

ZORGVERZEKERAAR

OZF



| **achmea**

Polisvoorwaarden 2009 OZF Zorgpolis Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen

Waar alles om u draait.



INHOUDSOPGAVE

Deel A - Verzekeringsvoorwaarden

Artikel

1. Begripsomschrijvingen
2. Kring der verzekerden
3. Zorgverzekeraar
4. Grondslag van de zorgverzekering
5. Totstandkoming, ingangsdatum, duur en einde van uw zorgverzekering
6. Persoonsgegevens, zorgpolis, polisblad en relatiepas
7. Premie
8. Verplichtingen van de verzekerde
9. Onrechtmatige inschrijving en verrekening
10. Aansprakelijkheid van derden en samenloop van verzekeringen
11. Aanspraak en uitsluitingen
12. Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico
13. Medisch adviseur
14. Declareren
15. Geneeskundige noodhulp buiten het woonland
16. Couulance
17. Wijziging van premie en/of voorwaarden
18. Geschillen
19. Fraude
20. Aansprakelijkheid OZF
21. Geldend maken van zorgaanspraken

Deel B - Vergoedingsvoorwaarden

Artikel

22. Algemeen
23. Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis
24. Zelfstandig behandelcentrum
25. Cosmetische chirurgie/Plastische chirurgie
26. Medisch specialistische zorg (poliklinisch)
27. Medisch specialistische zorg (extramuraal)
28. Second opinion
29. Orgaantransplantaties
30. Dyslexiezorg
31. Psychiatrische ziekenhuisopname
32. Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg
33. Persoonsgebonden budget geestelijke gezondheidszorg (PBG/GZ)
34. Eerstelijnspsychologische zorg
35. Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse
36. IVF (In Vitro Fertilisatie) en andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen
37. Oncologie onderzoek bij kinderen
38. Astma Centrum (Nederlands) te Davos (Zwitserland)
39. Mechanische beademing
40. Trombosedienst
41. Audiologisch centrum
42. Erfelijkheidsonderzoek en -advisering
43. Behandeling van psoriasis
44. Huisartsenzorg
45. Farmaceutische zorg
46. Revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum
47. Fysiotherapie en oefentherapie
48. Ergotherapie
49. Logopedie
50. Dieetadvisering
51. Hulpmiddelen
52. Prenatale screening
53. Bevalling en verloskundige zorg
54. Kraamzorg
55. Vervoer van zieken
56. Verpleging (extramuraal)
57. Buitenland
58. Tandheelkundige zorg tot 22 jaar
59. Tandheelkundige zorg vanaf 22 jaar - algemeen
60. Tandheelkundige zorg vanaf 22 jaar - uitneembare prothesen
61. Implantaten
62. Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap
63. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen
64. Orthodontie in bijzondere gevallen

Deel A

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

- 1.1 Apotheker**
Een apotheek die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, vijfde lid, van de Geneesmiddelenwet.
- 1.2 Apotheekhoudend huisarts**
Een huisarts aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.
- 1.3 Arts**
Degene die op grond van de Nederlandse Wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet BIG.
- 1.4 Arts voor de Jeugdgezondheidszorg**
De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.
- 1.5 Audiologische zorg**
Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met gestoorde gehoorfunctie.
- 1.6 AWBZ**
De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- 1.7 Bedrijfsarts**
Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.
- 1.8 Bureau Jeugdzorg**
Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.
- 1.9 Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde**
Een universitair of daarmede door ons gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
- 1.10 Centrum voor erfelijkheidsonderzoek**
Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.
- 1.11 Dagbehandeling**
Opname korter dan 24 uur.
- 1.12 Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)**
Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische (tweedelijns) zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.
- 1.13 Diëtist**
Een diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- 1.14 Dyslexie (ernstige)**
Een lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.
- 1.15 Eerstelijnspsycholoog**
Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijns-psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
- 1.16 Ergotherapeut**
Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".

- 1.17 EU- en EER-staat**
 Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjecho, Verenigd Koninkrijk en Zweden.
 Op grond van de verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
- 1.18 Farmaceutische zorg**
 De terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander rekening houdend met het door ons vastgestelde nadere reglement. De verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de daarbij behorende Regeling Zorgverzekering.
- 1.19 Fraude**
 Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met verzekeraar.
- 1.20 Fysiotherapeut**
 Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.
- 1.21 Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (GVS)**
 Gemiddeld maximaal tarief voor een groep geneesmiddelen met dezelfde medicinale werking.
- 1.22 Gezin**
 Twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenaf trek ingevolge de belastingwetgeving.
- 1.23 Gezondheidszorgpsycholoog**
 Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.24 GGZ-instelling**
 Een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig is toegelaten.
- 1.25 Huidtherapeut**
 Een huidtherapeut, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de wet BIG.
- 1.26 Huisarts**
 Een arts die is ingeschreven in het door de huisarts, verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 1.27 Hulpmiddelenzorg**
 De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële Regeling aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het door ons vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
- 1.28 Kaakchirurg**
 Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- 1.29 Kalenderjaar**
 De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.
- 1.30 Kinder- en jeugdpsycholoog**
 Een psycholoog die zich na een universitaire studie, door opleiding en werkervaring, gekwalificeerd heeft op het gebied van de kinder- en jeugdpsychologie en die als zodanig is ingeschreven bij het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP).
- 1.31 Klinisch psycholoog**
 Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.
- 1.32 Kraamcentrum**
 Een conform bij of door de wet gestelde regels als kraamcentrum toegelaten, en door ons als kraamcentrum erkende instelling.
- 1.33 Kraamzorg**
 De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of als zodanig werkende verpleegkundige.
- 1.34 Laboratoriumonderzoek**
 Onderzoek door een laboratorium, dat conform bij wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.
- 1.35 Logopedist**
 Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- 1.36 Medisch adviseur**
 De arts, die ons in medische aangelegenheden adviseert.
- 1.37 Medisch specialist**
 Een arts, die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 1.38 Medische noodzaak**
 De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen, waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 1.39 Mondhygiënist**
 Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut" en in het "Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997,553)".
- 1.40 Multidisciplinaire samenwerking**
 Geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.
- 1.41 Oefentherapeut**
 Een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit "diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
- 1.42 Opname**
 Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis of revalidatie-instelling, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden.
- 1.43 Orthodontist**
 Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- 1.44 Orthopedagoog-generalist**
 Een orthopedagoog-generalist, die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).
- 1.45 Polisblad**
 De akte waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

- 1.46 Psychiater/zenuwarts**
 Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.
- 1.47 Psychotherapeut**
 Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.48 Revalidatie**
 Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
- 1.49 Specialistische geestelijke gezondheidszorg**
 Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.
- 1.50 Tandarts**
 Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.51 Tandprotheticus**
 Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".
- 1.52 U/uw**
 De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de zorgverzekering met ons is aangegaan.
- 1.53 Verblijf**
 Een opname met een duur van 24 uur of langer.
- 1.54 Verdragsland**
 Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders dan lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte, of Zwitserland. Hieronder worden verstaan Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.
- 1.55 Verloskundige**
 Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 1.56 Verzekerde**
 Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.
- 1.57 Verzekeringnemer**
 Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan. Ingeval van een collectieve verzekeringsovereenkomst is de verzekeringnemer de instelling of persoon die als zodanig in de betreffende verzekeringsovereenkomst wordt genoemd.
- 1.58 Wet BIG**
 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.
- 1.59 Wij/ons**
 OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.
- 1.60 Zelfstandig behandelcentrum**
 Een centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten en door ons is geaccepteerd.
- 1.61 Ziekenhuis**
 Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten. Hieronder wordt tevens begrepen het Nederlands Astma Centrum te Davos.

- 1.62 Zorgverlener**
 De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.
- 1.63 Zorgverzekeraar**
 De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.
- 1.64 Zorgverzekering**
 De Zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Artikel 2 Kring der verzekerden

Deze zorgverzekering omvat aanspraken op zorg en de vergoeding van de kosten van zorg en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.

Artikel 3 Zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar is OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V., hierna aangeduid als 'OZF', 'wij' of 'ons'.

