



Promovendum
Basisverzekering 2014



Welkom bij Promovendum

In deze verzekeringsvoorwaarden lees je alles over de Promovendum Basisverzekering. Deze zorgverzekering is een verzekering van N.V. VGZ Cares.

In de tekstblokken vind je nadere uitleg over de voorwaarden. Wil je meer weten? Ga dan naar www.promovendum.nl. Je vindt daar alle informatie over je zorgverzekering en aanvullende verzekeringen.

Vriendelijke groet,
Promovendum

Belangrijke informatie:

Kijk op www.promovendum.nl/contact voor onze telefoonnummers.

Onze gecontracteerde zorgaanbieders vind je op www.promovendum.nl/zorgzoeker.

Aanvragen toestemming

Je stuurt de aanvraag voor toestemming voor een behandeling naar:

Promovendum

T.a.v. team Medisch Advies

Postbus 1815

3800 BV Amersfoort

Je vindt in deze verzekeringsvoorwaarden in welke gevallen je toestemming nodig hebt.

Insturen nota's

Als je zelf een nota hebt ontvangen, kan je deze digitaal declareren via

www.promovendum.nl/declareren.

Je kunt de nota ook via de post indienen. Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele nota naar:

Promovendum

Postbus 6213

4000 HE Tiel

Het declaratieformulier is te vinden op www.promovendum.nl/declaratieformulier

Inhoudsopgave

I		ALGEMEEN GEDEELTE	
1	Verzekerde zorg		3
1.1.	Inhoud en omvang van de verzekerde zorg		3
1.2.	Medische noodzaak		3
1.3.	Wie mag de zorg verlenen?		3
1.4.	Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder		4
1.5.	Insturen van nota's		4
1.6.	Tijdige zorgverlening		5
1.7.	Rechtstreekse betaling		5
1.8.	Verrekening van kosten		5
1.9.	Verwijzing, voorschrift of toestemming		5
1.10.	Ontlenen recht		5
1.11.	Uitsluitingen		6
1.12.	Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen		7
2	Algemene bepalingen		8
2.1.	Grondslag van de verzekering		8
2.2.	Werkgebied		8
2.3.	Bijbehorende documenten		8
2.4.	Fraude		8
2.5.	Bescherming persoonsgegevens		9
2.6.	Mededelingen		10
2.7.	Lidmaatschap van de Coöperatie		10
2.8.	Bedenkperiode		10
2.9.	Interpretatie		10
2.10.	Voorrangsbepaling		10
2.11.	Nederlands recht		11
3	Premie		11
3.1.	Premiegrondslag en premierekorting		11
3.2.	Premierekorting bij de National Academic overeenkomst		11
3.3.	Verschuldigheid van de premie		11
3.4.	Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten		11
3.5.	Verrekening		11
3.6.	Niet tijdig betalen		12
4	Overige artikelen		14
5	Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden		14
5.1.	Wijziging voorwaarden		15
5.2.	Opzeggingsrecht		15
6	Begin, duur en beëindiging van de Promovendum Zorgverzekering		15
6.1.	Begin en duur		15
6.2.	Einde van rechtswege		16
6.3.	Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?		16
6.4.	Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?		17
6.5.	Bewijs van einde		17
6.6.	Verzekering van onverzekerden		17
7	Verplicht eigen risico		18
7.1.	Hoogte verplicht eigen risico		18
7.2.	Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico		18
7.3.	Voor welke zorgaanbieders zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet		19
7.4.	Berekeningswijze hoogte verplicht eigen risico		19
7.5.	Berekening verplicht eigen risico		19
8	Vrijwillig eigen risico		19
8.1.	Varianten vrijwillig eigen risico		19
8.2.	Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico		19
8.3.	Berekeningswijze hoogte vrijwillig eigen risico		20
8.4.	Wijziging vrijwillig eigen risico		20

I. Algemeen gedeelte

1

VERZEKERDE ZORG

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Promovendum Basisverzekering is een naturaverzekering van VGZ. Dit betekent dat je recht hebt op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heb je recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert je in welke instelling of bij welke zorgaanbieder je voor jouw zorgvraag terecht kunt. Ook als je te maken hebt met onacceptabel lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kun je contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kun je bereiken via onze website. Je kunt ook contact met ons opnemen op telefoonnummer 078 6481330.

1.2. Medische noodzaak

Je hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als je op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de

wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Wie mag de zorg verlenen?

De zorg in natura wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Voor enkele vormen van zorg ben je verplicht gebruik te maken van een specifiek voor de Promovendum Basisverzekering gecontracteerde zorgaanbieder. Je vindt deze zorg in de artikelen 13.2 (Kraamzorg) en 33 (Hulpmiddelen en verbandmiddelen).

De vergoeding van de kosten van zorg vindt rechtstreeks aan de betreffende zorgaanbieder plaats op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorg(aanbieders) vind je op onze website. Jouw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en tandarts. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kun je in het betreffende zorgartikel

terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Jouw belang staat daarbij voorop. En als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat jou en ons in de kosten.

Wil je toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

1.4. Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat je een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

Uitzondering

Gespecialiseerde GGZ en verblijf in verband met gespecialiseerde GGZ zoals omschreven in artikel 24 en 34. Ga je voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Je

ontvangt dan maximaal 75% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders.

Je vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Promovendum 2014. Deze lijst vind je op onze website. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, heb je recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Je moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als je zelf een nota hebt ontvangen, kun je een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alsjeblieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. Het is belangrijk dat op de nota de naam en geboortedatum van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder

staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Op de vergoeding brengen wij een eigen risico en een eventuele wettelijke eigen bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden.

Je kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Jouw kosten online declareren

Je kunt gebruikmaken van onze online declaratieservice. Ga naar www.promovendum.nl. Na het indienen van de declaratie vragen wij je de originele nota een jaar te bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als je de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij je terugvorderen of verrekenen met aan je verschuldigde bedragen. Sommige nota's waaronder buitenlandse nota's kun je niet online declareren. Deze originele nota's moet je samen met een ingevuld declaratieformulier naar ons opsturen. Wij raden je aan een kopie te maken voor jouw eigen administratie. Stuur jouw declaratie naar het adres dat vermeld staat op het declaratieformulier.

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, heb je recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen je toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- medisch inhoudelijke factoren;
- algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

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

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, houden wij geen rekening met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen brengen wij later bij jou als verzekeringnemer in rekening. Je bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan jou verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

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

Een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande toestemming is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

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

Toestemming

Je hebt in een aantal gevallen onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als je vooraf geen toestemming hebt gekregen, heb je geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten?

Dan hoeft je niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Jouw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of je voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor jou toestemming bij ons aan.

Het kan zijn dat je om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. Je kunt jouw aanvraag dan ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vind je op onze website.

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

1.10. Ontlenen recht

Je hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de Promovendum Basisverzekering plaatsvindt. Als een behandeling in 2 kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de Promovendum Basisverzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.11. Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:

- vergoeding van kosten omdat je niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering of de AWBZ, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;

- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

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

Heb je zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, heb je maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg.

De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

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

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

Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een grootschalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden uitbetaald.

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

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

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

2

ALGEMENE BEPALINGEN

2.1. Grondslag van de verzekering

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

Na het sluiten van de Promovendum Basisverzekering, ontvang je van ons zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvang je voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

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

2.2. Werkgebied

De Promovendum Basisverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland of in het buitenland.

De zorgverzekeraar is een landelijk werkende verzekeraar. Zolang je verzekeringsplichtig bent, kun je deze zorgverzekering behouden. Ook een in het buitenland wonende verzekeringsplichtige heeft recht op deze verzekering.

2.3. Bijbehorende documenten

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

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;

- Clausuleblad terrorismedekking;
- premiebijlage;
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders Promovendum;
- Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg;
- Reglement farmaceutische zorg Promovendum;
- Reglement hulpmiddelen Promovendum;
- overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
- Overzicht vrijstelling eigen risico;
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard;
- Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling;
- CONO-beroepenschema.

Je vindt deze documenten op onze website.

2.4. Fraude

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

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

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

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

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

2.5. Bescherming persoonsgegevens

Wij nemen jouw privacy serieus. Jouw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in onze persoonsregistratie. Jouw persoonsgegevens gebruiken wij:

- voor het aangaan en uitvoeren van jouw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst;
- voor het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties;
- voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand;
- voor onderzoek onder verzekerden of de zorg daadwerkelijk is geleverd;

- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude).

