jonger dan 18 jaar.

Wat wij niet vergoeden

- Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij reparatie of vervanging hiervan niet.
- Een mondbeschermer.

Wachttijd orthodontie

Voor de vergoeding van de kosten van orthodontie geldt een wachttijd van 12 maanden. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor de kosten van orthodontie. De wachttijd geldt als u Tand Royaal in 2019 afsluit en Tand Royaal in 2018 niet had. De wachttijd geldt ook als u overstapt van 1 van de andere zorgverzekeraars van Achmea.

Tand Compact

Geen vergoeding

Tand Royaal

75% tot maximaal € 2.000 voor de totale duur van de aanvullende verzekering

Service

Service bij een zorgverzekering van OZF

Hieronder leest u op welke service u onder andere kunt rekenen als u bij ons een zorgverzekering heeft.

Algemene contactinformatie

Wilt u gebruik maken van onze service of heeft u vragen? Belt u dan met onze Klantenservice via (074) 789 0 789. Wij zijn op werkdagen bereikbaar tussen 8.00 en 17.00 uur. Natuurlijk vindt u ook veel informatie op onze website ozf.nl.

Uw zorgnota snel en gemakkelijk declareren

Veel zorgverleners sturen ons rechtstreeks de nota van medische kosten. Meestal betalen wij direct aan uw zorgverlener. Heeft u zelf een nota ontvangen? Dan kunt u deze nota bij ons indienen. Wij bieden u 2 mogelijkheden voor het indienen van nota's:

- Digitaal: ozf.nl/declareren.
- Per post: Zorgverzekeraar OZF, Afdeling Declaratieservice, Postbus 94, 7550 AB Hengelo.

Wilt u een wijziging aan ons doorgeven?

Wij halen onze gegevens uit de Basisregistratie Personen (BRP). U hoeft daarom bepaalde gegevens niet aan ons door te geven. Het doorgeven aan uw gemeente is voldoende. Bijvoorbeeld bij verhuizen of bij overlijden. Welke wijzigingen moet u nog wel aan ons doorgeven? Dat zijn bijvoorbeeld het aanpassen van uw verzekeringspakket of van uw vrijwillig eigen risico. Of als u een ander rekeningnummer heeft, gaat scheiden of uw baby wilt aanmelden als OZF-verzekerde. Geeft u een wijziging van uw telefoonnummer of e-mailadres ook aan ons door?

Geef een wijziging als volgt aan ons door:

- Bel onze Klantenservice via (074) 789 0 789.
- Via het contactformulier op ozf.nl/contact.
- Stuur een e-mail naar info@ozf.nl.
- Via ozf.nl/mijnnoz (u logt in met uw DigiD).

Vragen over vergoedingen of een door ons gecontracteerde zorgverlener vinden?

Wilt u weten wat wij vergoeden? Kijk dan op ozf.nl/vergoedingen. U vindt op ozf.nl/vergoedingen ook een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners. En een door ons gecontracteerde zorgverlener vindt u via de Zorgzoeker op ozf.nl/zorgzoeker. Natuurlijk kunt u voor deze zaken ook bellen met onze Klantenservice via (074) 789 0 789.

Uw verplicht eigen risico gespreid betalen?

Dat kan bij ons al weer enkele jaren. Voor 2019 heeft de overheid het wettelijk verplicht eigen risico voor verzekerden van 18 jaar of ouder vastgesteld op € 385. Een nota eigen risico komt vaak onverwacht en altijd ongelegen. Ook in 2019 bieden wij u weer de mogelijkheid om deze onaangename financiële verrassingen te voorkomen. U kunt het verplicht eigen risico 2019 gespreid betalen, in 12 maandelijkse termijnen van € 32,08. Tegelijk met uw premie. Dit is vooral interessant wanneer u verwacht het verplicht eigen risico in 2019 vol te maken. En als u het verplicht eigen risico 2019 niet volledig verbruikt? Dan betalen wij het teveel betaalde bedrag aan u terug. Zodra de meeste nota's van kalenderjaar 2019 zijn verwerkt, maken wij een afrekening. Wij doen dit uiterlijk 1 juli 2020. Kijk voor meer informatie op: ozf.nl/eigenrisico.

Let op! Aan- of afmelden kan tot en met 31 december 2018.