Artikel 4 Grondslag van de verzekering

- 4.1 Verzekeringsovereenkomst**
 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet. Deze zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is, aan de verzekeringnemer.
- 4.2 Kosten van zorg**
 De zorg en/of de kosten van zorg op basis van deze zorgverzekering kunnen behoudens eigen bijdragen, door de verzekerde bij OZF worden gedeclareerd. Wanneer en voor zover een overeenkomst is gesloten tussen de zorgverlener en OZF zal de zorgverlener op grond daarvan rechtstreeks bij OZF declareren. Een overzicht van gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Vergoeding wordt gegeven voor de werkelijk gemaakte kosten van medisch noodzakelijke zorg conform de door de NZa vastgestelde tarieven of door OZF met de zorgverlener overeengekomen prijzen en de vergoedingsvoorwaarden zoals vermeld in deel B van deze polis, geldig op de datum waarop de kosten waarvan vergoeding wordt gevorderd zijn gemaakt. In geval van een betaling door OZF van meer dan waarop volgens de polisvoorwaarden aanspraak bestaat, kan OZF het teveel betaalde verrekenen en wordt verzekerde geacht aan OZF te hebben verleend een volmacht tot incasso voor het teveel betaalde.
- 4.3 Aanspraak op vergoeding van kosten**
 De aanspraak op zorg en/of de vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgverzekering omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 4.4 Recht op zorg**
 De verzekerde heeft slechts recht op vergoeding van de kosten van zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 5 Totstandkoming, ingangsdatum, duur en einde van de zorgverzekering

5.1.1 Totstandkoming van de verzekering

Een verzekeringsovereenkomst komt tot stand door acceptatie door OZF van de aanmelding door de (hoofd)verzekerde. Aanmelding geschiedt door inzending van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier.

5.1.2 Bij aanmelding gaan wij na of is voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Wanneer hieraan wordt voldaan, wordt een polisblad afgegeven en bestaat daarna aanspraak op zorg volgens deze wet.

5.1.3 Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie op te nemen. Uw zorgverlener dan wel andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met de hiervoor bedoelde partijen uw BSN gebruiken.

5.2 Ingangsdatum en duur van de verzekering

5.2.1 De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de datum waarop OZF het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

5.2.2 Wanneer degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop wij het verzoek, bedoeld in artikel 5.2.1, ontvangen reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en u (verzekeringnemer) aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door u aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in artikel 5.2.1 en 5.2.2, gaat de verzekering op die latere dag in.

5.2.3 Wanneer de zorgverzekering ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, wordt als ingangsdatum aangehouden de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.

5.2.4 Wanneer de zorgverzekering ingaat binnen een maand nadat een andere zorgverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

5.2.5 Een bij ons lopende zorgverzekering kunt u, behoudens hetgeen in artikel 5.2.1 is bepaald, wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar en alleen na schriftelijke bevestiging van ons.

5.2.6 De collectieve zorgverzekering geldt ook voor uw gezin. Wanneer er binnen de collectieve overeenkomst beperkende afspraken zijn gemaakt over de leeftijd waarop uw kinderen gebruik kunnen maken van uw collectiviteitskorting, dan worden uw kinderen daar schriftelijk over geïnformeerd.

5.3 Einde van uw zorgverzekering

5.3.1 U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten zorgverzekering herroepen. U kunt de zorgverzekering binnen 14 dagen na ontvangst van uw polisblad schriftelijk zonder opgaaf van reden beëindigen. De zorgverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat wij de eventueel al betaalde premie terugstorten en u de eventueel gedeclareerde schadekosten terugbetaalt.

5.3.2 U (verzekeringnemer) kunt de zorgverzekering beëindigen:

- door uiterlijk 31 december schriftelijk op te zeggen. De verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk. Indien de verzekering niet wordt opgezegd, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar;

- als u een ander dan uzelf heeft verzekerd en deze verzekerde door een andere zorgverzekering wordt verzekerd. Als de opzegging bij ons voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering binnen is, kan de zorgverzekering beëindigd worden met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe zorgverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u hebt opgezegd;
- bij beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, wanneer de reden van de opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering naar de andere collectieve verzekering. Een dergelijke beëindiging dient uiterlijk 30 dagen na het ingaan van uw nieuwe dienstverband schriftelijk aan ons kenbaar te worden gemaakt. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste dag volgend op de maand van mededeling.

5.3.3 De zorgverzekering eindigt:

- met ingang van de dag volgend op de dag waarop u niet meer aan de vereisten voor inschrijving in de zorgverzekering voldoet;
- op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt;
- op een door ons te bepalen tijdstip gelegen in de toekomst wanneer de verschuldigde bedragen binnen 45 dagen na de vervaldag nog niet zijn betaald;
- bij aangetoonde fraude zoals beschreven in artikel 19 in welk geval OZF niet gebonden is aan enige opzegtermijn;
- bij overlijden;
- als wij ten gevolge van wijziging of intrekking van onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u uiterlijk 2 maanden voor dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de zorgverzekering eindigt.

5.3.4 Wanneer uw zorgverzekering eindigt, delen wij u dit schriftelijk mede.

Artikel 6 Persoonsgegevens, zorgpolis, polisblad en relatiepas

- 6.1** Bij de aanvraag van een verzekering vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen Achmea voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst, relatiebeheer, ten behoeve van fraudepreventie en het uitvoeren van wettelijke regelingen. Ook kunnen wij uw NAW-gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij OZF Achmea, Postbus 94, 7550 AB Hengelo.
- 6.2** OZF verstrekt ten bewijs van de verzekering aan iedere verzekeringnemer een zorgpolis alsmede een polisblad. Tevens ontvangt iedere verzekerde een relatiepas met nummers ten behoeve van zorgverleners. Deze pas is strikt persoonlijk, geldt voor de daarop aangegeven periode en doet tevens dienst als Europese Verzekeringskaart. Op vertoon van de pas kan de verzekerde zorg inroepen bij de door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder(s) waarop op basis van deze polis aanspraak bestaat. De verzekerde dient zich bij vertoon van de pas tegenover de zorgverlener op diens verzoek te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart. Aan de pas kunnen geen rechten worden ontleend. Bij verlies van de pas dient de verzekerde dit direct aan OZF te melden waarna een nieuwe pas wordt toegezonden. OZF behoudt zich het recht voor per verloren pas een bedrag van € 7,50 in rekening te brengen.

- 6.3** Vanaf het moment dat de zorgverzekering ingaat, mogen wij aan derden (zorgverleners, leveranciers e.d.) inlichtingen vragen en geven voor zover dit nodig is om de verplichtingen uit hoofde van de zorgverzekering te kunnen nakomen. Als het om dringende redenen noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

Artikel 7 Premie

7.1 Premievaststelling

7.1.1 Voor alle verzekerden is de premie verschuldigd die door OZF wordt vastgesteld. Voor kinderen onder de 18 jaar is geen premie verschuldigd voor de basisverzekering.

7.1.2 Bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar is premie verschuldigd per de 1e van de maand volgend op de maand waarin deze leeftijd bereikt wordt. De maandpremie wordt berekend aan de hand van de situatie per de 1e van de betreffende maand.

7.2 Bedrag premie

De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico, die direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag en/of een eventuele collectiviteitkorting, die eveneens direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag.

7.3 Premiebetaling

7.3.1 U (verzekeringnemer) betaalt de premie bij vooruitbetaling.

7.3.2 Het is u niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van ons te vorderen vergoeding.

7.3.3 Als de zorgverzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt al betaalde premie naar rato terugbetaald. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand. Wij kunnen van de terug te betalen premie een bedrag voor administratiekosten aftrekken.

7.4 Niet-tijdige betaling

7.4.1 U dient de premie conform de hiervoor gestelde regels te voldoen. Dit geldt ook wanneer de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen. Wanneer het niet mogelijk is de achterstallige premie te verrekenen met schadekosten, dan kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u in rekening brengen.

7.4.2 Wij kunnen de in artikel 7.4.1 genoemde kosten pas in rekening brengen als u (verzekeringnemer) niet op tijd betaalt na de eerste schriftelijke aanmaning waarin een betalingstermijn is vermeld.

7.4.3 In aanvulling op artikel 7.4.1 en 7.4.2 geldt dat de dekking van de zorgverzekering geschorst kan worden, als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van de derde schriftelijke aanmaning (ingebrekestelling) van ons. De dekking van de zorgverzekering kan geschorst worden met ingang van de eerste dag van de maand na het verstrijken van de betalingsstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan. Wij behouden ons het recht voor de zorgverzekering te beëindigen na het verstrijken van de betalingstermijn van de ingebrekestelling.

Als wij tot beëindiging overgaan, ontvangt u een schriftelijke bevestiging hiervan. De zorgverzekering kan niet met terugwerkende kracht worden beëindigd.