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. Je kunt deze gedragscode inzien op onze website.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij jouw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist, www.stichtingcis.nl.

Vanaf de ingangsdatum van de Promovendum Basisverzekering mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de zorgverzekering te kunnen nakomen;
- jouw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht jouw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met jouw zorgaanbieders jouw BSN gebruiken.

Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

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

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht je te hebben bereikt.

Als je er voor kiest contact met ons op te nemen langs elektronische weg, dan geldt dat wij mededelingen ook langs elektronische weg aan je doen.

E-mail

Waar in de verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'. Onder 'adres' wordt in die situatie verstaan 'e-mailadres'.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering word je als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij je schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. Je kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de Promovendum Basisverzekering heb je als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. Je kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat je de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Interpretatie

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze verzekeringsvoorwaarden. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit de wet- en regelgeving, inclusief de wetsgeschiedenis bepalend.

2.10. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de Promovendum Basisverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. In

geval van strijdigheid van het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde met de bepalingen van deze overeenkomst, gaat hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet voor.

2.11. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

3

PREMIE

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een in de collectieve overeenkomst overeengekomen collectiviteitskorting.

De premiegrondslag en de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico vind je op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. Je vindt de premiebijlage op onze website.

De voor jou geldende premiegrondslag en premiekortingen vind je op jouw polisblad.

3.2. Premiekorting bij de collectieve overeenkomst

3.2.1. Als je deelneemt aan een collectieve overeenkomst, ontvang je een korting op de premiegrondslag.

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

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

3.3. Verschuldigheid van de premie

De verzekeringnemer is de premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

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

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

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

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

3.4.3. Jouw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen. Ook verleen je toestemming aan jouw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig onze opdrachten. Jouw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na

afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren je tenminste 2 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Ben je het niet eens met een afschrijving? Dan kun je het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met jouw bank.

3.5. Verrekening

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

3.6. Niet tijdig betalen

3.6.1. Als je de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen niet-tijdig betaalt, sturen wij je een aanmaning. Als je niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Je blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet-tijdige betaling de Promovendum Basisverzekering te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.2. Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij je in rekening brengen.

3.6.3. Als je al bent aangemaand voor niet-tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of kosten, hoeven wij je bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.6.4. Wij hebben het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door je gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.

3.6.5. Als wij de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigen, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met je te sluiten.

3.6.6. Als je een betalingsachterstand hebt van 2 maandpremies, bieden wij je als verzekeringnemer uiterlijk 10 werkdagen nadat wij deze betalingsachterstand hebben vastgesteld een betalingsregeling aan. Deze betalingsregeling bestaat ten minste uit:

- a.
- jouw machtiging voor automatische incasso van nieuwe verschuldigde premie.
- b. afspraken over de wijze waarop je jouw schulden, inclusief rente- en incassokosten, aan ons betaalt en binnen welke termijnen;
- c. onze toezegging dat wij jouw zorgverzekering niet beëindigen, schorsen of opschorten zolang je jouw machtiging of opdracht tot betaling zoals opgenomen onder a niet intrekt en de afspraken zoals opgenomen in de betalingsregeling nakomt.

Wij geven je 4 weken de tijd om ons aanbod voor een betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij je over de gevolgen als je ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies; zie artikel 3.6.8.

Het kan ook zijn dat je een ander hebt verzekerd voor een zorgverzekering bij ons. In dat geval nemen wij in ons aanbod voor een betalingsregeling ook een bereidverklaring tot opzegging van deze verzekering op met ingang van de dag waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:

- de verzekerde zich uiterlijk met ingang van dezelfde dag op grond van een andere zorgverzekering heeft verzekerd;
- en de verzekerde de machtiging of opdracht tot betaling zoals omschreven onder a heeft afgegeven als de nieuwe zorgverzekering ook bij ons is gesloten.

Wij sturen deze verzekerde een kopie van alle in dit artikel genoemde stukken op hetzelfde moment dat de stukken aan jou als verzekeringnemer worden gestuurd.

3.6.7.

a. Als je als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 4 maandpremies, delen wij je mee dat wij je bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zullen aanmelden zoals opgenomen in artikel 3.6.8. Als de zorgverzekering voor een ander is gesloten, zullen wij deze verzekerde informeren.

- b. Lij of de verzekerde kunt ons uiterlijk binnen 4 weken laten weten het bestaan of de hoogte van de schuld te betwisten. Als wij jouw betwisting tijdig hebben ontvangen, zullen wij een onderzoek instellen. Als wij je meedelen dat wij ons standpunt handhaven, kun je binnen 4 weken een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijke rechter voorleggen.
- c. Als de betalingsregeling zoals opgenomen in artikel 3.6.6 ingaat nadat er een betalingsachterstand van 4 maandpremies is ontstaan sturen wij je geen mededeling zoals vermeld onder a zolang je de nieuwe premies voldoet.

3.6.8. Als je als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 6 of meer maandpremies, melden wij je aan bij het CVZ. Na de aanmeldingsbevestiging van het CVZ, ben je verplicht een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie aan het CVZ te betalen. Het CVZ int deze premie totdat je alle verschuldigde bedragen inclusief rente- en incassokosten hebt betaald.

Wij melden je niet aan bij het CVZ als:

- a. je de premieachterstand tijdig hebt betwist en wij ons standpunt nog niet aan je hebben meegedeeld;
- b. je binnen 4 weken nadat wij je hebben meegedeeld ons standpunt te handhaven en de premieschuld te zullen melden aan het CVZ, het geschil hebt voorgelegd aan de SKGZ of burgerlijke rechter en zolang er op het geschil niet onherroepelijk is beslist;

- c. als jij je hebt aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoonst dat je een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van jouw schulden hebt gesloten.

Onderdeel van de melding bij het CVZ vormt onze verklaring dat wij artikel 18b en het tweede lid van artikel 18c Zorgverzekeringswet in acht hebben genomen.

3.6.9. Wij stellen je en het CVZ meteen op de hoogte van de datum waarop:

- a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden volledig zijn voldaan of tenietgaan;
- b. de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet op je van toepassing heeft verklaard;
- c. je gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waarin wij deelnemen.

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

3.6.10. Je bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18d, eerste lid, of 18e Zorgverzekeringswet.

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

Als je jouw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, kunnen wij jouw recht op de verzekerde zorg schorsen.

4

OVERIGE VERPLICHTINGEN

Je bent verplicht:

5

WIJZIGING PREMIE(GRONDSLAG) EN VOORWAARDEN

5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de Promovendum Basisverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen je als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren.

Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan je is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de Promovendum Basisverzekering in jouw nadeel wijzigen, kun je als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. Je kunt in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan je is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht heb je niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zorgverzekeringswet gestelde regels.

6

BEGIN, DUUR EN BEËINDIGING VAN DE PROMOVENDUM BASISVERZEKERING

6.1. Begin en duur

6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij jouw aanvraag(formulier) ontvangen. Je ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop jouw aanvraag is ontvangen. Door een zorgverzekering bij ons aan te vragen, geef je

ons toestemming jouw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Als je verzekeringsplichtig bent en in afwachting bent van afgifte van een BSN, kun je als verzekerde worden ingeschreven.

6.1.2. Het is mogelijk dat wij niet uit jouw aanvraag kunnen afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij je om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. De Promovendum Basisverzekering gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. Je ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.

6.1.3. Als je al een andere zorgverzekering hebt op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, gaat de Promovendum Basisverzekering in op de door je aangegeven latere datum.

6.1.4. Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. Jij moet je dan binnen 1 maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.

6.1.5. Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, gaat de Promovendum Basisverzekering in op de dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

Voorbeeld

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

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

6.2. Einde van rechtswege

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

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

Jij als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als je het einde van de verzekeringsplicht niet-tijdig meedeelt en wij kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, zullen wij deze kosten bij je (terug)vorderen.

Als wij vaststellen dat de Promovendum Basisverzekering is geëindigd, sturen wij je zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.3. Wanneer kun je jouw verzekering opzeggen?

