

De Goudse Zorg Polis Restitutie Verzekeringsvoorwaarden 2009

INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|-----------|
| I. Trefwoordenregister | 2 |
| II. Algemeen gedeelte | 4 |
| Artikel 1. Begripsomschrijvingen | 4 |
| Artikel 2. Algemene bepalingen | 6 |
| Artikel 3. Premie | 7 |
| Artikel 4. Overige verplichtingen | 8 |
| Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden | 8 |
| Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering | 8 |
| Artikel 7. Verplicht eigen risico | 10 |
| Artikel 8. Vrijwillig eigen risico | 10 |
| Artikel 9. Buitenland | 10 |
| Artikel 10. Klachten en geschillen | 11 |
| Artikel 11. Verzekerde prestaties | 11 |
| III. Dekkings- en prestatiewijze | 12 |
| Geneeskundige zorg | 12 |
| Artikel 12. Huisartsenzorg | 12 |
| Artikel 13. Verloskundige zorg en kraamzorg | 12 |
| Artikel 14. Medisch specialistische zorg | 13 |
| Artikel 15. Revalidatie | 13 |
| Artikel 16. Erfelijkheidsonderzoek | 13 |
| Artikel 17. In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteits- bevorderende behandelingen | 13 |
| Artikel 18. Audiologische zorg | 14 |
| Artikel 19. Plastische en/of reconstructieve chirurgie | 14 |
| Artikel 20. Transplantatie van weefsels en organen | 14 |
| Artikel 21. Dyslexiezorg | 14 |
| Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) | 15 |
| Artikel 22. Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ | 15 |
| Artikel 23. Specialistische GGZ | 15 |
| Artikel 24. Persoonsgebonden budget (PGB) GGZ | 15 |
| Paramedische zorg | 15 |
| Artikel 25. Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/ Mensendieck | 15 |
| Artikel 26. Logopedie | 16 |
| Artikel 27. Ergotherapie | 16 |
| Artikel 28. Dieetadvisering | 16 |
| Mondzorg 42 | |
| Artikel 29. Tandheelkundige zorg | 16 |
| Artikel 30. Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 22 jaar en ouder | 17 |
| Farmaceutische zorg | 17 |
| Artikel 31. Geneesmiddelen | 17 |
| Artikel 32. Dieetpreparaten | 17 |
| Hulpmiddelenzorg | 18 |
| Artikel 33. Hulpmiddelen en verbandmiddelen | 18 |
| Verblijf in een instelling | 18 |
| Artikel 34. Verblijf | 18 |
| Ziekenvervoer | 18 |
| Artikel 35. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer | 18 |
| Zorgbemiddeling | 19 |
| Artikel 36. Zorg- en wachtlijstbemiddeling | 19 |