7.4.4 Nadat wij u hebben aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kunt u (verzekeringnemer) gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij wij de dekking van de zorgverzekering hebben geschorst.

7.4.5 Artikel 7.4.4 is niet van toepassing als wij aan u (verzekeringnemer) binnen 2 weken te kennen geven de opzegging te bevestigen.

7.5 (Her)inschrijving na wanbetaling

Bij een (her)inschrijving na wanbetaling dient de verzekerde 6 maanden premie vooruit te betalen.

Artikel 8 Verplichtingen van de verzekerde

8.1 U bent verplicht:

- bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, wanneer de medisch adviseur daarom vraagt;
- aan ons, onze medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, rekening houdend met de privacy-regelgeving;
- ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- binnen 2 maanden aan ons te melden dat u gedetineerd bent, in verband met de wettelijke bepaling over de opschorting van dekking en de premieplicht tijdens de duur van de detentie.

8.2 Wanneer de belangen van ons worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft u geen aanspraak op zorg dan wel behoeven wij geen kosten te vergoeden.

8.3 U (verzekeringnemer) bent verplicht binnen een maand aan ons kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals eindiging verzekeringsplicht, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. Kennisgevingen aan u (verzekeringnemer), gericht aan uw laatst bekende adres worden geacht u (verzekeringnemer) te hebben bereikt.

Artikel 9 Onrechtmatige inschrijving en verrekening

Wanneer ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) verzekeringsplicht bestaat. Wij zullen de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door of ten behoeve van u betaalde kosten van zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen. De verzekerde is niet gerechtigd de verschuldigde premie of een andere schuld aan OZF te verrekenen met een van OZF te vorderen vergoeding, tenzij met vooraf verkregen schriftelijke toestemming van OZF. OZF kan vorderingen en schulden van verzekerde voortvloeiend uit deze verzekering of een eventuele aanvullende verzekering onderling verrekenen. Deze verrekening door OZF is ook van toepassing op incasso- en deurwaarderskosten.

Artikel 10 Verhaal en samenloop van verzekeringen

10.1 Indien een derde aansprakelijk is voor kosten die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of letsel van u, moet u dit direct melden bij OZF, aangifte doen bij de politie en ons kosteloos medewerking verlenen en alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om het verhaal te halen bij de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon. Vergoeding van medische kosten die veroorzaakt zijn door een derde vindt alleen plaats indien de verzekerde zijn desbetreffende vordering op die derde aan OZF overdraagt. Iedere vergoeding betaald door OZF voorafgaande aan deze overdracht kan door OZF onmiddellijk van de verzekerde worden teruggevorderd of verrekend met andere declaraties.

- Deze bepaling geldt niet indien en voor zover OZF door betaling van rechtswege in de rechten van de verzekerde treedt.
- 10.2** Indien tegelijkertijd twee verzekeringen gelden voor kosten van medische zorg, kan in eerste instantie aanspraak onder deze polis worden gemaakt. Indien de medische kosten het gevolg zijn van een gebeurtenis waarvoor verzekerde een andere verzekering heeft, wordt verzekerde geacht zijn rechten op de uitkering van die verzekering aan OZF te hebben overgedragen ten belope van de vergoedingen betaald door OZF aan verzekerde verband houdend met die gebeurtenis.
- 10.3** Verzekerde zal geen regeling treffen met een aansprakelijke derde of een verzekeraar zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van OZF.

Artikel 11 Aanspraak en uitsluitingen

- 11.1 Aanspraken**
 U heeft aanspraak op zorg en/of vergoeding van kosten van zorg uit de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De inhoud en omvang van deze zorg staat beschreven in hiervoor genoemde regelingen en wetten. Bepalend is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.
- 11.2 Uitsluitingen**
 U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden geen kosten als gevolg van niet nagekomen afspraken.
- 11.3 Evenmin bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:**
- de eigen bijdrage krachtens de AWBZ en die van bevolkingsonderzoek;
 - aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet);
 - kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg;
 - behandeling tegen snurken (uvuloplastiek), behandeling voor het operatief plaatsen en het operatief vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie, het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak, liposuctie van de buik, behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan, behandelingen gericht op circumcisie en het afgeven van doktersverklaringen;
 - schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).
- 11.4** Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens-, natura- en uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht (Wft) van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. De exacte definities en bepalingen ten aanzien van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het clauseblad terrorismedekking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen en is in te zien op onze website.

- 11.5** In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan ons ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de Regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit Besluit te bepalen omvang.

Artikel 12 Eigen risico en no-claim

- 12.1 Verplicht eigen risico**
- 12.1.1** Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de zorgverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 155,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 12.1.2** Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de zorgverzekering aanspraak kan worden gemaakt.
- 12.1.3** Op de vergoeding van zorgkosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de zorgverzekering gemaakt worden, wordt het verplicht eigen risico van € 155,- ingehouden. Het verplicht eigen risico wordt niet ingehouden op:
- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
 - de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - de kosten van reguliere jeugd tandzorg voor verzekerden tot 22 jaar met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, bijzondere tandheelkunde en de uitneembare volledige prothese.
- 12.1.4 Vrijstelling verplicht eigen risico**
- 12.1.4.1** Voor een aantal ziekenhuisbehandelingen uit artikel 23, 24, 26 en 27 van de aanspraken van de OZF Zorgpolis, geldt dat u recht heeft op vrijstelling van het verplicht eigen risico. Dit geldt voor de volgende behandelingen:
- Staaroperatie;
 - Liesbreuk;
 - Artrose van heup, inclusief plaatsen of vervangen van gewrichtsprothese;
 - Artrose van knie, inclusief plaatsen of vervangen van gewrichtsprothese;
 - Galblaasoperatie;
 - Incontinentie;
 - Meniscus- of voorste kruisbandletsel;
 - (Verdenking op) borstkanker;
 - (Verdenking op) rug- of nekhernia en overige wervelkolomchirurgie door orthopeed of neurochirurg.

- 12.1.4.2** Om in aanmerking te komen voor vrijstelling van het verplicht eigen risico, dient u contact op te nemen met onze afdeling Zorgbemiddeling voor een vrijblijvend zorgadvies en dient u de afspraak voor de behandeling door ons te laten maken. Dit kan door het invullen van een aanvraagformulier via onze website of door telefonisch contact met ons op te nemen. Vrijstelling vindt alleen plaats als de behandeling daadwerkelijk is ondergaan. U hebt geen recht op vrijstelling als de behandeling wordt uitgevoerd door een zorgverlener in het buitenland.
- 12.1.5** De kosten van zorg die vanuit de zorgverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna in mindering gebracht op het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 12.2.
- 12.1.6** Wanneer u in de loop van het kalenderjaar de 18 jarige leeftijd bereikt, gaat het verplichte eigen risico in per de eerste van de maand volgende op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt. Het verplichte eigen risico wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 12.1.7** Wanneer uw zorgverzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het verplicht eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 12.1.8** Bij beëindiging van uw zorgverzekering in de loop van het kalenderjaar zal het verplicht eigen risico voor het desbetreffende kalenderjaar worden verminderd.
- 12.1.9** In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de zorgverzekering, een bedrag voor rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het verplicht eigen risico.
- 12.1.10** Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.
- 12.1.11** Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. U wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het verplicht eigen risico.
- 12.2 Vrijwillig gekozen eigen risico**
- 12.2.1** Het vrijwillig gekozen eigen risico bedraagt € 0,- per verzekerde per kalenderjaar, tenzij een hoger vrijwillig gekozen eigen risico is overeengekomen. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder kan op schriftelijk verzoek van verzekerde een hoger vrijwillig gekozen eigen risico worden overeengekomen. De vrijwillig gekozen eigen risicoklassen bedragen € 0,- € 100,- € 200,- € 300,- € 400,- of € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis.
- 12.2.2** Het vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop krachtens de zorgverzekering aanspraak kan worden gemaakt.
- 12.3 Eigen risico m.b.t. DBC en huisarts**
- 12.3.1** Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 12.3.2** Op het vrijwillig gekozen eigen risico zijn niet van toepassing:
- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
 - de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - de kosten van reguliere jeugd tandzorg voor verzekerden tot 22 jaar met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, bijzondere tandheeskunde en de uitneembare volledige prothese.
 - Zodra het vrijwillig gekozen eigen risico is overschreden, worden de kosten vergoed volgens de vergoedingsvoorwaarden. Andere eigen bijdragen tellen niet mee voor de toepassing van deze bepaling.
- 12.4 Verplichte eigen risico**
 Kosten van zorg die vanuit de zorgverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplichte eigen risico als bedoeld in artikel 12.1 en worden daarna verrekend met het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 12.5 Tijdstip ingaan eigen risico en tussentijdse aanmelding**
 Voor de bepaling van het vrijwillig gekozen eigen risico is de situatie bij aanvang van de zorgverzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Wanneer de zorgverzekering in de loop van het kalenderjaar tot stand komt dan wel eindigt, wordt het vrijwillig gekozen eigen risico naar evenredigheid van de tijdsduur toegerekend.
- 12.6 Eigen rekening**
 In die gevallen waarin, op grond van de vergoedingen vanuit de zorgverzekering, een bedrag voor eigen rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 12.7 Verrekening rechtstreekse betaling aan zorgverlener**
 Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande (verplichte en/of vrijwillig gekozen) eigen risicobedrag worden verrekend dan wel van de verzekerde, dan wel van de verzekeringnemer worden teruggevorderd. De verzekerde wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het eigen risico.
- 12.8 Wijziging eigen risico**
 De verzekerde kan jaarlijks met ingang van 1 januari het bedrag van het vrijwillig gekozen eigen risico wijzigen. Wijzigingen dienen uiterlijk 31 december het jaar voorafgaande aan het nieuwe verzekeringsjaar schriftelijk te worden medegedeeld aan OZF.