6.3.1. Jaarlijks

Jij als verzekeringnemer kunt de Promovendum Basisverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij jouw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

Je kunt jaarlijks per 1 januari jouw Promovendum Basisverzekering opzeggen op voorwaarde dat wij jouw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen. Je hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die je met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

6.3.2. Tussentijds

Jij als verzekeringnemer kunt de Promovendum Basisverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als je de Promovendum Basisverzekering opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
- bij premie- en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;

- als je bij ons deelnemer bent aan een collectieve overeenkomst van jouw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van jouw nieuwe werkgever. Je kunt de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indiensttreding.

6.3.3. Je kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.1 en 6.3.2 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

6.3.4. Je kunt de Promovendum Basisverzekering niet opzeggen als er sprake is van een betalingsachterstand en wij je hiervoor een aanmaning hebben gestuurd. Je kunt de Promovendum Basisverzekering wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen 2 weken jouw opzegging bevestigen.

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

Wij kunnen de Promovendum Basisverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als je ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;

- als je hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de Promovendum Basisverzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. Bewijs van einde

Als de Promovendum Basisverzekering eindigt, ontvang je een bewijs van einde met de volgende informatie:

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

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

6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het College voor zorgverzekeringen (CVZ) op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens jou heeft gesloten, dan geldt het volgende:

- a. je kunt deze zorgverzekering vernietigen als je ons en het CVZ binnen 2 weken aantoont

dat je al een zorgverzekering hebt gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CVZ je heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens jou heeft gesloten;

- b. wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat je niet verzekeringsplichtig bent;
- c. je kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzegmogelijkheden zoals vermeld in artikel 6.3.

7

VERPLICHT EIGEN RISICO

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als je 18 jaar of ouder bent, heb je een verplicht eigen risico van € 360 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor jouw rekening. Als je in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

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

- huisartsenzorg.

Houd er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met

de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder jouw verplicht eigen risico;

- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (zogenaamde zorgprogramma's). Zie artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg);
- verloskundige zorg en kraamzorg. Houd er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, prenatale diagnostiek of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico;
- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg Promovendum. Houd er rekening mee dat de terhandstellingskosten niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico;
- de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het leveren van drinkvoeding (dieetpreparaten), voor zover zij de door ons als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen leveren zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg Promovendum;
- hulpmiddelen in bruikleen;

- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 20, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

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

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

Deze informatie is opgenomen in het Overzicht vrijstelling eigen risico. Je vindt dit overzicht www.promovendum.nl.

7.4. Berekeningswijze hoogte verplicht eigen risico

Als de Promovendum Basisverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan wordt het eigen risico als volgt berekend:

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

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

De Promovendum basisverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het eigen risico is:

€ 360 x 30 gedeeld door 365 is € 29,59 en wordt afgerond op € 30.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

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

8

VRIJWILLIG EIGEN RISICO

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als je 18 jaar of ouder bent, kun je kiezen uit een Promovendum Basisverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor jouw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvang je een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting zijn vermeld op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico is van toepassing op dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

8.3. Berekeningswijze hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als de Promovendum Basisverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan wordt het vrijwillig eigen risico als volgt berekend:

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

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

Je hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De Promovendum Basisverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar bestaat uit 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 360 x 30 gedeeld door 365 is € 29,59 en wordt afgerond op € 30. Het totale eigen risico bedraagt € 38 (€ 30 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).

8.3.2. Als de Promovendum Basisverzekering niet op 1 januari ingaat en je direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig

eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:

- ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is;
- de som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
- de uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

Je kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. Je moet ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk of via www.promovendum.nl doorgeven.

8.5. Berekening vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het te dragen vrijwillig eigen risicobedrag is dezelfde bepaling van toepassing als genoemd in artikel 7.5.Buitenland

9

U WOONT OF VERBLIJFT IN EEN ANDER EU-/EER-LAND OF VERDRAGSLAND DAN NEDERLAND

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

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor je van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-

- socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
 - vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat je zou krijgen als je in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, heb je recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet-tijdig kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van jouw zorgpas is de EHIC afgedrukt. Als je op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, heb je hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. De EHIC is ook geldig als je naar Australië gaat. In Australië heb je hiermee recht

op spoedeisende medische zorg. Je mag deze EHIC alleen gebruiken als je bij ons verzekerd bent. Als je deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl je weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor jouw rekening.

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

Als je woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kun je voor zorg in jouw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat je zou krijgen als je in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

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

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wil jij je in het buitenland laten behandelen? Als je voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, heb je onze voorafgaande toestemming nodig. Je hebt geen toestemming nodig als je onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot je in jouw woonland bent teruggekeerd.

Als je 1 of meer nachten wordt opgenomen, moet je (laten) bellen met de Alarmcentrale, telefoonnummer: +31 78 6481320 (+ = internationaal toegangsnummer). Het telefoonnummer vind je ook op jouw zorgpas. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste
Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kun je dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

10 KLACHTEN EN GESCHILLEN

10.1. Heb je een klacht? Leg jouw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

10.1.1. Je kunt er van uit gaan dat wij alles rond jouw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor jouw klachten en suggesties. Je kunt jouw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om jouw klacht schriftelijk voor te leggen aan Promovendum, ter attentie van afdeling Kwaliteitszorg, Postbus 362, 3300 AJ Dordrecht. De afdeling Kwaliteitszorg handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

Geef zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover je ontevreden bent en wat volgens jou de beste oplossing is.

Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met jouw klacht mee. Je kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.

Als je jouw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om jouw privacy te beschermen, hebben wij wel jouw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij jouw klacht in behandeling.

10.1.2. Je ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op jouw klacht. Als je niet tevreden bent met de beslissing of als je binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kun je jouw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. Je kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over onze formulieren

10.2.1. Vind je een formulier overbodig of ingewikkeld? Je kunt jouw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om jouw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan Promovendum, ter attentie van de afdeling Kwaliteitszorg, Postbus 362, 3300 AJ Dordrecht.

10.2.2. Je ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op jouw klacht over formulieren. Als je niet tevreden bent met het antwoord of als je binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen,

kun je jouw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe je een klacht over formulieren kunt indienen.

II. Zorgartikelen

Geneeskundige zorg

11

HUISARTSENZORG

Omschrijving

Je hebt recht op:

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

Onder begeleiding bij het stoppen met roken wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:

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

Onder preconceptiezorg (kinderwensconsult) wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:

- adviezen over gezonde voeding;
- advies over inname van foliumzuur;
- advies over inname van vitamine D;
- adviezen over het stoppen met roken, alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren;
- adviezen over geneesmiddelengebruik;

- adviezen over behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties;
- adviezen over infectieziekten en vaccinaties;
- het opsporen van risico's aan de hand van jouw ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling als je (nog) niet zwanger bent.

Onder de genoemde voetzorg bij diabetes mellitus wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:

- jaarlijkse voetcontrole die bestaat uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie;
- meer frequent gericht voetonderzoek inclusief de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standsafwijkingen met een matig verhoogd (Simm's 1) of een hoog risico op ulcera (Simm's 2 en 3);
- behandeling van risicofactoren als je een matig verhoogd of een hoog risico hebt op ulcera (zweren);
- advisering over adequaat schoeisel.

Deze zorg omvat geen voetverzorging. Met voetverzorging wordt bedoeld de verzorgende handelingen zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het recht afknippen van nagels om ingroeien te voorkomen.

Voetzorg als onderdeel van een zorgprogramma

Wanneer je diabetes mellitus type 2 hebt en je ontvangt hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12, dan wordt de voetzorg gerelateerd aan deze aandoening via dit zorgprogramma geleverd. In dat geval heb je geen recht op de in dit artikel omschreven voetzorg.

2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein, waarover wij met jouw huisarts afspraken hebben gemaakt. Voorbeelden van deze zorg zijn:

- (kleine) chirurgische verrichtingen;
- ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
- longfunctiemeting (spirometrie);
- dopplersonderzoek (onderzoek van de bloedstroom in de vaten, slagaders en aders);
- MRSA-screening (screening op Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus);
- audiometrie (onderzoek van het gehoor);
- het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel. Ben je 21 jaar of ouder? Dan heb je geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel;
- het inspuiten van spataderen (varices sclerosering);
- therapeutische injecties.

Wie mag de zorg verlenen

Huisarts of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van

een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, verpleegkundige, maatschappelijk werker, nurse practitioner (NP), physician assistant (PA) of praktijkondersteuner (GGZ).