I. Trefwoordenregister

| Omschrijving | Artikelnummer | Pagina | Omschrijving | Artikelnummer | Pagina |
|---|---------------|--------|---|------------------|----------------|
| A | | | G | | |
| Algemene bepalingen | 2 | 6 | Gebitsprothese | 30 | 17 |
| Ambulancevervoer | 35 | 18 | Gebitsregulatie | 29.2 | 16 |
| Apotheekhoudend huisarts | 1, 31, 32 | 4, 17 | Gedragstherapeut | 24 | 15 |
| Apotheker | 1, 31, 32 | 4, 17 | Gehoorarapparaat | 33 | 18 |
| Arts | 1 | 4 | Gehoorfunctie, onderzoek | 18 | 14 |
| Audiologisch centrum | 1, 18 | 4, 14 | Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg | 22 t/m 24 | 15 |
| Audiologische zorg | 18 | 14 | Geneeskundige zorg | 12 t/m 20 | 12, 13, 14 |
| Auto, vervoer met eigen | 35 | 18 | Geneesmiddelen | 1, 31 | 4, 17 |
| AWBZ, AWBZ-instelling | 1 | 4 | Geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS) | 31 | 17 |
| B | | | H | | |
| Bedrijfsarts | 1 | 4 | Geschillen, klachten en geschillen | 10 | 11 |
| Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering | 6 | 8 | Gezondheidszorgpsycholoog | 1, 22, 24 | 5, 15 |
| Begripsomschrijvingen | 1 | 4 | GGZ, GGZ-instelling | 1, 22 t/m 24 | 5, 15 |
| Bekkenfysiotherapeut | 1 | 4 | GGZ, niet-specialistische | 1, 22, 24 | 5, 15 |
| Bemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling | 36 | 19 | GGZ, specialistische | 1, 23, 24 | 5, 15 |
| Besluit zorgverzekering | 1 | 4 | I | | |
| Bevalling | 13, 14 | 12, 13 | Haemodialyse, niet-klinische | 14 | 13 |
| Bijzondere tandheekkunde | 29.2 | 16 | Huidtherapeut | 1, 25 | 5, 15, 31 |
| Buitenland | 9 | 10 | Huisarts, huisartsenzorg | 1, 12 | 5, 12, 26 |
| Bureau Jeugdzorg | 1, 22 t/m 24 | 4, 15 | Hulpmiddelen, hulpmiddelenzorg | 1, 33 | 5, 18, 37 |
| C | | | J | | |
| Centrum voor bijzondere tandheekkunde | 1 | 4 | Jeugdpsycholoog | 1, 22, 24 | 5, 15 |
| Centrum voor erfelijkheidsadvies | 1, 16 | 4, 13 | K | | |
| Cesar/Mensendieck, oefentherapie | 25 | 15 | Kaakchirurg, kaakchirurgie | 1, 29.3 | 5, 17 |
| Chirurgische tandheekkundige hulp van specialistische aard (kaak-chirurgie) voor verzekerden van 22 jaar en ouder | 29.3 | 17 | Kinderfysiotherapie, -therapeut | 1, 25.1 | 5, 15 |
| Chronisch intermitterende beademing | 14 | 13 | Kinderpsycholoog | 1, 22, 24 | 5, 15 |
| Chronische indicatie fysiotherapie | 25 | 15 | Klachten en geschillen | 10 | 11 |
| Circumcisie | 14 | 13 | Klinisch psycholoog | 1, 22 t/m 24 | 5, 15 |
| Cognitief therapeut | 1, 24 | 4, 15 | Kortdurende fysiotherapie | 25 | 15 |
| Collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering | 1 | 4 | Kraamcentrum | 1 | 5 |
| Coöperatie | 1 | 4 | Kraamverzorgende | 1 | 5 |
| Counseling | 13 | 12 | Kraamzorg | 13 | 12 |
| D | | | L | | |
| De Goudse Zorg Polis Restitutie | 1 | 4 | Langdurige of intermitterende fysiotherapie | 25 | 15 |
| Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) | 1 | 4 | Logopedie, logopedist | 1, 26 | 5, 16 |
| Dieetadvisering | 28 | 16 | M | | |
| Dieetpreparaten | 32 | 17 | Machtiging | 1, 11.7 | 5, 11 |
| Diëtist | 1 | 4 | Manueel therapeut | 1 | 5 |
| DNA-onderzoek | 16 | 13 | Manuele therapie | 25 | 15 |
| Donor | 20 | 14 | Medicijnen | 31 | 17 |
| Dyslexiezorg | 21 | 14 | Medisch noodzakelijke zorg in buitenland | 9.4 | 11 |
| E | | | N | | |
| Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico | 1, 7, 8 | 4, 10 | NZa, Nederlandse Zorgautoriteit | 1 | 5 |
| Eerstelijnspsychologische zorg, eerstelijnspsycholoog | 22, 24 | 15 | O | | |
| Erfelijkheidsadvies, centrum voor Erfelijkheidsonderzoek | 1, 16 | 4, 13 | Oedeemtherapie, oedeemtherapeut | 1, 25 | 5, 15 |
| Ergotherapeut, ergotherapie | 1, 27 | 4, 16 | Oefentherapeut Cesar/Mensendieck | 1 | 5 |
| Europese Unie en EER-lidstaat | 1 | 4 | Oefentherapie Cesar/Mensendieck | 25 | 15 |
| F | | | Orthodontische zorg | | |
| Farmaceutische zorg, geneesmiddelen en dieetpreparaten | 31, 32 | 17 | | 29.2 | 16 |
| Fertiliteitbevorderende behandelingen en in-vitrofertilisatie (IVF) | 17 | 13 | Orgaantransplantatie | | |
| Fraude | 1, 2.6 | 4, 6 | | 20 | 14 |
| Fysiotherapeut | 1 | 4 | Orthodontische zorg | | |
| Fysiotherapie en oefentherapie | | | | 29.2 | 16 |
| Cesar/Mensendieck | 25 | 15 | Opname in een ziekenhuis | | |
| | | | | 13, 14, 29.3, 34 | 12, 13, 17, 18 |