Artikel 13 Medisch adviseur

OZF is niet gehouden tot betaling van enige vergoeding indien verzekerde niet meewerkt aan een verzoek van OZF om een onderzoek door een medisch adviseur te ondergaan.

Artikel 14 Declareren

- 14.1** De nota's dienen als origineel kenbaar te zijn en voldoende gefrankeerd te worden gezonden aan OZF. Nota's waarop vergoeding wordt gegeven, worden niet geretourneerd. Ingediende nota's dienen zodanig gespecificeerd te zijn, dat OZF aan de hand daarvan kan beoordelen in hoeverre de gedeclareerde kosten voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven.
 Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota vermeld staan welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is. Buitenlandse nota's dienen te zijn vergezeld van het volledig ingevulde declaratieformulier buitenland.
- 14.2** Nota's dienen te worden voorzien van het relatienummer, de naam van de verzekerde die de zorg genoot, een akkoordverklaring plus de handtekening van de hoofdverzekerde met betrekking tot de geleverde prestatie, een vermelding, indien van toepassing, dat de kosten het gevolg zijn van een ongeval en eventueel andere relevante aantekeningen.
- 14.3** Betaling van vergoedingen geschiedt door overboeking in Euro's op de Nederlandse bank- of girorekening van hoofdverzekerde. Bij betaling op buitenlandse rekeningnummers kunnen bankkosten in rekening worden gebracht.
 Nota's die voor volledige vergoeding in aanmerking komen worden, op duidelijk op de ingediende rekening vermeld verzoek, rechtstreeks aan de zorgverlener betaald.
- 14.4** U bent verplicht om in voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, bij ons in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is. In het geval u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar bij ons indient, behouden wij ons het recht voor om een lagere vergoeding toe te kennen, dan waar u volgens de aanspraak recht op had. Op basis van artikel 942, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek worden nota's die langer dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg, bij ons worden ingediend, niet in behandeling genomen.

Artikel 15 Geneeskundige noodhulp buiten het woonland

In medische noodsituaties buiten het woonland kan beroep worden gedaan op de door OZF aangewezen alarmcentrale EuroCross. Een opname in een zorginstelling in het buitenland dient zo spoedig mogelijk (binnen 48 uur) aan EuroCross te worden gemeld. Onder woonland wordt verstaan het land waar men zich metterwoon heeft gevestigd voor een periode van langer dan 3 maanden. EuroCross is 24 uur per dag bereikbaar voor het melden van opnames en voor adviezen of hulp in noodsituaties, verstrekt betalingsgaranties bij opnames, onderhoudt contact met de verzekerde, familie en behandelende artsen, verzendt geneesmiddelen die ter plaatse niet verkrijgbaar zijn, organiseert en verzorgt repatriëring van de patiënt naar zijn woonland en organiseert het vervoer van het stoffelijk overschot van verzekerde naar het woonland. De kosten van repatriëring die niet geschiedt in opdracht van of in overleg met en onder goedkeuring van EuroCross, blijven voor rekening van de verzekerde. De ziektekosten uitgaande boven het dekkingsmaximum van deze polis blijven voor rekening van de verzekerde.

Voorzover deze kosten door EuroCross zijn betaald, worden deze geacht voor rekening van de verzekerde te zijn betaald en wordt verzekerde geacht aan OZF een volmacht tot incasso te hebben verleend van de voor zijn rekening betaalde onverzekerde kosten.

Artikel 16 Cou lance

In bijzondere gevallen en voor zover dit niet in strijd is met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting kan OZF een tegemoetkoming geven waar de polis geen (volledige) vergoeding kent. Aan een cou lancebetaling kunnen geen aanspraken worden ontleend.

Artikel 17 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 17.1** OZF heeft het recht de grondslag van de premie te wijzigen. Een dergelijke wijziging treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan u (verzekeringnemer) is meegedeeld.
- 17.2** U (verzekeringnemer) kunt de zorgverzekering opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging u is meegedeeld.
- 17.3** OZF heeft het recht de voorwaarden van de verzekering te wijzigen. Als een wijziging in de aanspraken c.q. vergoedingen ten nadele van u plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de zorgverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. U (verzekeringnemer) kunt de zorgverzekering opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging u is meegedeeld.

Artikel 18 Geschillen

- 18.1** Op deze polis is het Nederlands recht van toepassing.
- 18.2** Wanneer u het niet eens bent met een door ons, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kunt u ons verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient binnen 6 maanden nadat de beslissing aan u is medegedeeld te worden gericht aan de afdeling Klachtenbehandeling.
 Hoe u bij ons een klacht indient en hoe wij hier vervolgens mee omgaan, vertellen wij u in de brochure 'Ontevreden? Vertel het ons'. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- 18.3** Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door ons wordt gereageerd, dan wel wij gemotiveerd aangeven onze oorspronkelijke beslissing te handhaven, kunt u zich wenden tot de bevoegde rechter.
- 18.4** In afwijking van het voorgaande lid kunt u het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.
- 18.5** Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over door ons gehanteerde formulieren. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn.
 Uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit strekt de zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar en consument tot bindend advies.

Artikel 19 Fraude

19.1 Algemeen

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons.

19.2 Verval van recht op vergoeding

Elke uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien u (verzekeringnemer) en/of verzekerde en/of een bij vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

19.3 Gevolgen

Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:

- aangifte doen bij de politie;
- de verzekeringsovereenkomst beëindigen;
- registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- uitgekeerde vergoedingen en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.

Artikel 20 Aansprakelijkheid OZF

Als een zorgverlener iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk, ook niet in die gevallen waarin de zorg of hulp van die zorgverlener deel uit maakt van de dekking van de Zorgverzekering.

Artikel 21 Geldend maken van zorgaanspraken

21.1 Keuze zorgverlener

Als u zorg nodig heeft die deel uit maakt van de zorgverzekering heeft u de keuze uit elke persoon of instelling in Nederland, die een overeenkomst heeft gesloten met ons. Wij verstrekken informatie over de personen en instellingen met wie/waarmee een dergelijke overeenkomst bestaat.

21.2 Niet gecontracteerde zorg

Als u zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd, heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. In deel B Vergoedingsvoorwaarden van deze polisvoorwaarden beschrijven wij, wanneer van toepassing, de lagere vergoeding en/of de eigen betaling die u verschuldigd bent. Als er geen lagere vergoeding geldt of eigen betaling verschuldigd is, heeft u aanspraak op vergoeding van kosten tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief;
- indien en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, vergoeding van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

U kunt telefonisch contact met ons opnemen voor informatie over de hoogte van de vergoeding. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

21.3 Verrekening kosten

Wanneer en voor zover OZF meer vergoed dan waartoe wij door de overeenkomst zijn gehouden, wordt de verzekerde geacht aan ons een volmacht te hebben verleend tot incasso op onze naam van het door verzekerde aan zorgverlener teveel betaalde.