De voetzorg zoals genoemd onder omschrijving, punt 1, mag ook worden verleend door:

- een medisch pedicure of pedicure met een aantekening Diabetische voet die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister voor de pedicure (KRP) van ProCert, of;
- een podotherapeut, aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de voetzorg worden verleend

De voetzorg zoals genoemd onder omschrijving, punt 1, mag worden verleend in de praktijkruimte van jouw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als jouw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden

Voor het recht op voetzorg als onderdeel van:

- het zorgprogramma diabetes mellitus type 2, zie artikel 12, Zorgprogramma's;
- medisch specialistische zorg, zie artikel 14, Medisch specialistische zorg.

12 ZORGPROGRAMMA'S (KETENZORG)

Omschrijving

Je hebt recht op een van de volgende zorgprogramma's (ketenzorg):

- diabetes mellitus type 2;
- COPD (chronisch obstructieve longziekte; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem), of;
- CVRM (cardiovasculair risicomanagement).

De inhoud van deze zorgprogramma's is vastgesteld volgens de beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg.

Zorgprogramma's (ketenzorg)

Zorgprogramma's zijn speciaal ontwikkeld om de zorg voor chronisch zieken kwalitatief beter en doelmatiger te organiseren. Het doel van deze aanpak is dat zorgaanbieders nauwer met elkaar samenwerken, zodat de zorg die je als patiënt nodig hebt beter wordt afgestemd tussen de verschillende zorgaanbieders.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorggroep of een door de zorggroep gecontracteerde

zorgaanbieder zoals een diëtist, podotherapeut of pedicure.

Ga je voor een van de genoemde zorgprogramma's naar een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd door de zorggroep, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Een lijst van gecontracteerde zorggroepen, de vergoedingsmogelijkheden, welke zorgprogramma's zijn vrijgesteld van het verplicht en vrijwillig eigen risico en de zorgstandaarden vind je op onze website.

Ga je naar een zorggroep waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan heb je recht op vergoeding van de kosten van de zorg verleend door de individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen.

Bijzonderheden

Medisch specialistische zorg valt niet onder het zorgprogramma (de ketenzorg). Voor het recht op deze zorg, zie artikel 14, Medisch specialistische zorg.

13 VERLOSKUNDIGE ZORG EN KRAAMZORG

13.1. Verloskundige zorg

Omschrijving

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

of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Deze zorg omvat ook:

- preconceptiezorg (kinderwensconsult):
als je een kindwens hebt, kun je gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- counseling:
als je zwanger bent en je denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, heb je in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met jouw huisarts, verloskundige of medisch specialist. In dit gesprek ontvang je informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. Je kunt dan weloverwogen een besluit nemen of je deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weken echo;
- combinatietest:
je kunt met de combinatietest laten onderzoeken hoe groot de kans is op een kind met Downsyndroom. De combinatietest bestaat uit 2 onderzoeken:
 1. 1 een bloedonderzoek tussen week 9 en 14 van de zwangerschap;
 2. de nekplooiemeting via een echo, die gemaakt wordt tussen week 11 en 14 van de zwangerschap.Je hebt recht op de combinatietest als je een medische indicatie hebt of als je 36 jaar of ouder bent;

- twintig-weken echo (SEO):
met de twintig-weken echo kun je laten onderzoeken of jouw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

Wie mag de zorg verlenen

Verloskundige of huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde.

De combinatietest en de twintig-weken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgaanbieder die een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening. Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning volgens de WBO nodig om het onderzoek uit te voeren.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Welke verloskundige zorg is opgenomen in jouw Promovendum Zorgverzekering?

Omschrijving: Bevalling thuis

Opgenomen in jouw Promovendum Basisverzekering? Ja

Omschrijving: Verblijfskosten in geval van een bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum

Opgenomen in jouw Promovendum Zorgverzekering? € 200 per dag (€ 233 minus € 33 voor de eigen bijdrage kraamzorg).

In het rekenvoorbeeld dat opgenomen is in artikel 13.2, Kraamzorg, vind je hoe dit bedrag is opgebouwd.

Omschrijving: Bevalling met medische noodzaak in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum

Opgenomen in jouw Promovendum Basisverzekering? Ja

Medische noodzaak

Jouw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent zal in overleg met jou nagaan of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Let op

Verblijfskosten worden alleen vergoed als je bevult in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum.

Het bedrag dat voor jouw eigen rekening komt, krijg je mogelijk wel vergoed als je een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van jouw aanvullende verzekering.

Bijzonderheden:

Voor het recht op verloskundige zorg verleend door een gynaecoloog, zie artikel 14, Medisch specialistische zorg

13.2. Kraamzorg

Omschrijving

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

Wie mag de zorg verlenen

Gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige.

Let op:

Wij hebben voor kraamzorg thuis met een beperkt aantal zorgaanbieders contracten gesloten.

Op onze website vind je informatie hoe jij je kunt aanmelden voor kraamzorg.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij specifiek voor de Promovendum Basisverzekering voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer

informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

Je bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 4,10 per uur voor kraamzorg thuis;
- € 16,50 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een geboortecentrum, een ziekenhuis of andere instelling, zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet je het verschil aan kosten bijbetalen tussen het tarief dat het door ons gecontracteerde geboortecentrum, het ziekenhuis of andere instelling in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 116,50 per dag voor zowel moeder als kind.

Rekenvoorbeeld

Als je in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum bevalt zonder dat dit medisch noodzakelijk is, heb je voor de verblijfskosten recht op de volgende vergoeding voor moeder en kind samen:

Maximale vergoeding is 2 x € 116,50 is:	€ 233 per dag
Af: Eigen bijdrage is 2 x € 16,50 is:	€ 33 per dag

Vergoeding vanuit de Promovendum Basisverzekering is:	€ 200 per dag
---	---------------

Dit betekent dat je het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis of het geboortecentrum in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 200 per dag zelf moet bijbetalen.

Let op

Verblijfskosten worden alleen vergoed als je bevalt in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum

Bijzonderheden

- ◆ Wij stellen het aantal te realiseren zorguren vast aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Je hebt recht op ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal 10 dagen. Het kraamcentrum indiceert de benodigde uren. Je vindt dit protocol op onze website.
- ◆ Voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, brengen wij het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 10 dagen) per dag in mindering op het aantal geïndiceerde kraamzorguren.
- ◆ Als meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kraamzorg in rekening brengen, dan heb je ook op deze dubbele dag recht op kraamzorg.

Let op

Vraag kraamzorg ten minste 5 maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via onze website. Dan weet je zeker dat jouw aanvraag tijdig kan worden verwerkt.

Welke kraamzorg is opgenomen in jouw Promovendum Basisverzekering?

Omschrijving: Kraamzorg thuis

Opgenomen in jouw Promovendum Basisverzekering?: Maximaal 10 dagen.

Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 4,10 per uur.

Omschrijving: Kraamzorg in een ziekenhuis of in een geboortecentrum bij een bevalling zonder medische noodzaak

Opgenomen in jouw Promovendum Basisverzekering?: Maximaal 10 dagen. Er geldt

een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 16,50 per dag voor moeder en kind. Naast deze eigen bijdrage, moet je voor de verblijfskosten het verschil aan kosten bijbetalen tussen het tarief van het ziekenhuis of het gecontracteerde geboortecentrum, en de maximale vergoeding van € 116,50 per dag. Dit betekent dat je voor moeder en kind samen recht hebt op een vergoeding van maximaal € 200 per dag (€ 233 minus € 33 per dag). In het rekenvoorbeeld dat opgenomen is in dit artikel, vind je hoe dit bedrag is opgebouwd.

Omschrijving: Kraamzorg in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum bij een bevalling met medische noodzaak

Opgenomen in jouw Promovendum Basisverzekering?: Ja

Medische noodzaak

Jouw verloskundige of de huisarts die de verloskundige zorg verleent zal in overleg met je nagaan of de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Let op

Verblijfskosten worden alleen vergoed als je bevalt in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd geboortecentrum.

Het bedrag dat voor jouw eigen rekening komt, krijg je mogelijk wel vergoed als je een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van jouw aanvullende verzekering.