| Omschrijving | Artikelnummer | Pagina | Omschrijving | Artikelnummer | Pagina |
|--|---------------|-----------|--|------------------|----------------|
| Orthodontist | 1 | 5 | Vervoer, medisch noodzakelijk | 35 | 18 |
| Orthopedagoog-Generalist | 1, 22, 24 | 5, 15 | Verwijzing en/of machtigingsvereiste | 11.8 | 12 |
| Overige verplichtingen | 4 | 8 | Verwijzing en/of machtigingsvereiste, buitenland | 9.5 | 11 |
| Overzicht zorgproducten, zorgproducten of -diensten van voorkeursleveranciers en voorkeursprogramma's waarvoor het verplicht en vrijwillig eigen \ risico niet geldt | 2.5 | 6 | Verzekerde | 1 | 6 |
| | | | Verzekerde prestaties | 11 | 11 |
| | | | Verzekeringnemer | 1 | 6 |
| | | | Verzekeringplichtige | 1 | 6 |
| | | | Verzekeringsvoorwaarden | | |
| P | | | De Goudse Zorg Polis Restitutie, verzekeringsvoorwaarden | 1 | 6 |
| Paramedische zorg | 25 t/m 28 | 15, 16 | Voorkeursleverancier | 1 | 6 |
| Persoonsgebonden budget (PGB) GGZ | 24 | 15 | Voorzienbare zorg in buitenland | 9.1, 9.4 | 10 |
| Plastische en/of reconstructieve chirurgie | 19 | 14 | W | | |
| Premie | 3 | 7 | Wachtlijstbemiddeling, Zorg- en wachtlijstbemiddeling | 36 | 19 |
| Premie(grondslag) en voorwaarden | 5 | 8 | Wet BIG | 1 | 6 |
| Prenatale screening | 13 | 12 | Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden | 5 | 8 |
| Prothetische voorzieningen | 29.1, 30 | 16, 17 | Wmg-tarieven | 1 | 6 |
| Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling | 21 | 14 | Z | | |
| Psychiater/zenuwarts | 1, 23, 24 | 5, 15 | Zelfstandig behandelcentrum | 1 | 6 |
| Psychotherapeut | 1, 23, 24 | 5, 15 | Ziekenhuis | 1 | 6 |
| | | | Ziekenhuisopname | 13, 14, 29.3, 34 | 12, 13, 16, 18 |
| R | | | Ziekenvervoer, ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer | 35 | 18 |
| Regeling zorgverzekering | 1 | 5 | Zorg, zorg of overige diensten | 1 | 6 |
| Reglement farmaceutische zorg Cares Gouda | 31 | 17 | Zorgbemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling | 36 | 19 |
| Reglement hulpmiddelen Cares Gouda | 33 | 18 | Zorghotel | 1 | 6 |
| Reglement persoonsgebonden budget GGZ Cares Gouda | 24 | 15 | Zorg in een (andere) lidstaat van de Europese Unie of EER-lidstaat | 9 | 10 |
| Revalidatie | 15 | 13 | Zorgpolis | 1 | 6 |
| Revalidatie-instelling | 1 | 5 | Zorgverzekeraar | 1 | 6 |
| | | | Zorgverzekering | 1 | 6 |
| | | | Zww, Zorgverzekeringswet | 1 | 6 |
| S | | | | | |
| Second opinion door een medisch specialist | 14 | 13 | | | |
| Seksuoloog | 24 | 15 | | | |
| Specialist, medisch, medisch specialistische zorg | 1, 14 | 5, 13 | | | |
| Specialistische GGZ | 1, 23, 24 | 5, 15 | | | |
| Sterilisatie | 14 | 13 | | | |
| Stottertherapeut | 1, 26 | 5, 16 | | | |
| Structurele Echoscopische Onderzoek (SEO) | 13 | 12 | | | |
| T | | | | | |
| Tandarts | 1 | 5 | | | |
| Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar | 29.1 | 16 | | | |
| Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen | 29.2 | 16 | | | |
| Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, centrum voor | 1 | 5 | | | |
| Tandprotheticus | 1, 29.1, 30 | 5, 16, 17 | | | |
| Taxivervangend eigen vervoer | 35 | 18 | | | |
| Taxivervoer | 35 | 18 | | | |
| Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland | 9.4 | 10 | | | |
| Transplantatie van weefsels en organen | 20 | 14 | | | |
| Trombosedienst | 14 | 13 | | | |
| U | | | | | |
| Uitsluitingen | 11.8 | 12 | | | |
| V | | | | | |
| Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland | 9 | 10 | | | |
| Verblijf, verblijf in een instelling | 1, 34 | 5, 18 | | | |
| Verdragsland | 1 | 5 | | | |
| Verloskamer | 13 | 12 | | | |
| Verloskundige | 1 | 6 | | | |
| Verloskundige zorg | 13 | 12 | | | |
| Verpleegkundige | 1 | 6 | | | |
| Verplichtingen, overige | 4 | 8 | | | |
| Verslavingsarts | 24 | 15 | | | |

II. Algemeen gedeelte

ARTIKEL 1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1. Ambulancevervoer: het vervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer van zieken en gewonden per ambulance.