21.4 Zorgbemiddeling

U heeft recht op zorgbemiddeling.

21.5 Acute zorg/noodhulp

In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft, wordt de toestemming tot het inroepen van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van de kosten. De verzekerde dient in dat geval OZF zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

Deel B

VERGOEDINGSVOORWAARDEN

Artikel 22 Algemeen

- Deze verzekeringsovereenkomst omvat de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg in geheel Nederland. Zie artikel 57 'Buitenland' voor aanspraken op zorg in het buitenland.
- Aanspraak bestaat op (gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten van) de noodzakelijke medische zorg zoals hierna omschreven.
- Bij een verwijzing dient de indicatie en zo mogelijk de voorgeschreven behandeling duidelijk te worden aangegeven.
- Op verzoek van OZF dient u de huisarts of specialist te machtigen de reden van opname aan OZF kenbaar te maken.

Artikel 23 Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis

Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. Wij vergoeden de kosten van:

- verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;
- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

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

Voor de behandelingen in onderstaande lijst geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener.

- Liesbreuk;
- Spataderen;
- Galblaasoperatie;
- (Verdenking op) borstkanker;
- Psoriasis;
- Ulcus cruris (open been);
- (Verdenking op) huidkanker;
- Zwangerschap en bevalling;
- Incontinentie;
- (Neus en keel-)amandelen knippen;
- Onderzoek i.v.m. slaapstoornissen en behandeling van obstructief slaap apnoe syndroom;
- Diabetes, inclusief onderzoek van het netvlies door de oogarts en behandeling van diabetische netvliesafwijkingen;
- Diabetes bij kinderen (behandeling door kinderarts);
- Chronische darmontstekingen (ziekte van Crohn en colitis ulcerosa);
- Borstverkleining met medische indicatie;
- Staaroperatie;
- Onderzoek/behandeling door de oogarts voor refractieafwijkingen (brillen/contactlenzen) en glaucoom;
- Artrose van heupen of knieën, inclusief plaatselijke gewrichtsprotheses;
- Meniscus- of voorste kruisbandletsel;
- (Verdenking op) rug- of nekhermia en overige wervelkolomchirurgie door orthopeed of neurochirurg;
- Pijnbestrijding rugklachten door de anaesthesist;

- Reumatoïde artritis;
- Ziekte van Bechterew;
- Nierstenen en urinewegstenen;
- Prostaatklachten, inclusief (verdenking op) prostaatkanker;
- (Verdenking op) blaaskanker;
- Onderzoek of behandeling door de cardioloog voor pijn op de borst of hartritme stoornissen;
- Chronisch hartfalen.

Een lijst met gecontracteerde ziekenhuizen en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde ziekenhuizen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons voor ziekenhuisopname tenminste 3 weken van tevoren toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.

Uitsluitingen

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ zijn de artikelen 32 en 33 van toepassing.

Artikel 24 Zelfstandig behandelcentrum

Wij vergoeden bij behandeling in een zelfstandig behandelcentrum de kosten van:

- verpleging en verzorging;
- medisch specialistische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

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

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum. Een lijst met gecontracteerde zelfstandig behandelcentra en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zelfstandig behandelcentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons voor ziekenhuisopname tenminste 3 weken van tevoren toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

Artikel 25 Cosmetische chirurgie/Plastische chirurgie

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist indien de behandeling leidt tot correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij een geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de buikwand (het abdominoplastiek);
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit.

Voorwaarden

- een abdominoplastiek valt onder de Zvw-prestatie plastische chirurgie indien er sprake is van een verminking of ernstige functiebeperking.
 - van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming die direct in het oog springt. Met het begrip verminking wordt bedoeld op verworven aandoeningen zoals misvormingen door brandwonden, misvormingen aan de handen door reumatoïde artritis, misvormingen door verlammingen van de aangezichtszenuw, amputatie van ledematen of geamputeerde mammae. Er is sprake van een verminking bij abdominoplastiek indien er een misvorming is die vergelijkbaar is met bovenstaande voorbeelden. Een overhang van de buik valt niet onder deze definitie.
 - van functiebeperking is sprake in geval van:
 1. onbehandelbaar smetten. Dit is een door de dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in huidplooien dat altijd daar ter plekke aanwezig is en waarbij een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. De reden van het conservatief falen is duidelijk te objectiveren. Als onvoldoende hygiënische maatregelen de oorzaak van het smetten zijn, is de vergoeding niet mogelijk.
 2. een ernstige bewegingsbeperking. De bewegingsbeperking wordt in deze als ernstig gezien indien die ontstaat doordat in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengte van de bovenbenen bedekt.
- Verder geldt dat om voor vergoeding in aanmerking te komen de Body Mass Index gedurende ten minste twaalf maanden kleiner dan of gelijk aan dertig moet zijn.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 26 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

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

Voor behandelingen zoals vermeld in de lijst onder artikel 23 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of andere medisch specialist. Voor de oogarts en acute zorg heeft u geen verwijzing nodig.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ zijn de artikelen 32 en 33 van toepassing.

Artikel 27 Medisch specialistische zorg (extramuraal)

Wij vergoeden de kosten van de behandeling van een extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische zorg;
- de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

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

Voor behandelingen zoals vermeld in de lijst onder artikel 23 moet u van te voren contact met ons opnemen.

Bij behandeling door een hiervoor niet door ons gecontracteerde extramuraal werkend specialist heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerd extramuraal werkend specialist. Een lijst met gecontracteerde extramuraal werkend medisch specialisten en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde extramuraal werkende specialisten kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of andere medisch specialist. Voor acute zorg heeft u geen verwijzing nodig.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ zijn de artikelen 32 en 33 van toepassing.

Artikel 28 Second opinion

Wij vergoeden de kosten van een tweede mening van een andere medisch specialist dan de behandelend arts. Het oordeel of advies kan zowel door u als door de behandelend arts gevraagd worden.

Voorwaarde

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer de diagnostiek of behandeling onder de voorwaarden van deze zorgverzekering valt.

Artikel 29 Organtransplantaties

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van:

- transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nier pancreas;
- de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor; het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

De donor heeft recht op de vergoeding van de kosten van:

- zorg, waarop volgens deze polis aanspraak bestaat, gedurende ten hoogste 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen en uitsluitend wanneer de verleende zorg verband houdt met die opname;
- het vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – wanneer en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige zin;

- het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, en de overige transplantatiekosten, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gederfde inkomsten.

Voorwaarde

Wij moeten u bij een hiervoor niet door ons gecontracteerde instelling vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Een lijst met gecontracteerde instellingen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 30 Dyslexiezorg

Wij vergoeden de kosten van diagnose en behandeling van ernstige dyslexie bij kinderen die basisonderwijs volgen en bij wie de zorg op zeven- of achtjarige leeftijd aanvangt. De zorg dient te worden uitgevoerd door een gespecialiseerde instelling voor hulpverlening bij dyslexie waar gewerkt wordt op basis van multidisciplinaire samenwerking onder eindverantwoordelijkheid van een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist die op grond van de voor hun beroep geldende en geëxpliceerde standaarden bekwaam zijn voor diagnostiek en behandeling van ernstige dyslectici in de zorg.

Bij deze multidisciplinaire samenwerking dienen de Richtlijnen multidisciplinaire samenwerking Diagnostiek en behandeling ernstige dyslexie, zoals opgesteld door de beroepsverenigingen NIP, NVO, LBRT en NVLF, te worden gevolgd.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van het stellen van de diagnose alleen wanneer u bent doorverwezen door de school die hieraan voorafgaand met de verzekerde het Protocol Leesproblemen en Dyslexie heeft doorlopen en op basis hiervan het vermoeden heeft dat er sprake is van ernstige dyslexie, zonder dat er sprake is van andere lees- en spellingsproblemen waarvoor al een behandeltraject via GGZ of gemeente bestaat.
- Om daarnaast voor vergoeding van de behandeling in aanmerking te komen dient er in het diagnostisch onderzoek ernstige dyslexie, niet deel uitmakende van complexe problematiek, te worden vastgesteld conform de criteria van het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling en dienen de behandelingen volgens dit protocol te geschieden. Het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling kunt u downloaden van onze website of bij ons opvragen.
- Voor vergoeding van de kosten van zowel de diagnose als van behandeling moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 31 Psychiatrische ziekenhuisopname

Wij vergoeden de kosten van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg;
- het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerd psychiatrisch ziekenhuis vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerd psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Een lijst met gecontracteerde (psychiatrische) ziekenhuizen en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde (psychiatrische) ziekenhuizen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Artikel 32 Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut.