14

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Omschrijving

Je hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist. Je hebt hiervoor een verwijzing nodig van jouw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld jouw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die je al hebt besproken met jouw eerste behandelaar. Je moet met de second opinion terugkeren naar jouw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij je thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;

- behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten (klachten waar geen duidelijke oorzaak voor gevonden kan worden) met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, als je deelneemt aan het onderzoek dat door Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw) wordt gefinancierd;
- behandeling van therapieresistente hypertensie (verhoogde bloeddruk) met toepassing van percutane renale denervatie als je deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysen als je deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie 'Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)';
- behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose als je deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn als je deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- verpleging zoals verpleegkundigen die plenen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. Je hebt recht op deze zorg als:

- alle zorg plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van jouw medisch specialist, en/of;
- de medisch specialist de enige is die wijzigingen in de behandeling kan aanbrengen, en/of;
- het gaat om handelingen die tot het specifieke zorgarsenaal van de medisch specialist behoren en waarvoor de medisch specialist in de regel opdracht geeft.
- Deze zorg omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg (zorg in de laatste levensfase);
- begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder worden eenmalige korte stopadviezen verstaan.

Je hebt geen recht op:

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

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg.

Toestemming

Je hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. Je vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. Je vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure kun je terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden..

Voor welke zorg heb je voorafgaande toestemming nodig?

Je hebt voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde

(KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze voorafgaande toestemming nodig.

Om welke behandelingen gaat het?

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

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

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

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

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

Jouw medisch specialist is verplicht je te melden dat je kosten van zorg zelf moet betalen als je geen voorafgaande toestemming hebt.

Let op

Het recht op behandelingen van plastisch-chirurgische aard is geregeld in artikel 19, Plastische en/of reconstructieve chirurgie. Voor deze behandelingen moet je altijd vooraf toestemming aanvragen, met een toelichting van jouw behandelend medisch specialist.

Bijzonderheden

- ◆ De apparatuur en toebehoren waarmee je de stollingstijd van jouw bloed kunt meten

vallen onder hulpmiddelenzorg, zie artikel 33, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.

◆ Meer informatie over thuisdialyse vind je op onze website.

◆ Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.

◆ Voor het recht op:

- medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 11, Huisartsenzorg;
- zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 24, Gespecialiseerde GGZ;
- mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 29, Tandheelkundige zorg en kaakchirurgie.

15 REVALIDATIE

Omschrijving

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

- deze zorg voor jou als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot

beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;

- je met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven jouw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

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

Wie mag de zorg verlenen

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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

15.2. Geriatrische revalidatie

Omschrijving

Jouw recht op geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten) en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van jouw functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

Je hebt maximaal 6 maanden recht op geriatrische revalidatie. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

U hebt alleen recht op deze zorg als:

- ◆ de zorg aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 34, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken

AWBZ gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, en;

- ◆ de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering.

Geriatrische revalidatie

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

Wie mag de zorg verlenen

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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in

artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

16 ERFELIJKHEIDSONDERZOEK

Omschrijving

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

Wie mag de zorg verlenen

Centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts of medisch specialist.

17 IN-VITROFERTILISATIE (IVF) EN OVERIGE FERTILITEITS-BEVORDERENDE BEHANDELINGEN

17.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving

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

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

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

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;

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

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. Als er nog embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, behoort het terugplaatsen daarvan niet meer tot dezelfde poging.

Wanneer heb je opnieuw recht op 3 IVF-pogingen?

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

Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. Je hebt geen recht op (vergoeding van de kosten van) de eiceldonatie.

IVF in het buitenland

Of je in aanmerking komt voor IVF, hangt af van jouw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van jouw leeftijd en hoe lang je al probeert zwanger te worden.

Wil je naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met ons op. Je vindt ons telefoonnummer op onze website.

17.2. Overige fertiliteits-bevorderende behandelingen

Omschrijving

Jouw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg wordt ook begrepen kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Ben je een vrouw van 43 jaar of ouder? Dan heb je geen recht op fertiliteitsbevorderende behandelingen.

Wie mag de zorg verlenen

Gynaecoloog of uroloog.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts of medisch specialist.

18

AUDIOLOGISCHE ZORG

Omschrijving

Jouw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;

- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Wie mag de zorg verlenen

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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

Het recht op gehoorapparatuur is geregeld in artikel 33, Hulpmiddelen en verbandmiddelen.

19

PLASTISCHE EN/OF RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE

Omschrijving

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

- ◆ afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- ◆ verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- ◆ verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- ◆ aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- ◆ primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

je hebt geen recht op:

- a. behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;

- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Informatie over behandelingen van plastisch-chirurgische aard.

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vind je meer informatie over deze zorg. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Je vindt deze werkwijzer op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze

verzekeringsvoorwaarden. [Verwijsbrief](#)

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Je hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet je een toelichting van jouw behandelend medisch specialist meesturen. De toestemmingsprocedure kun je terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Omschrijving

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

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

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het

transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opneming;

- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten worden niet vergoed.

Wie mag de zorg verlenen

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Omschrijving

Het recht op dyslexiezorg in verband met ernstige dyslexie bestaat alleen voor kinderen van 7 jaar of ouder die basisonderwijs volgen.

Onder deze zorg wordt verstaan het diagnosticeren en behandelen van deze kinderen met ernstige dyslexie volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol is een leidraad voor het diagnosticeren, indiceren en behandelen van cliënten met ernstige dyslexie met als doel het beschrijven van de optimale zorg voor cliënten met ernstige dyslexie, gebaseerd op de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten.

Wanneer is sprake van ernstige dyslexie?

Er is sprake van ernstige dyslexie als het gaat om een ernstige specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die erfelijk is bepaald. Dit is een stoornis in de hersenen, waarbij bepaalde zenuwpraktijken onvoldoende worden doorgegeven. Deze stoornis is te onderscheiden van andere lees- en spellingsproblemen.

Je hebt alleen recht op de diagnostiek als deze volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling plaatsvindt. Ook moet de school er alles aan hebben gedaan wat volgens het Protocol Leesproblemen en Dyslexie nodig is.

Het onderzoek moet uitwijzen of er daadwerkelijk sprake is van ernstige dyslexie, een lichtere vorm van lees- en spellingsproblemen, of juist een meer complexe problematiek. Als vastgesteld wordt dat er géén sprake is van ernstige dyslexie, dan komen de kosten van de diagnostiek wel voor vergoeding in aanmerking, maar de kosten voor behandeling niet.

Je vindt het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of gezondheidszorgpsycholoog. De zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen. De eindverantwoordelijkheid van de dyslexiezorg is in handen van de gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist.

De gezondheidszorgpsycholoog moet zijn ingeschreven in het Register van het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD) of moet het keurmerk Kwaliteitsregister Dyslexie hebben.

De kinder- en jeugdpsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De orthopedagoog-generalist moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Leerkracht, remedial teacher, logopedist of andere leesspecialist verbonden aan de basisschool van het kind, met daarbij een onderwijskundig rapport waarin staat dat het kind 3 tot 6 maanden schoolse hulp heeft gehad voor dyslexie. Bij dit rapport moet ook een toelichting worden opgenomen waarin aangegeven wordt dat op basis van het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is vastgesteld dat verdere diagnostiek noodzakelijk is.

Het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is een handreiking voor leerkrachten, remedial teachers, logopedisten en andere leesspecialisten van de groepen 1 tot en met 4. Doel van dit protocol is een zo goed mogelijke begeleiding van leerlingen met (dreigende) leesproblemen.

22

STOPPEN-MET-ROKENPROGRAMMA

Omschrijving

Je hebt recht op zorg volgens het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma houdt in: de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg. Ook heb je recht op geneesmiddelen als deze worden voorgeschreven als onderdeel van het programma, ter ondersteuning van gedragsverandering. Je kunt het programma volgen in een groep of individueel.

Het doel van het programma is dat je stopt met roken. Je kunt maximaal 1 keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

Wie mag de zorg verlenen

Zorgaanbieders die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

De geneesmiddelen mogen alleen worden geleverd door de Nationale Apotheek. Meer informatie over de Nationale Apotheek vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Of ga je voor de geneesmiddelen naar een apotheker of apothekhoudend huisarts waarmee wij voor deze geneesmiddelen geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Basis Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

23

GENERALISTISCHE BASIS GGZ

Omschrijving

Je hebt recht op generalistische basis GGZ zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Op basis van de zwaarte van jouw zorgvraag, stelt jouw behandelaar vast op welke van de volgende integrale prestaties je recht hebt:

1. Basis GGZ Kort (BK);
2. Basis GGZ Middel (BM);
3. Basis GGZ Intensief (BI);
4. Basis GGZ Chronisch (BC).

Als jouw behandeling al gestart is in 2013, is het mogelijk dat een transitieprestatie in rekening wordt gebracht.