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 aan de op zijn naam ingeschreven verzekerden.

3. Apotheker: degene die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, vijfde lid, van de Geneesmiddelenwet.

4. Arts: degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

5. Arts voor verstandelijk gehandicapten: een arts die als arts voor verstandelijk gehandicapten is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

6. Audiologisch centrum: een instelling die als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI).

7. AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

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

9. Bedrijfsarts: een arts die als bedrijfsarts geregistreerd staat in het Register van erkende Sociaal Geneeskundigen dat wordt bijgehouden door de Sociaal-Geneskundige Registratie Commissie (SGRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, eventueel in dienst van een gecertificeerde Arbo-dienst, en met wie of waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

10. Bekkenfysiotherapeut: een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

11. Besluit zorgverzekering: Besluit van 28 juni 2005, inclusief alle wijzigingen tot 1 januari 2009, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89, van de Zvw.

12. Bureau Jeugdzorg: een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.

13. Centrum voor bijzondere tandheelkunde: een universitair of een door de zorgverzekeraar daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

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

15. Cognitief therapeut: degene die als zodanig als lid is ingeschreven bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).

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

17. Coöperatie: de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A. is onderdeel van Univé-VGZ-IZA-Trias.

18. De Goudse Zorg Polis Restitutie: een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

19. Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

20. Diëtist: degene die op grond van artikel 2 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel diëtist.

21. Eerstelijnspsycholoog: een gezondheidszorgpsycholoog die als eerstelijnspsycholoog is ingeschreven in het Register van eerstelijnspsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

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

23. Eigen risico:

1. verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zvw, dat voor rekening van de verzekerde blijft;

2. vrijwillig eigen risico: een door de verzekeringnemer met de zorgverzekeraar als onderdeel van de zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zvw, dat de verzekerde voor zijn rekening zal nemen.

24. Ergotherapeut: degene die op grond van artikel 6 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel ergotherapeut.

25. Europese Unie en EER-lidstaat: hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

26. Fraude: het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

27. Fysiotherapeut: degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur volgens artikel 108 van de Wet BIG.

28. Gedragstherapeut: degene die als zodanig als lid is ingeschreven bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).

29. Geneesmiddelen: de in artikel 2.8, eerste lid, aanhef en onder a en b van het Besluit zorgverzekering bedoelde geneesmiddelen.

30. Gezondheidszorgpsycholoog: degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

31. GGZ: Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg.

32. GGZ-instellingen: instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

33. Huidtherapeut: degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel huidtherapeut.

34. Huisarts: een arts die als huisarts is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

35. Hulpmiddelen: de op grond van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.

36. Instelling:

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

37. Jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg: degene die als zodanig is ingeschreven in het register van de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

38. Jeugdpsycholoog: degene die als jeugdpsycholoog is ingeschreven in het Register van jeugdpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

39. Kaakchirurg: een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

40. Kinderfysiotherapeut: een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

41. Kinderpsycholoog: degene die als kinderpsycholoog is ingeschreven in het Register van kinderpsychologen bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

42. Klinisch psycholoog: een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

43. Kraamcentrum: een als zodanig toegelaten instelling volgens de bij of krachtens wet gestelde regels, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

44. Kraamverzorgende: een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

45. Kraamzorghotel: een organisatie voor het leveren van kraamzorg ter vervanging van kraamzorg in de thuissituatie.

46. Logopedist: degene die op grond van artikel 10 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel logopedist.

47. Machtiging: een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar wordt verstrekt voor de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

48. Manueel therapeut: een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

49. Medisch specialist: een arts die als medisch specialist is ingeschreven in een van de registers ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

50. Mondhygiënist: degene die op grond van artikel 14 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel mondhygiënist.

51. NZa: Nederlandse Zorgautoriteit als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.

52. Oedeemtherapeut: een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

53. Oefentherapeut Cesar, oefentherapeut Mensendieck: degene die op grond van artikel 18 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut gerechtigd is tot het voeren van de titel oefentherapeut.

54. Orthodontist: een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

55. Orthopedagoog-Generalist: degene die als zodanig is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

56. Psychiater/zenuwarts: een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het Specialistenregister, ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

57. Psychotherapeut: degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

58. Regeling zorgverzekering: Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 september 2005, nummer Z/VV-2611957, houdende regels ter zake van de uitvoering van de Zw.