Wij vergoeden de kosten van:

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg;
- de met de behandeling gepaard gaande verpleging;
- de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Artikel 33 Persoonsgebonden budget geestelijke gezondheidszorg (PGB GGZ)

U kunt in plaats van de aanspraken omschreven in artikel 32 aanspraak maken op een persoonsgebonden budget overeenkomstig het Achmea Reglement PGB GGZ. Het Achmea Reglement PGB GGZ maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Artikel 34 Eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden de kosten van diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog en/of orthopedagoog-generalist. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De zorg omvat ten hoogste acht zittingen (van maximaal één uur) eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 10,- per zitting.

De zorg kan ook gegeven worden in halve of kwart zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog of orthopedagoog-generalist vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet u zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of een arts voor jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van (ortho)pedagogische hulp, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter.

Artikel 35 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van nierdialyse in een ziekenhuis, dialysecentrum of bij u thuis al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van u en van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Daarnaast heeft u bij thuisdialyse aanspraak op:

- vergoeding van de kosten die verband houden met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;

- vergoeding van de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), en van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- vergoeding van de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover wij die kosten redelijk achten en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- vergoeding van de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover wij die kosten redelijk achten en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- vergoeding van de kosten die verband houden met de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voorwaarde

U moet bij thuisdialyse vooraf een begroting van de kosten overleggen.

Artikel 36 IVF (In Vitro Fertilisatie) en andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

36.1 IVF

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van de eerste, tweede en derde poging In Vitro Fertilisatie (IVF) per te realiseren zwangerschap inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Een poging omvat vier fasen, te weten:

1. rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
2. het afnemen van eicellen (punctie);
3. bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium;
4. de terugplaatsing van een of twee ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde de zwangerschap te doen ontstaan.

Een volledige poging omvat maximaal het opeenvolgend doorlopen van alle vier genoemde fasen. Een volledige poging kan echter ook bestaan uit fasen 2, 3 en 4. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF behandeling waaruit zij zijn ontstaan.

Voorwaarden

- De IVF-behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatie-behandeling worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg ten behoeve van de donor.
- Bij de vrouwelijke verzekerde wordt IVF tot en met 40-jarige leeftijd vergoed. Na de 40-jarige leeftijd en voor de 45-jarige leeftijd komt IVF voor vergoeding in aanmerking, mits de doelmatigheid van de behandeling in de individuele situatie is beoordeeld en is vastgesteld. Bij genoemde leeftijden geldt de leeftijd bij aanvang van de eerste fase. Vanaf 45 jaar dient de verzekerde zelf het onderzoek tot vaststelling van de doelmatigheid te betalen. Als de doelmatigheid van de behandeling wordt vastgesteld, heeft de verzekerde aanspraak op behandeling en het doelmatigheidsonderzoek.
- Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dat is een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie.
- Het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (GVS) is van toepassing. Wij vergoeden de kosten maximaal tot de door de overheid vastgestelde bedragen.

36.2 Overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, behandelingen in verband met operatieve ingrepen en kunstmatige inseminatie.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de toegepaste geneesmiddelen, als u de geneesmiddelen krijgt voorgeschreven voor een andere vruchtbaarheidsbevorderende behandeling dan de vierde en volgende IVF-behandeling.

Artikel 37 Oncologie onderzoek bij kinderen

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van de door Skion (Stichting Kinderoncologie Nederland) uitgevoerde centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Artikel 38 Astma Centrum (Nederlands) te Davos (Zwitserland)

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van behandeling in het Nederlands Astma Centrum te Davos.

Voorwaarden

- Een soortgelijke behandeling heeft in Nederland zonder succes plaatsgehad en wij achten de behandeling in Davos doelmatig.
- U moet zijn doorverwezen door een longarts of kinderarts.

Artikel 39 Mechanische beademing

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van noodzakelijke mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch specialistische zorg in een beademingscentrum. Als de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij u thuis heeft u aanspraak op de vergoeding van de kosten van:

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

Artikel 40 Trombosedienst

U heeft aanspraak op zorg door de trombosedienst.

De zorg omvat:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
- het verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed;
- het aan u ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kan meten;
- het opleiden van uzelf in het gebruik van de in de vorige zin bedoelde apparatuur, en het begeleiden van u bij uw metingen;
- het geven van adviezen aan u omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Artikel 41 Audiologisch centrum

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van zorg in een audiologisch centrum. De zorg omvat:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg wanneer noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen, door een tot dat doel door ons gecontracteerd audiologisch centrum.

Een lijst met gecontracteerde audiologische centra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, kinderarts, keel-, neus- en oorarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg.

Artikel 42 Erfelijkheidsonderzoek en- advisering

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van erfelijkheidsonderzoek en –adviesing. Het gaat om centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een tot dat doel door de zorgverzekeraar gecontracteerd centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
- chromosoomonderzoek;
- biochemische diagnostiek;
- ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Wanneer noodzakelijk voor het advies aan u zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan uzelf; aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts.

Artikel 43 Behandeling van psoriasis

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van behandeling van psoriasis door middel van UV-B lichtbehandeling bij u thuis.

Voorwaarden

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan ons overleggen.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 44 Huisartsenzorg

U heeft aanspraak op geneeskundige zorg verleend door een huisarts, bedrijfsarts of een daarmee gelijk te stellen arts / zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De aanspraak omvat ook röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts of bedrijfsarts.

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

Artikel 45 Farmaceutische zorg

45.1 Algemeen

Wij vergoeden, volgens het Achmea reglement Farmaceutische Zorg, de kosten van:

- geneesmiddelen die op basis van het Besluit zorgverzekering zijn aangewezen door OZF Achmea zorgverzekeringen. Er bestaat een limitatieve lijst van geneesmiddelen waarvoor aanvullende voorwaarden gelden. Een daarvan is dat voor vergoeding van sommige geneesmiddelen van die lijst wij u toestemming moeten geven;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd wanneer het rationele farmacotherapie betreft, dit zijn geneesmiddelen die:
 - door of in opdracht van een apotheker in zijn/haar apotheek op kleine schaal zijn bereid,
 - volgens artikel 40, derde lid, onder c van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of
 - volgens artikel 40, derde lid, onder c van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- dieetpreparaten, wanneer er sprake is van een ernstige slik-, passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornis of een ernstige voedselallergie of wanneer er sprake is van een dreigende ernstige ondervoeding bij een verzekerde die lijdt aan chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

Het Achmea reglement Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Op de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor de meeste geneesmiddelen een vergoedingslimiet is vastgesteld. Wanneer de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, vergoeden wij tot maximaal de vergoedingslimiet.

Bij de levering van de hierboven bedoelde geneesmiddelen en dieetpreparaten door een niet door ons gecontracteerde apotheker of apotheekhoudende huisarts, vergoeden wij 80% van de kosten. Dit betreft de kosten van het geneesmiddel of dieetpreparaat, de afleverkosten en de eventuele bereidingskosten.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door:
 - een huisarts, medisch specialist, tandarts, verloskundige of op basis van ministeriële regeling aangewezen verpleegkundige wiens zorg u volgens deze polis heeft ingeroepen;
 - een arts verbonden aan een consultatiebureau voor geboorteregeling, een persoon of instelling die zorg verleent als bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorg-aanspraken AWBZ;
 - een arts die is verbonden aan een Gemeentelijke Gezondheidsdienst, en de zorg strekt ter behandeling van tuberculose of tuberculose-infectie.

- De farmaceutische zorg moet geleverd worden door een apotheker of apotheekhoudende huisarts. Wij vergoeden de kosten van dieetpreparaten en de geneesmiddelen waarvoor aanvullende voorwaarden gelden alleen wanneer er voldaan is aan de voorwaarden die wij stellen in bijlage 1 "nadere voorwaarden voor vergoeding" van het reglement Farmaceutische Zorg.
- Voor insuline is alleen bij de eerste levering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis.
- Wij vergoeden niet de kosten van farmaceutische zorg in de in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen.
- Wij vergoeden niet de kosten van geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet.
- Wij vergoeden niet de kosten van geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.
- Wij vergoeden niet de kosten van geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.

45.2 Anticonceptiva

Wij vergoeden de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltes voor de vrouwelijke verzekerde.