Je hebt geen recht op:

- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen.

Onder generalistische basis GGZ wordt ook niet verstaan:

- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen waaronder dyslexie. Je hebt wel recht op behandeling van ernstige dyslexie, zie artikel 21, Dyslexiezorg;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- bepaalde interventies (psychoanalyse, neurofeedback, deep brain stimulation en transcranial magnetic stimulation);
- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen;
- intelligentieonderzoek;
- schoolpsychologische zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, specialist

ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater, verpleegkundig specialist GGZ of gezondheidszorgpsycholoog. De verpleegkundig specialist GGZ mag deze zorg alleen verlenen als deze werkzaam is in een zorggroep die onder meer gespecialiseerd is voor chronische GGZ.

De generalistische basis GGZ zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kind- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.

Medebehandelaren onder de eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar moeten een beroep uitoefenen uit het CONO-beroepenschema. Je vindt dit beroepenschema op onze website.

De kind- en jeugdpsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De orthopedagoog-generalist moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden..

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts of jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is het ook mogelijk dat de verwijzing plaatsvindt door het Bureau Jeugdzorg of door een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Bijzonderheden:

Meer informatie over de onder omschrijving genoemde transitieprestatie vind je op onze website.

24

GESPECIALISEERDE GGZ

Omschrijving

Je hebt recht op geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van jouw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandoel te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van jouw behandelaar. Jouw behandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de

behandelaar noodzakelijk. Je kunt hierbij denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

Je hebt geen recht op:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen waaronder dyslexie. Je hebt wel recht op behandeling van ernstige dyslexie, zie artikel 21, Dyslexiezorg;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- bepaalde interventies (psychoanalyse, neurofeedback, deep brain stimulation en transcranial magnetic stimulation);
- psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen.

Wie mag de zorg verlenen

Psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG of klinisch geriater.

De zorg in de GGZ-instelling wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen. De eindverantwoordelijkheid van deze zorg is in handen van de psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut.

Medebehandelaren onder de eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar moeten een beroep uitoefenen uit het CONO-beroepenschema. Je vindt dit beroepenschema op onze website.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Paramedische zorg

25

FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR/MENSENDIECK

Omschrijving

Je hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Longer dan 18 jaar:

- je hebt vanaf de eerste behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Je vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houd er rekening mee dat

de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst;

- heb je een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan heb je per kalenderjaar recht op maximaal 9 behandelingen per aandoening. Als je na deze 9 behandelingen nog last hebt van de aandoening, heb je nog recht op maximaal 9 extra behandelingen voor die aandoening. In totaal heb je in dit geval dus recht op maximaal 18 behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder:

- je hebt recht op de eerste 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- je hebt vanaf de 21e behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Je vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houd er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.

De kosten van de eerste 20 behandelingen per aandoening komen voor jouw eigen rekening. Je krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als je een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van jouw aanvullende verzekering.

Chronische lijst

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

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

Om het voor jou overzichtelijk te maken, volgt hieronder een schema waarin je kunt terugvinden op hoeveel zorg je recht hebt:

Omschrijving: Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie

Jonger dan 18 jaar: 9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal heb je dus recht op maximaal 18 behandelingen.

18 jaar en ouder: 9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling)

Omschrijving: Jouw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen.

Let op: voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt

Jonger dan 18 jaar: volledig

18 jaar en ouder: vanaf 21e behandeling

Omschrijving: Jouw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen

Jonger dan 18 jaar: 9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal heb je dus recht op maximaal 18 behandelingen.

18 jaar en ouder: geen vergoeding

Wie mag de zorg verlenen

Fysiotherapeut, geriatisch fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeem-therapeut of bekkenfysiotherapeut.

Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

De geriatisch fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

De kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de zorg worden verleend

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

Toestemming

Je hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als je behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Je hebt een verklaring nodig van jouw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist waaruit blijkt dat je behandeld moet worden voor een aandoening die is opgenomen in deze Lijst.

De toestemmingsprocedure kun je terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

Je hebt geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of reïntegratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

26

LOGOPEDIE

Omschrijving

Je hebt recht op zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De Hanen Oudercursus valt ook onder deze zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Logopedist.

Voor de meeste logopedische behandelingen is geen aanvullende specialisatie vereist.

De zorg die alleen mag worden verleend door een gespecialiseerde logopedist is:

- een specifieke (individuele) zitting voor patiënten met de indicatie stotteren, de indicatie preverbale logopedie en/of de indicatie afasie;
- behandeling volgens het Hanen-Ouderprogramma, of;
- de Groepsbehandeling Integrale Zorg Stotteren (IZS).

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

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de zorg worden verleend

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

Bijzonderheden

Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met:

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

27

ERGOTHERAPIE

Omschrijving

Je hebt recht op zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft jouw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen, tot maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar.

Wie mag de zorg verlenen

Ergotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van jouw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis.

Als jouw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

28

DIEETADVISERING

Omschrijving

Jouw recht op dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, tot maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar.

Dieetadvisering als onderdeel van een zorgprogramma

Wanneer je diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte) of een

verhoogd cardiovasculair risico hebt en je ontvangt hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in artikel 12, dan wordt de dieetadvisering voor deze of gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd.

Wie mag de zorg verlenen

Diëtist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd je er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Mondzorg

29 TANDHEELKUNDIGE ZORG EN KAAKCHIRURGIE

29.1. Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Omschrijving

Je hebt recht op zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/behandelingen:

1. controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); 1 keer per jaar. Als dit nodig is, heb je meer keren per jaar recht op dit onderzoek;
2. incidenteel consult;
3. tandsteen verwijderen;
4. fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit; 2 keer per jaar. Als dit nodig is, heb je meer keren per jaar recht op deze behandeling;
5. sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen);
6. behandeling van het tandvlees (parodontale hulp);
7. verdoving (anesthesie);
8. wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
9. vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
10. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
11. volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen);
12. kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken;
13. chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten. Je hebt alleen recht op het aanbrengen van implantaten voor de zorg omschreven onder omschrijving, punt 12;
14. röntgenonderzoek. Je hebt geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, kaakchirurg, instelling voor jeugdtandverzorging, tandprotheticus of mondhygiënist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden..

Toestemming

Je hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als het gaat om kronen, bruggen en implantaten zoals omschreven onder omschrijving, punt 12. De toestemmingsprocedure kun je terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

29.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving

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

Je hebt recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

- ◆ als je een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt. Je hebt ook recht op het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht heb je alleen als je een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt;
- ◆ als je een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;
- ◆ als je een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

Je hebt alleen recht op orthodontie als je een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij een behandeling in teamverband nodig is.

Let op

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

Gebitsprothese op implantaten

Als je al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan jouw kaak zo erg slinken dat jouw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om 2 implantaten in de onderkaak waarop 2 drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit jouw mond te nemen. Als je een niet-uitneembare of geschroefde brug of prothese wilt op implantaten in plaats van een uitneembaar kunstgebit, dan worden de kosten hiervan niet vergoed.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, orthodontist of kaakchirurg.

Een Centrum voor bijzondere tandheelkunde is een centrum verbonden aan een ziekenhuis of universiteit voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in

artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

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

Voor een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) in het kader van de bijzondere tandheelkunde ben je een wettelijke bijdrage verschuldigd van € 125 per kaak. Deze eigen bijdrage geldt ook voor een gebitsprothese gemaakt voor implantaten.

Verwijsbrief

Tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig. De toestemmingsprocedure kun je terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

29.3. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Je hebt recht op kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. Je hebt geen recht op de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties.

Wie mag de zorg verlenen

Kaakchirurg.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

30 PROTHETISCHE VOORZIENINGEN
VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR
EN OUDER

Omschrijving

Je hebt recht op een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) voor de boven- en/of onderkaak. Je hebt ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of tandprotheticus.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in

artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

Je bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten. Je bent geen eigen bijdrage verschuldigd voor het repareren en rebasen van jouw gebitsprothese.