59. Revalidatie-instelling: een als zodanig toegelaten instelling.

60. Seksuoloog: degene die als zodanig is ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

61. Stottertherapeut: degene die als zodanig als lid is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST).

62. Tandarts: degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

63. Tandarts-implantoloog: een tandarts die als tandarts is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die voor het chirurgische deel van de implantologie is opgenomen in het register van de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) als erkende implantoloog.

64. Tandprotheticus: degene die op grond van artikel 2 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus gerechtigd is tot het voeren van de titel tandprotheticus.

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

66. Verdragsland: een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (voor

vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

67. Verloskundige: degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

68. Verpleeghuisarts: een arts die als verpleeghuisarts is ingeschreven in het register van de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

69. Verpleegkundige: degene die als zodanig is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

70. Verslavingsarts: een arts die als verslavingsarts is ingeschreven in het register van de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVG/N).

71. Verzekerde: degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zvw, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.

72. Verzekeringnemer: degene die met de zorgverzekeraar een zorgverzekering heeft gesloten.

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

74. Verzekeringsvoorwaarden De Goudse Zorg Polis Restitutie / verzekeringsvoorwaarden: de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zvw van de zorgverzekeraar.

75. Voorkeursleverancier: een leverancier waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten en waarmee specifieke afspraken zijn gemaakt.

76. Wet BIG: de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

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

78. Zelfstandig behandelcentrum: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.

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

80. Zorg: zorg of overige diensten.

81. Zorghotel: een hotel dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen deze stelt aan een instelling.

82. Zorgpolis: de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

83. Zorgverzekeraar: de naamloze vennootschap Zorgverzekeraar Cares Gouda N.V. gevestigd te Nijmegen, die als verzekeringsonderneming is toegelaten en die deze zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.

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

85. Zvw: de Zorgverzekeringswet.

ARTIKEL 2. ALGEMENE BEPALINGEN

2.1. Grondslag van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die door de verzekeringnemer, al dan niet eigenhandig, op het aanvraagformulier zijn vermeld of op andere wijze schriftelijk aan de zorgverzekeraar zijn verstrekt.

De zorgverzekeraar verstrekt de verzekeringnemer en, als deze een andere is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de zorgverzekering, en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar, een zorgpolis. Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. Werkgebied

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

De zorgverzekeraar is een landelijk werkende verzekeraar. Zo lang u in Nederland woont, onder de rechten van de AWBZ valt of loonbelasting betaalt aan de Nederlandse staat, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een in het buitenland wonende verzekeringsplichtige heeft recht op deze verzekering.

2.3. Medische noodzaak

De aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat als en voor zover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

2.4. Ontlenen recht

Aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg bestaat uitsluitend als en zolang aan de zorgverzekering rechten kunnen worden ontleend, waarbij bepalend is de datum waarop of de periode waarin de betrokken vorm van zorg is verleend. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend. Als er sprake is van een Diagnose Behandeling Combinatie worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

2.5. Bijbehorende documenten

Als en voor zover in deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar de volgende documenten worden deze geacht onderdeel uit te maken van deze voorwaarden:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
 - de Regeling zorgverzekering
 - het Clausuleblad terrorismedekking
 - premiebijlage
 - Reglement farmaceutische zorg Cares Gouda, Reglement hulpmiddelen Cares Gouda, Reglement persoonsgebonden budget (PGB) GGZ Cares Gouda;
 - overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
 - overzicht zorgproducten, zorgproducten of -diensten van voorkeursleveranciers en voorkeursprogramma's waarvoor het verplicht en vrijwillig eigen risico niet geldt;
 - het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling.
- Deze informatie is beschikbaar via www.goudse.nl en ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 0900 - 369 22 22.

2.6. Fraude

Als de zorgverzekeraar fraude constateert heeft dit tot gevolg dat elk uit deze verzekering voortvloeiende aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg vervalt, waaronder ook afspraken waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude).

Geconstateerde fraude zal ook tot gevolg hebben dat de zorgverzekeraar:

- de persoonsgegevens van degene die fraude pleegt, alsmede degene die als medeplichtige of medepleger kan worden aangemerkt, opneemt in zijn incidentenregister. Dit incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van de zorgverzekeraar;

- het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars zal inlichten;
- de zorgverzekering(en) beëindigt en gedurende een periode van 5 jaar kan weigeren nieuwe zorgverzekering(en) te sluiten. Voor aanvullende verzekeringen bedraagt deze termijn 8 jaar;
- de lopende aanvullende verzekering(en) kan beëindigen;
- registratie doet in de tussen financiële instellingen erkende in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR);
- al uitgekeerde vergoedingen terugvordert van en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde;
- aangifte kan doen bij de politie, justitie en/of FIOD-ECD;
- (onderzoeks)kosten vordert en/of verhaalt op de verzekeringnemer en/of de verzekerde. De hoogte van de in de rekening te brengen onderzoekskosten worden telkens vastgesteld op 25% van het vanwege het frauduleus handelen terug te vorderen bedrag, met een minimum van € 100,-.