Voorwaarden

- Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist en moet geleverd worden door een apotheker of apotheekhoudende huisarts en dient alleen voor eigen gebruik;
- Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van de eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS).

Artikel 46 Revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van revalidatie, maar uitsluitend als:

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

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Voorwaarde

De behandelende instelling moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij de behandelende instelling een garantieverklaring.

Artikel 47 Fysiotherapie en oefentherapie

47.1 Chronische aandoeningen

- Wij vergoeden de kosten van de 10e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut bij bepaalde aandoeningen, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van de folder "Paramedische Zorg" welke u bij ons kunt opvragen of via onze website kunt inzien c.q. downloaden;
- Voor verzekerden jonger dan 18 jaar vergoeden wij tevens de kosten van de eerste 9 behandelingen;
- Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 20,- per zitting. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en is opgenomen in de folder "Paramedische Zorg" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Deze verwijzing is nodig om recht op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie vanuit de zorgverzekering.
- Voor vergoeding van de kosten van een behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten respectievelijk als zorg plegen te bieden.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde huidtherapeut.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

47.2 Niet chronische aandoeningen

Voor verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij de kosten van 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar door een fysiotherapeut of oefentherapeut, eventueel verlengd met nogmaals 9 behandelingen wanneer er sprake is van ontoereikend resultaat. Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij maximaal € 20,- per zitting. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en is opgenomen in de folder "Paramedische Zorg" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

Artikel 48 Ergotherapie

Wij vergoeden de kosten van 10 uur advisering, instructie, training of behandeling per kalenderjaar door een ergotherapeut met als doel uw zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen ergotherapeuten als zorg plegen te bieden. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde ergotherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde ergotherapeut. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Bij prestaties door een niet door ons gecontracteerde ergotherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen basisprestaties Paramedische Zorg. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en is opgenomen in de folder "Paramedische Zorg" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 49 Logopedie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een logopedist voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde logopedist vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde logopedist. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Bij prestaties door een niet door ons gecontracteerde logopedist vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen basisprestaties Paramedische Zorg. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en is opgenomen in de folder "Paramedische Zorg" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist.

Uitsluiting

Onder logopedie wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid.

Artikel 50 Dieetadvisering

Wij vergoeden de kosten van maximaal 4 uur dieetadvisering per kalenderjaar door een diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen diëtisten als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde diëtist vergoeden wij een lager tarief dan het gemiddeld gecontracteerde tarief. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Bij prestaties door een niet door ons gecontracteerde diëtist vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen basisprestaties Paramedische Zorg.

Dit overzicht maakt deel uit van de polis en is opgenomen in de folder "Paramedische Zorg" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of tandarts.

Artikel 51 Hulpmiddelen

51.1 Algemeen

Wij vergoeden de kosten van:

- levering van hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom of in bruikleen; hiervoor geldt in sommige gevallen een wettelijke eigen bijdrage of maximum vergoeding;
- het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
- reservehulpmiddelen.

overeenkomstig het Achmea Reglement Hulpmiddelen. Het Achmea Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Wanneer u een hulpmiddel aanschaf bij een niet door ons gecontracteerde leverancier, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een gecontracteerde leverancier. U moet er dan rekening mee houden dat u een bedrag moet bijbetalen. De hoogte van de vergoeding staat vermeld in het Achmea Reglement Hulpmiddelen.

Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de levering van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, overeenkomstig het Achmea Reglement Hulpmiddelen.

Conform het Achmea Reglement Hulpmiddelen omvat de aanspraak, in afwijking van artikel 11.1 en bovenstaande, in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen.

Voorwaarden

- Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een leverancier. In de bijlage van het Achmea Reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- Informatie over het hulpmiddel en een lijst met gecontracteerde leveranciers kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

51.2 Overige hulpmiddelen, als onderdeel van de medisch specialistische zorg

Onderstaande hulpmiddelen kunnen worden ingezet als onderdeel van de medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel 22 tot en met 26. Het gebruik van deze hulpmiddelen is alleen mogelijk onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, ongeacht de plaats van behandeling. Dit betekent dat de behandeling eventueel thuis kan plaatsvinden of worden voortgezet als de medisch specialist dat doelmatig en verantwoord acht.

CPM motorslede

Het gebruik van een CPM motorslede ter nabehandeling van een operatieve behandeling van letsel aan knie- of enkelgewricht maakt onderdeel uit van de medisch specialistische zorg.

VAC (Vacuum Assisted Closure) System

Het gebruik van een vacuüm pomp systeem als behandeling van langdurige grote open (ontstoken) wonden maakt onderdeel uit van de medisch specialistische zorg.

Telemonitoring

Het gebruik van apparatuur voor Telemonitoring en de daarbij behorende begeleiding voor verzekerden met chronisch hartfalen, maakt onderdeel uit van de medisch specialistische zorg.

Voorwaarde

De apparatuur moet geleverd worden door Philips en de begeleiding verzorgd worden onder supervisie van uw cardioloog.

Artikel 52 Prenatale screening

Voor alle hierna genoemde onderdelen van prenatale screening geldt dat de zorgverlener die het uitvoert in het bezit moet zijn van een WBO-vergunning of een samenwerkingsverband heeft met een regionaal centrum met een WBO-vergunning, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

52.1 Counseling

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op counseling waarbij wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt.

52.2 Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op het structureel echoscopisch onderzoek, ook wel de 20 weken echo genoemd.

52.3 Combinatietest

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op de combinatietest (nekplooiemeting in combinatie met een bloedonderzoek) naar aangeboren afwijkingen in het eerste trimester van de zwangerschap. De aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden:

- van 36 jaar of ouder;
- jonger dan 36 jaar die op basis van een medische indicatie zijn doorverwezen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 53 Bevalling en verloskundige zorg

53.1 Met medische noodzaak

Voor de vrouwelijke verzekerde vergoeden wij de kosten van:

- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts. Voor de verloskundige zorg door een verloskundige in een ziekenhuis geldt dat dit onder verantwoordelijkheid gebeurt van een medisch specialist;
- het gebruik van de verloskamer, wanneer de bevalling plaats vindt in een ziekenhuis (poliklinische of klinisch).

De omvang van de te verlenen zorg door een verloskundige wordt begrensd door hetgeen verloskundigen als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde verloskundige vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde verloskundige. Een lijst met gecontracteerde verloskundigen en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde verloskundigen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

53.2 Zonder medische noodzaak

Voor de vrouwelijke verzekerde vergoeden wij de kosten van:

- het gebruik van de verloskamer, wanneer er geen medische indicatie voor bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting bestaat. Voor het gebruik van de verloskamer geldt een wettelijke eigen bijdrage;
- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

De omvang van de te verlenen zorg door een verloskundige wordt begrensd door hetgeen verloskundigen als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde verloskundige vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde verloskundige. Een lijst met gecontracteerde verloskundigen en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde verloskundigen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 54 Kraamzorg

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van zorg en of de vergoeding de kosten van kraamzorg:

- Thuis. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 3,80 per uur kraamzorg. Als u de noodzakelijke kraamzorg laat verzorgen door een niet door ons gecontracteerd kraamcentrum, komt daarbij een extra eigen betaling van € 5,00 per uur kraamzorg. Een lijst met gecontracteerde kraamcentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. De omvang van de kraamzorg hangt samen met uw persoonlijke situatie na de bevalling en wordt door het kraamcentrum in goed overleg met u, conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, vastgesteld. Het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen, danwel via onze website inzien c.q. downloaden.
- In het ziekenhuis. Als u zonder medische indicatie in het ziekenhuis verblijft, geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 15,- per opnamedag, vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 108,- per dag te boven gaat. U krijgt maximaal 10 dagen kraamzorg vergoed, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Informatie over onze kraamzorgservice vindt u in de folder "Bevalling en Kraamzorg" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 55 Verpleging (extramuraal)

U heeft ook in de thuissituatie aanspraak op de verpleging, zoals verpleegkundigen die intramuraal en poliklinisch plegen te bieden. Deze verpleging moet noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

Het gaat hierbij om voorbehouden handelingen, die in opdracht van een medisch specialist worden uitgevoerd, en activiteiten waarover de specialist de directe regie voert en/of noodzakelijke instructie en voorlichting die direct verband houdt met de medisch specialistische behandeling.

Voorwaarden

- U moet nog onder behandeling staan van een medisch specialist.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

U heeft geen aanspraak op verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve zorg.