Toestemming

1. Je hebt voorafgaande toestemming nodig als de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de gebitsprothese hoger zijn dan:

- € 675 voor een boven- of onderkaak;
- € 1.350 voor een boven- en onderkaak samen.

2. Je hebt voorafgaande toestemming nodig als je jouw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen.

De toestemmingsprocedure kun je terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Eigen bijdrage gebitsprothese

Je hebt recht op een gebitsprothese (kunstgebit) voor de boven- en/of onderkaak. Je betaalt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking, maar worden mogelijk wel vergoed als je een aanvullende (tandarts)verzekering hebt.

Je hebt recht op een implantaat voor een kunstgebit als je een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Kijk hiervoor in artikel 29.2. Je betaalt in dit geval een eigen bijdrage

van € 125 per kaak in plaats van een eigen bijdrage van 25% van de kosten.

Let op: naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

Farmaceutische zorg

31

GENEESMIDDELEN

Omschrijving

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

Deze zorg omvat ook:

- terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;
- eerste terhandstellingsgesprek;
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.

Geregistreerde geneesmiddelen:

met uitzondering van de werkzame stoffen waarvoor wij preferente geneesmiddelen hebben aangewezen, heb je recht op levering van de door de minister van VWS aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Je vindt de door de minister aangewezen geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Je hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als je aan deze voorwaarden voldoet. Je vindt deze geneesmiddelen en de

voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Preferente geneesmiddelen (voorkeursgeneesmiddelen):

wij kunnen geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als preferente geneesmiddelen. Je vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg Promovendum. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen met specifieke toedieningsweg bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en specifieke toedieningsweg niet, heb je aanspraak op de door ons aangewezen geneesmiddelen. Maak je toch gebruik van niet-preferente geneesmiddelen, dan worden deze in principe niet vergoed. Alleen als jouw arts aangeeft dat behandeling met het preferente middel voor je medisch niet verantwoord is, heb je recht op een ander geneesmiddel.

Wij kunnen de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen. Je ontvangt hierover van ons informatie.

Preferentiebeleid

Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Wij kunnen binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursgeneesmiddel aanwijzen. Je vindt deze aangewezen voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg. Het verplicht

en vrijwillig eigen risico geldt niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen.

Zelfzorgmiddelen:

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

Niet-geregistreerde geneesmiddelen:

je hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor jou geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Je hebt recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;
- geneesmiddelen die jouw arts speciaal voor je bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van jouw behandelend arts zijn ingevoerd. Je hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als je

een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Internetapotheek

Je kunt voor herhaalrecepten van jouw geneesmiddelen en de anticonceptiepil terecht bij de Nationale Apotheek. Deze internetapotheek is door ons gecontracteerd zodat je een goede kwaliteit en dienstverlening kunt verwachten.

De Nationale Apotheek is een apotheek zoals je dat gewend bent, maar dan via internet. Je kunt jouw geneesmiddelen snel en eenvoudig bestellen, 24 uur per dag, zonder hiervoor naar de apotheek te hoeven. Om jouw herhaalrecepten en de anticonceptiepil voortaan via de Nationale Apotheek te bestellen hoef je slechts 2 dingen te doen:

- 1. Schrijf je via de website in bij de Nationale Apotheek;
- 2. Plaats de bestelling via de website of vraag jouw arts het herhaalrecept naar de Nationale Apotheek te sturen als het gaat om een receptplichtig geneesmiddel.

Kijk op nationale-apotheek.nl voor meer informatie en de voordelen.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee

dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

Je bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Eigen bijdrage geneesmiddelen

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

Recept (voorschrift)

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

Toestemming

Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal van de geneesmiddelen op bijlage 2 heb je van ons voorafgaande toestemming nodig. De geneesmiddelen waarvoor je toestemming nodig hebt, kun je vinden in het Reglement farmaceutische zorg. Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. Je ontvangt hierover informatie.

Voor het aanvragen van toestemming kan jouw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen. Ga je naar een apotheker of apotheehoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Je kunt dan het door jouw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Jouw apotheker beoordeelt of je voldoet aan de voorwaarden. Als je om privacyoverwegingen dit formulier niet bij jouw apotheek wil inleveren, kun je ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

Ga je naar een apotheker of apotheehoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Je kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de artsenverklaring rechtstreeks bij ons in te dienen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

Bijzonderheden

- ◆ Je hebt geen recht op:
 - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - farmaceutische zorg met betrekking tot een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is;
 - voorlichting farmaceutische zelfmanagement voor patiëntengroep;
 - advies farmaceutische zelfzorg;
 - advies gebruik receptplichtige geneesmiddelen tijdens reis;
 - advies ziekterisico bij reizen;
 - preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;

- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
- ◆ Geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 5 van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.
- ◆ Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Anticonceptiemiddelen

Ben je jonger dan 21 jaar? Dan heb je recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.

Ben je 21 jaar of ouder? Je hebt alleen recht op anticonceptiemiddelen als je deze middelen gebruikt voor de behandeling van endometriose of menorrhagie (als er sprake is van bloedarmoede). Als je geen recht hebt op deze vergoeding, krijg je de kosten van het anticonceptiemiddel mogelijk wel vergoed als je een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg

voor meer informatie de voorwaarden van jouw aanvullende verzekering.

Ongeacht jouw leeftijd, heb je recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door de huisarts of medisch specialist.

Je vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg op onze website.

32

DIEETPREPARATEN

Omschrijving

Je hebt recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Je hebt alleen recht op deze dieetpreparaten als je niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

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

Voorkeursdrinkvoeding (voorkeursproducten)

Wij kunnen voor enkele groepen drinkvoeding waarop je recht hebt op basis van dit artikel,

voorkeursproducten selecteren. Het gaat om de volgende groepen drinkvoeding:

- energieverrijkt en laag eiwit;
- energieverrijkt middel eiwit;
- energie- en eiwitverrijkt;
- energieverrijkt met vezel.

Er is dan voorkeur voor lager geprijsde drinkvoeding (van bepaalde fabrikant en/of merk).

Je vindt de door ons geselecteerde drinkvoeding in het Reglement farmaceutische zorg Promovendum. Wij kunnen de lijst met geselecteerde drinkvoedingen (voorkeursproducten) op ieder moment wijzigen. Je ontvangt hierover van ons informatie. Je hebt recht op de drinkvoeding zoals vermeld op het recept (voorschrift).

Jouw voordeel

Ga je naar een door ons gecontracteerde zorgaanbieder en gebruik je de door ons geselecteerde voorkeurs drinkvoeding, dan heb je een voordeel. Het verplicht en vrijwillig eigen risico gelden dan namelijk niet.

Wie mag de dieetpreparaten leveren

Apotheker, apotheekhoudend huisarts of een door ons aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kun je alleen terecht bij Linde Homecare en Mediq Tefa.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op: ga je voor sondevoeding naar een andere (zorg)aanbieder dan Linde Homecare of Mediq Tefa? Dan heb je geen recht op vergoeding.

Koop je een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals de supermarkt of drogist? Dan krijg je geen vergoeding.

Recept (voorschrift)

Diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Je hebt voorafgaande toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan jouw arts of diëtist een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Je kunt dan het door jouw arts of diëtist ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Jouw zorgaanbieder beoordeelt of je voldoet aan de voorwaarden. Als je om privacyoverwegingen dit formulier niet bij jouw zorgaanbieder wilt inleveren, kun je ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen. Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Je kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de artsenverklaring

rechtstreeks naar ons te (laten) sturen. Kijk voor het adres voor in de voorwaarden of op onze website.

De toestemmingsprocedure kun je terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Bijzonderheden

Je hebt geen recht op dieetproducten.

Dieetproducten (geen vergoeding)

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

Hulpmiddelenzorg

33

HULPMIDDELEN EN VERBANDMIDDELEN

Omschrijving

Je hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen Promovendum hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. Sommige groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wil je een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen

Promovendum opgenomen? Dien dan een aanvraag bij ons in.