2.7.Aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

2.7.1. Als de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar door dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op prestaties tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

De exacte definities en bepalingen voor de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorisme-dekking van de NHT.

2.7.2. Als na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zvw of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in lid 2.7.1, recht op prestaties van een bij Regeling zorgverzekering, bedoeld in artikel 33 van de Zvw of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering, te bepalen omvang.

2.8.Bescherming persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en eventueel nader over te leggen persoons- en/of uitvoeringsgegevens worden opgenomen in de door de zorgverzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Deze gegevens worden verwerkt voor het aangaan en uitvoeren van verzekeringen en het beheren van daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude. Op de registratie zijn de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. Deze gedragscode is beschikbaar op www.goudse.nl en op aanvraag verkrijgbaar.

2.9.Kennisgevingen

Kennisgevingen gericht aan het laatst bij de zorgverzekeraar bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer of de verzekerde te hebben bereikt.

2.10.Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering kan de verzekeringnemer ook lid worden van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A., tenzij hij schriftelijk heeft aangegeven daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. Het lidmaatschap kan op elk gewenst moment door de verzekeringnemer worden beëindigd door opzegging, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap wordt geacht te zijn opgezegd op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.11.Bedenkperiode

De verzekeringnemer kan bij het aangaan van de verzekering de verzekeringsovereenkomst binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, 14 dagen na ontvangst van

de verzekeringsvoorwaarden schriftelijk opzeggen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.12.Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ingeval van strijdigheid van het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw bepaalde met de bepalingen van deze overeenkomst, gaat hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zvw voor.

2.13.Interpretatie

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

2.14.Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 3. PREMIE

3.1.Premiegrondslag

De premiegrondslag is de premie als er geen premiekorting geldt of zal gelden voor een vrijwillig eigen risico en/of een in de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering overeengekomen collectiviteitskorting.

De premiegrondslag alsmede de premiekortingen behorend bij deze verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen in de jaarlijks aan te passen premiebijlage. De premiebijlage is te raadplegen op www.goudse.nl.

De voor de verzekerde geldende premiegrondslag en premiekortingen staan vermeld op het polisblad.

3.2.Premiekorting bij collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering

3.2.1. Als er sprake is van deelname aan een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering verleent de zorgverzekeraar een korting op de premiegrondslag, waarbij rekening wordt gehouden met de bepalingen op grond van de Zvw.

3.2.2. De premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering zijn van toepassing vanaf de dag waarop deze overeenkomst van toepassing wordt op de verzekerde, tot de dag waarop de verzekerde niet langer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan deze collectieve overeenkomst.

3.2.3. De verzekeringnemer en/of de verzekerde kan maar aan één collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering tegelijkertijd deelnemen.

3.3.Verschuldigheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van 18 jaar bereikt, geen premie verschuldigd.

Voorbeeld

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

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

3.4.1. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen per maand bij vooruitbetaling te voldoen, tenzij anders is overeengekomen. Bij premiebetaling vooraf per jaar geldt een termijnbetalingskorting van 3% op de te betalen premie.

Bij wijziging van de zorgverzekering vindt per de datum van wijziging (her)berekening of eventueel restitutie plaats.

3.4.2. Een door de verzekeringnemer afgegeven machtiging voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en overige kosten. De

zorgverzekeraar kan ervoor kiezen onder bepaalde condities de verzekeringnemer een acceptgiro toe te zenden zonder dat hieraan extra kosten zijn verbonden voor de verzekeringnemer.

3.5.Vordering

Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te ontvangen bedrag.

3.6.Overlijden

Ingeval van overlijden van de verzekerde, wordt de reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de dag na de dag waarop de verzekerde is overleden.

3.7.Niet-tijdig betalen

3.7.1.Als de verzekeringnemer niet-tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten kan de zorgverzekeraar de dekking schorsen en/of de verzekering beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos schriftelijk is aangemaand tot betaling binnen een in de aanmaning gestelde termijn van ten minste 14 dagen.