Artikel 56 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer:

- van en naar een zorgverlener, zorgverlenende instelling waarvan de zorg geheel of gedeeltelijk ten laste van deze zorgverzekering komt;
- naar een instelling waar u ten laste van de AWBZ zult verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ onderzoek of een behandeling moet ondergaan;
- vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
- van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning wanneer u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt krijgen.

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van vervoer:

- per ambulance;
- zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,28 per kilometer bij vervoer per eigen auto bij verzekerden die:
 - nierdialyse ondergaan;
 - oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaan;
 - visueel gehandicapt zijn en zich zonder begeleiding niet kunnen verplaatsen;
 - rolstoelafhankelijk zijn.
- vervoer van een begeleider wanneer begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, taxi of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 89,- per persoon per kalenderjaar.

Bij een niet door ons gecontracteerde taxi geldt een maximale kilometervergoeding van € 0,70 per kilometer.

Naast de hierboven vermelde criteria is er sprake van een hardheidsclausule. U dient dan in verband met behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, langdurig te zijn aangewezen op zittend ziekenvervoer, waarbij het niet verstrekken van dat vervoer voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. Wij bepalen of u hiervoor in aanmerking komt.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van ambulancevervoer als zittend ziekenvervoer om medische redenen niet verantwoord is;
- Voor zittend ziekenvervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn vindt u op het vergoedingenoverzicht;
- Informatie over ziekenvervoer vindt u in de folder "Vervoer" en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen;
- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw zorgverzekering of de AWBZ vergoeden;
- Wanneer zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, taxi, eigen auto of ambulance niet mogelijk is, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander middel van vervoer;
- In bijzondere gevallen is begeleiding door twee begeleiders mogelijk. In dat geval moeten wij vooraf toestemming hebben gegeven;
- Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen mag de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedragen, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

Artikel 57 Buitenland

57.1 Wonen

57.1.1 De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op zorg en/of de vergoeding van de kosten van:

- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;
- vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de OZF Zorgpolis tot maximaal:
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-) tarief;
 - wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.

57.1.2 De verzekerde die woont in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze aanspraak op de vergoeding van de kosten van:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- zorg door een zorgverlener die door ons in het woonland is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de OZF Zorgpolis tot maximaal:
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-) tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.

57.1.3 De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft naar keuze aanspraak op de vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de OZF Zorgpolis tot maximaal:

- wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.

57.1.4 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, wanneer wij vooraf toestemming verlenen voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 57.1 aangegeven vergoeding.

57.2 Zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland

57.2.1 Voor medisch noodzakelijke zorg aan de verzekerde, die in Nederland, een ander EU/EER-land of verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan het woonland, heeft naar keuze aanspraak op de vergoeding van de kosten van:

- zorg door een zorgverlener die door ons in dat land is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de OZF Zorgpolis tot maximaal:
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;

- wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag;
- indien van toepassing, zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.

57.2.2 Voor medisch noodzakelijke zorg aan de verzekerde die woont in Nederland of ander EU/EER-land of verdragsland, en tijdelijk verblijft in een ander land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, is artikel 57.1.3 van overeenkomstige toepassing.

57.2.3 Voor zorg aan de verzekerde die niet in Nederland of ander EU/EER-land of verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, is artikel 57.1.3 van overeenkomstige toepassing.

57.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener aan u in euro's met inachtneming van de omrekenkoers zoals die is vastgesteld door het College voor zorgverzekeringen. Wanneer deze koers ontbreekt, hanteren wij de maandelijkse wisselkoers van de Nederlandsche bank. Wij hanteren in dat geval de wisselkoers van de maand waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is van een in Nederland gevestigde bank.

57.4 Nota's uit het buitenland

De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.

Tandheelkundige zorg artikelen 58 t/m 64

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetic, kaakchirurgen, orthodontisten en mondhygiënisten die plegen te bieden zoals beschreven in artikelen 58 t/m 64.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend voor parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van tandheelkundige implantaten.
- Wanneer de tandheelkundige behandeling ergens anders plaatsvindt dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent, is voor aanspraak op de vergoeding van de kosten een schriftelijk advies van de huisarts of specialist vereist.

Artikel 58 Tandheelkundige zorg tot 22 jaar

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van de volgende tandheelkundige behandelingen:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van 6 jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen in welk geval wij u vooraf toestemming moeten hebben gegeven;
- sealing;
- parodontale hulp;
- anesthesie;
- endodontische hulp;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- gnathologische hulp;
- uitneembare prothetische voorzieningen;

- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, wanneer het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg, tandarts, mondhygiënist(e) of een tandprotheticus. Zij moeten bevoegd zijn voor het uitvoeren van de betreffende behandeling. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde tandprotheticus vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde tandprotheticus. Een lijst met gecontracteerde tandprothetici en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde tandprothetici kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 59 Tandheelkundige zorg tot 22 jaar - algemeen

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en de daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor alle osteotomie (kaakoperaties) behandelingen en implantaten die dienen ter ondersteuning van een volledig uitneembare prothese.
- De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg.

Artikel 60 Tandheelkundige zorg vanaf 22 jaar - uitneembare volledige prothesen

Wij vergoeden de kosten van vervaardiging en plaatsing van:

- een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak;
- een uitneembare volledige immediaatprothese;
- een uitneembare volledige vervangingsprothese;
- een uitneembare volledige overkappingsprothese.

Wij vergoeden 75% van de kosten als u de prothese laat leveren en declareren door een tandarts of een door ons gecontracteerde tandprotheticus. Laat u de prothese leveren en declareren door een niet door ons gecontracteerde tandprotheticus, dan vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde tandprotheticus.

Wij vergoeden 100% van de kosten als u het repareren en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese laat uitvoeren door een tandarts of door ons gecontracteerde tandprotheticus. Laat u de prothese repareren of rebasen door een niet door ons gecontracteerde tandprotheticus, dan vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde tandprotheticus.

Een lijst met gecontracteerde tandprothetici en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde tandprothetici kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wanneer de uitneembare volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde gelden in plaats van de UPT-codes (Uniforme Particuliere Tarieven), de door de NZa vastgestelde tarieven.
- Wanneer de prothese binnen 5 jaar wordt vervangen moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Wanneer de totale kosten van de prothetische voorziening inclusief techniekkosten bij vervaardiging en plaatsing door een tandarts hoger zijn dan € 600,- per onder- c.q. bovenkaak dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 61 Implantaten

61.1 Implantaten

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van tandheelkundige implantaten ten behoeve van een uitneembare volledige prothese wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door een kaakchirurg, een tandarts of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken, tandenloze kaak.

61.2 Uitneembare volledige prothese op implantaten

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van een uitneembare volledige prothese op implantaten wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per boven- en/of onderkaak.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.
- Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde tandprotheticus vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde tandprotheticus. Een lijst met gecontracteerde tandprothetici en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde tandprothetici kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken, tandenloze kaak.
- De implantaat gedragen prothese moet vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts, een door ons gecontracteerde tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Wanneer de prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde gelden in plaats van de UPT-codes (Uniforme Particuliere Tarieven), de door NZa vastgestelde tarieven.

Artikel 62 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Verzekerden met een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap die zonder zorg geen tandheelkundige functie kunnen behouden of verwerven die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie welke zij zouden hebben gehad zonder de lichamelijke en/of verstandelijke handicap hebben aanspraak op de vergoeding van de kosten van behandeling door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Voorwaarden

- Voor verzekerden met een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap bestaat alleen aanspraak op de vergoeding van de kosten wanneer geen aanspraak gemaakt kan worden op tandheelkundige verstrekkingen vanuit de AWBZ.
- Voor de behandeling van verzekerden met een lichamelijke handicap moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.

Artikel 63 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van een tandheelkundige behandeling in gevallen waarin:

- U een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- Een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- U volgens de richtlijnen van het Centrum voor Bijzondere tandheelkunde een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen. Voor extreem angstige verzekerden en de verzekerden met een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel geldt bij preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare (niet zijnde volledige) prothetische voorzienigen een wettelijke eigen bijdrage ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht voor zodanige behandeling als er geen sprake is van toepassing van dit artikel.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.

Artikel 64 Orthodontie in bijzondere gevallen

U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Voorwaarden

- U heeft alleen aanspraak op de vergoeding van de kosten als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- De behandeling moet medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines vereisen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.