De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvang je in eigendom. Krijg je het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u. Andere hulpmiddelen ontvang je in bruikleen. Bruikleen betekent dat je het hulpmiddel kunt gebruiken zolang je hierop bent aangewezen en zolang je bij ons bent verzekerd. Je sluit met ons een bruikleenovereenkomst, waarin jouw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kun je alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

In het Reglement hulpmiddelen vind je de volgende informatie:

- of je het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt;
- de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- of je een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;
- of je voorafgaande toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, kun je ons vragen hiervan af te wijken;
- maximum te leveren aantallen/stuks. Deze aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, kun je ons vragen hiervan af te wijken;

- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen of wettelijke eigen bijdragen.

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

Informatie over gecontracteerde zorgaanbieders

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

Wie mag de hulpmiddelen en verbandmiddelen leveren

Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen.

Let op:

Wij hebben voor een aantal hulpmiddelen en verbandmiddelen met een beperkt aantal zorgaanbieders contracten gesloten. Het gaat om diabetesmaterialen, stomamaterialen, verbandmiddelen, incontinentiematerialen en urine afvoerende materialen. Op onze website vind je met welke zorgaanbieder(s) wij een contract hebben gesloten.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij specifiek voor de Promovendum

Basisverzekering voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

In het Reglement hulpmiddelen vind je of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

IncontinentieZorgService voor vrouwen

Met deze service kun je, onder begeleiding van een continetieverpleegkundige, eenvoudig en in korte tijd zelf een belangrijke stap zetten naar een mogelijke oplossing voor ongewild urineverlies. Na het invullen van een diagnostisch expertsysteem dat bestaat uit een digitale vragenlijst, ontvang je online een medische conclusie met aanbevelingen. De digitale vragenlijst vind je op: www.incontinentiezorgservice.nl.

Vervolgens kun je gebruikmaken van persoonlijke begeleiding door een continetieverpleegkundige. De zorg wordt aan huis geleverd.

De kosten van de IncontinentieZorgService en de persoonlijke begeleiding komen ten laste van jouw zorgverzekering. De kosten hiervan worden in mindering gebracht op het verplicht en/of vrijwillig eigen risico van de zorgverzekering.

Bruikleen

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten en het betreft een bruikleenhulpmiddel? Dan bedraagt de vergoeding maximaal 80% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten die wij zouden hebben betaald voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

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

Verwijsbrief

In het Reglement hulpmiddelen kan je terugvinden voor welke hulpmiddelen je een verwijzing nodig hebt. In de verwijsbrief moet de indicatie vermeld staan.

Toestemming

Je hebt voor de eerste aanschaf van een hulpmiddel of verbandmiddel altijd voorafgaande toestemming nodig. Wij beoordelen of je voldoet aan de gestelde voorwaarden. Hierbij beoordelen wij of je bent aangewezen op het hulpmiddel of verbandmiddel. Ook bekijken wij of het hulpmiddel doelmatig is en niet onnodig kostbaar. Je vindt in het Reglement hulpmiddelen per hulpmiddel of je voor vervanging of reparatie van het hulpmiddel ook voorafgaande toestemming nodig hebt.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Jouw zorgaanbieder beoordeelt voor ons of je voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige hulpmiddelen is afgesproken dat wij de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder jouw aanvraag naar ons door.

Als je om privacyoverwegingen niet wilt dat de zorgaanbieder jouw aanvraag beoordeelt, kun je ons de aanvraag ook rechtstreeks sturen.

Ga je naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Je moet ons dan zelf voorafgaande toestemming vragen. Wil je bij de aanvraag de offerte van het hulpmiddel en de toelichting van de voorschrijver meesturen? Voorin deze voorwaarden vind je waar je de aanvraag naar toe kunt sturen.

Bijzonderheden

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

Je vindt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen Promovendum op onze website.

Verblijf in een instelling

34 VERBLIJF

Omschrijving

Je hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, gespecialiseerde GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van maximaal 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Waar mag het verblijf plaatsvinden

Het verblijf mag plaatsvinden in een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, in een GGZ-instelling, of in een revalidatie-instelling die voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) deze stelt aan een instelling.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Ga je naar een instelling waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je

waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Op voorschrift van

Verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Zij stellen de medische noodzaak vast.

Bijzonderheden

Onderbrekingen van maximaal 30 dagen worden niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen bedoeld in dit artikel onder omschrijving. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

Ziekenvervoer

35 AMBULANCEVERVOER EN ZITTEND ZIEKENVERVOER

Omschrijving

Je hebt recht op:

1. Medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Tijdelijke Wet ambulancezorg over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis;
- b. naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
- c. naar een instelling waar je geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ gaat verblijven;

- d. vanuit een AWBZ-instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 1b, naar:
- een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komt;
 - een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komt;
- e. naar jouw woning of een andere woning, als je in jouw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als je van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a, b of c;

Wat wordt verstaan onder ambulancevervoer?

Ambulancevervoer is vervoer van zieken en ongevals slachtoffers en hun begeleiders met ambulance-auto's.

2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

Je hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

- f. je moet nierdialyses ondergaan;
- g. je moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
- h. jij kan je uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;

- i. jouw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat jij je niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;

Wanneer kom je in deze situatie in aanmerking voor zittend ziekenvervoer op basis van een visuele handicap?

Jouw visuele handicap moet dusdanig zijn, dat je niet in staat bent om met openbaar vervoer te reizen. Dit wordt onder andere bepaald door jouw visus (gezichtsscherpte) en door jouw gezichtsveld. Je hebt recht op zittend ziekenvervoer, als jouw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,1 of wanneer je een gezichtsveldbeperking hebt van minder dan 20 graden.

Het kan ook voorkomen dat je een combinatie hebt van een slechte visus en een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. In dat geval is een individuele beoordeling nodig, om jouw recht op vervoer te kunnen beoordelen.

- j. je bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor je leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.

Wanneer kun je een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per

week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250.

Bijvoorbeeld: je moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer. Dan kun je een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

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

Wie mag het ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer verzorgen

Wie mag het ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer verzorgen

- ◆ Ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulancevervoerder.
- ◆ Zittend ziekenvervoer:
 - taxivervoerder;
 - openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;
 - eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,31 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vind je op onze website.

Maak je gebruik van een ambulance- of taxivervoerder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat je waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Eigen bijdrage

Je bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 96 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. Je hebt geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming:

Je hebt alleen voorafgaande toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer.

De toestemmingsprocedure kun je terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Je kunt met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer toestemming aanvragen. Dit formulier vind je op onze website.

Bijzonderheden

- ◆ Als wij je toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- ◆ In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een

ander door ons aan te geven
vervoermiddel.Zorgbemiddeling

36 ZORGADVIES EN BEMIDDELING

Omschrijving

Je hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de Promovendum Basisverzekering. Je kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kun je bereiken via onze website. Je kunt ook contact met ons opnemen op telefoonnummer 078 6481330.

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

Als er geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet-tijdig kan worden geleverd, mag je gebruikmaken van een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

III. Begripsomschrijvingen

37 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

AWBZ-instelling: een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Caresco BV: de gevolmachtigde agent aan wie door N.V. VGZ Cares volmacht als bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) is verleend ter zake van het sluiten en uitvoeren van de zorgverzekering.

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

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. 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 365 dagen.

Eigen bijdrage: een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op (vergoeding van de kosten van) zorg, welke u zelf dient te dragen alvorens recht bestaat op (vergoeding van de kosten van) het resterende deel van de zorg.

Eigen risico:

- ◆ verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat voor uw rekening blijft;
- ◆ vrijwillig eigen risico: een door u als verzekeringnemer met de zorgverzekeraar als onderdeel van de Promovendum Basisverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat u voor uw rekening zal nemen.

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

(inclusief Gibraltar) en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

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

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

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

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

Instelling:

- ◆ een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;

- ◆ een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Promovendum Basisverzekering: de overeenkomst van zorgverzekering die tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer door tussenkomst van Caresco BV tot stand komt.

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

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

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

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

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

Verzekerde: degene voor wie het risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een

zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven namens de zorgverzekeraar, is vermeld.

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

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

Verzekeringsvoorwaarden Promovendum Basisverzekering / verzekeringsvoorwaarden: de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet van de zorgverzekeraar.

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

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

Zorg: zorg of overige diensten.**Zorgpolis:** de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

Zorgverzekeraar, de: N.V. VGZ Cares, feitelijk en statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 29035387. N.V. VGZ Cares is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000597.

N.V. VGZ Cares is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A.

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt N.V. VGZ Cares aangeduid met 'wij' en 'ons'."

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