In geval van schorsing van de dekking geldt dat geen recht bestaat op verzekerde prestaties vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning of een nader te bepalen later gelegen tijdstip. De verzekeringnemer blijft bij schorsing verplicht de premie te voldoen. De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op de dag waarop het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen.

In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst wordt de verzekering niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.7.2.De zorgverzekeraar kan administratiekosten, inwerkingskosten (zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk) en wettelijke rente aan de verzekeringnemer in rekening brengen.

3.7.3.Als een verzekeringnemer al is aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft de zorgverzekeraar bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur de verzekeringnemer niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.7.4.De zorgverzekeraar kan achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid 3.7.2 verrekenen met schadekosten die de verzekerde bij hem heeft gedeclareerd dan wel met andere van de zorgverzekeraar te ontvangen bedragen.

3.7.5.De zorgverzekeraar heeft het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst te sluiten met de verzekeringnemer als de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie wordt beëindigd.

ARTIKEL 4. OVERIGE VERPLICHTINGEN

4.1.Verplichting

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- bij het invoeren van zorg zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar;
- aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de informatie, die nodig is voor de uitvoering van de zorgverzekering;
- binnen redelijke termijn aan de zorgverzekeraar te melden dat de verzekerde is gedetineerd in verband met de wettelijke bepaling over opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
- bij zorg waarvoor in deze verzekeringsvoorwaarden een machtiging is vereist, een verwijfsbrief van de behandelend huisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater/zenuwarts of kaakchirurg over te leggen, waaruit blijkt dat de geboden zorg en/of het zittend ziekenvervoer medisch noodzakelijk is;
- de zorgverzekeraar te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en de zorgverzekeraar in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. In dit

verband treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de zorgverzekeraar. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor de zorgverzekeraar in zijn belangen kan worden geschaad;

- de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk maar uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn. Wijzigingen zijn onder meer huwelijk, samenwoning, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, draagt de zorgverzekeraar geen enkel risico.

4.2.Declaratietermijn nota's

De verzekeringnemer en de verzekerde kunnen ingeval vergoeding wordt gevraagd van de kosten van zorg, de originele nota's indienen tot maximaal 3 jaar na het ontstaan van de behoefte aan zorg.

Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden. Met behulp van de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgaanbieder.

Voor de administratieve afhandeling is het in uw en ons belang om nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen bij de zorgverzekeraar. Denk bijvoorbeeld aan de verrekening van een openstaand eigen risicobedrag of geldende eigen bijdrage.

4.3.Belangen

Wanneer de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van de in lid 4.1 genoemde verplichtingen kan de zorgverzekeraar de prestaties, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden schorsen.

ARTIKEL 5. WIJZIGING PREMIE(GRONDSLAG) EN VOORWAARDEN

5.1.Wijziging voorwaarden

De zorgverzekeraar heeft het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de bij hem lopende zorgverzekeringen te wijzigen. De zorgverzekeraar doet van de voorgenomen wijziging mededeling aan de verzekeringnemer. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere zorgverzekering op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum.

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

5.2.Opzeggingsrecht

Als de zorgverzekeraar de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft de verzekeringnemer echter niet, als een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zw gestelde regels (zie artikel 6.3).

ARTIKEL 6. BEGIN, DUUR EN BEËINDIGING VAN DE ZORGVERZEKERING

6.1.Begin en duur

6.1.1.De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek van de verzekeringnemer tot het sluiten van de verzekeringsovereenkomst heeft ontvangen. Vanaf het moment dat de zorgverzekering ingaat, mag de zorgverzekeraar aan derden (zorgaanbieders, leveranciers en dergelijke) inlichtingen vragen en geven voor zover hij dat nodig acht om de verplichtingen uit hoofde van de zorgverzekering te kunnen nakomen.

Als de zorgverzekeraar uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, wordt uw zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder die u behandelt, weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen.

Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u dat laten weten. De zorgverzekeraar zorgt er dan voor dat uw adresgegevens worden afgeschermd.

6.1.2.Als de zorgverzekeraar op basis van het in lid 6.1.1 bedoelde verzoek niet kan vaststellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en hij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de verzekeringsovereenkomst, in afwijking van het vorige lid, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.

6.1.3.De zorgverzekeraar verstrekt degene die het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, doet en, als dit een ander is dan degene voor wiens verzekering het verzoek is gedaan, de verzekerde onverwijld:

- een bewijs van het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, waarop de datum van ontvangst is vermeld;
- een bewijs van de ontvangst van gegevens, bedoeld in lid 6.1.2, waarop de datum van de ontvangst is vermeld.