Wij hebben interessante kortingen voor u

Een volledig en actueel overzicht met klantvoordelen die in 2019 gelden vindt u op ozf.nl/klantvoordelen of kunt u bij ons opvragen.

Kijk ook eens op ozf.nl/mijnnoz

In Mijn OZF ziet u onder andere uw zorgverbruik, uw stand eigen risico, te betalen premie en uw polisblad(en). Bent u verzekeringnemer? Dan ziet u er ook de declaratieoverzichten. U kunt er de keuze maken tussen digitale ontvangst van zorgzaken of per post. Ook kan de verzekeringnemer betaalgegevens wijzigen. Of wijzigingen doorvoeren in zorgverzekeringen. Van zichzelf, maar ook van meeverzekerde gezinsleden. De verzekeringnemer kan er bovendien online een betalingsregeling aanvragen. Omdat het om privacygevoelige informatie gaat, logt u in met DigiD én een sms-code. Of met de DigiD app.

Hulp invoeren van alarmcentrale Eurocross Assistance

Wordt u onverwachts ziek tijdens een tijdelijk verblijf in het buitenland en heeft u spoedeisende hulp nodig? Neem dan contact op met alarmcentrale Eurocross Assistance. Bij opname in een ziekenhuis is het zelfs verplicht om contact op te nemen met Eurocross Assistance. De hulpverleners van Eurocross Assistance staan 24 uur per dag voor u klaar: +31 (0)71 364 1 282.

Van Eurocross Assistance kunt u de volgende service verwachten

- De alarmcentrale is 24 uur per dag, 365 dagen per jaar bereikbaar voor advies en hulp.
- De medewerkers van Eurocross Assistance hebben kennis over de lokale gezondheidszorg en de kwaliteit van ziekenhuizen wereldwijd.
- Het medisch team van de alarmcentrale heeft tijdens uw opname regelmatig contact met de arts die u behandelt in het buitenland.
- Eurocross Assistance begeleidt u tot en met uw herstel in het buitenland.
- Heeft u de OZF Zorgpolis met aanvullende verzekering AV Compact of AV Royaal? Dan organiseert Eurocross Assistance uw medische repatriëring als dat noodzakelijk is.

De Vakantiedokter

Stel, u bent met uw gezin op vakantie en 1 van uw kinderen heeft al 2 dagen last van buikpijn. Gaat u dan naar de plaatselijke arts? Of besluit u toch nog maar even te wachten? Voor deze twijfelgevallen is er de Vakantiedokter. Vanaf uw vakantieadres belt u voor gratis advies bij niet-spoedeisende medische hulp met de Vakantiedokter via +31 (0)71 364 1 802. U krijgt dan een Nederlands sprekende, deskundige hulpverlener aan de lijn. De Vakantiedokter is van maandag tot en met vrijdag tussen 7.00 en 23.00 uur bereikbaar. En in weekenden en op feestdagen tussen 9.00 en 21.00 uur. **Let op!** De vakantiedokter is er niet voor spoedeisende hulp. Belt u voor spoedeisende hulp met alarmcentrale Eurocross Assistance: +31 (0)71 364 1 282 (24 uur per dag bereikbaar).



Keurmerk klantgericht verzekeren



OZF. Uw zorgverzekeraar.

Wij zijn een relatief kleine zorgverzekeraar waar 30 medewerkers zich met hart en ziel inzetten voor onze klanten. Persoonlijke aandacht en klantvriendelijkheid vinden wij erg belangrijk. Wij werken zonder winstoogmerk. Naast individueel verzekerden hebben wij ook met een groot aantal bedrijven collectieve ziektekostencontracten afgesloten. Wij zijn gevestigd in Hengelo en opereren landelijk.



Kijk op

ozf.nl
ozf.nl/mijnoz
ozf.nl/zorgzoeker
ozf.nl/vergoedingen
ozf.nl/informatiedocument



Bel naar

Klantenservice (074) 789 0 789
Bereikbaar op werkdagen van 8.00 - 17.00 uur



Mail naar

info@ozf.nl



Schrijf naar

Zorgverzekeraar OZF
Afdeling Klantenservice
Postbus 94
7550 AB Hengelo



Zorgkosten declareren

- Digitaal:
ozf.nl/declareren
- Per post:
Zorgverzekeraar OZF
Afdeling Declaratieservice
Postbus 94
7550 AB Hengelo