6.1.4.Als degene voor wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in lid 6.1.1, ontvangt al op grond van een zorgverzekering is verzekerd, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in lid 6.1.1 of 6.1.2, gaat de verzekering op die latere datum in.

6.1.5.Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. Verzekeringsplichtige moet zich dan binnen een maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar. Lid 6.1.1 en 6.1.2 van dit artikel gelden dan niet.

6.1.6.Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringplicht is ontstaan, werkt deze zonnodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.

6.1.7.Een wettelijk vertegenwoordiger dient binnen een termijn van 4 maanden na het ontstaan van de verzekeringplicht, een pasgeboren kind te verzekeren.

6.1.8.Bij het opleggen van een bestuurlijke boete wegens het voorafgaand onverzekerd zijn, handelt de zorgverzekeraar overeenkomstig de bepalingen van paragraaf 9.3 van de Zvw.

6.2. Einde van rechtswege

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

6.2.1.de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;

6.2.2.de verzekerde overlijdt;

6.2.3.de verzekeringplicht van de verzekerde eindigt.

De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het onder lid 6.2.1 gestelde eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het onder lid 6.2.2. en 6.2.3 gestelde, tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden. Als de zorgverzekeraar op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mee.

6.3. Opzegging door de verzekeringnemer

6.3.1.De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen:

- uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;
- van een ander die hij heeft verzekerd, als deze verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd of met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering verzekerd wordt, als die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen;
- in de situaties vermeld in artikel 5.2;
- als gevolg van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, als de reden van opzegging een overstap betreft van de collectieve verzekeringsovereenkomst van de oude werkgever naar de collectieve verzekeringsovereenkomst van de nieuwe werkgever. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de maand is, en zo niet, op de eerste dag van de maand volgend op de datum van indiensttreding.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw zorgverzekering opzeggen, op voorwaarde dat u dit uiterlijk 31 december kenbaar maakt aan de zorgverzekeraar. U heeft dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

6.3.2.De opzeggingsmogelijkheden zoals opgenomen in lid 6.3.1 gelden niet nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan. Deze uitzondering geldt niet als de zorgverzekeraar:

- de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst (zie artikel 3.7), of;
- binnen twee weken aan de verzekeringnemer te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

6.3.3.De verzekeringnemer is verplicht bij de opzegging van de verzekeringsovereenkomst aan de zorgverzekeraar mee te delen wie de nieuwe verzekeraar is.

6.4.Opzegging, ontbinding of schorsing door de zorgverzekeraar
De zorgverzekeraar kan de zorgverzekering opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie zoals vermeld in artikel 3.7;
- bij het opzettelijk niet, niet volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of stukken aan de zorgverzekeraar die tot nadeel voor de zorgverzekeraar (kunnen) leiden;
- als de verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft gehandeld met het opzet de zorgverzekeraar te misleiden of als de zorgverzekeraar geen zorgverzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. De zorgverzekeraar kan de zorgverzekering in dat geval opzeggen, binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang. De zorgverzekeraar is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kan de uitkering verminderen. De zorgverzekeraar kan de op grond daarvan ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. Gezondheidsrisico

De zorgverzekeraar kan de zorgverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwarende van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van de verzekerde.

6.6. Wijze van opzeggen

Zowel de verzekeringnemer als de zorgverzekeraar kan de zorgverzekering slechts schriftelijk opzeggen.

6.7. Bewijs van einde

Als de zorgverzekering eindigt, verstrekt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, als deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van het einde van de zorgverzekering, waarop wordt aangetekend:

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

ARTIKEL 7. VERPLICHT EIGEN RISICO

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 155,- per kalenderjaar. Voor een verzekerde die in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplichte eigen risico vanaf de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde 18 jaar wordt. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Indexering verplicht eigen risico

Het bedrag van het verplicht eigen risico, genoemd in lid 7.1, wordt jaarlijks geïndexeerd volgens het bepaalde in de Zvw.

7.3. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, met uitzondering van:

- de kosten van huisartsenzorg;
- de kosten van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
- de kosten voor mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar zoals beschreven in artikel 29.1 met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen;
- hulpmiddelen in bruiikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;
- de kosten van door de zorgverzekeraar in dit kader nader aan te wijzen zorgproducten, zorgproducten of -diensten van voorkeursleveranciers en voorkeursprogramma's. Informatie over deze zorgproducten en -diensten en voorkeursprogramma's kunt u raadplegen via www.goudse.nl. Deze informatie is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 0900 - 369 22 22;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

De vrijstelling van huisartsenzorg en verloskundige zorg geldt alleen voor de behandelingen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist. Deze vrijstelling geldt niet voor de zorg die wordt voorgeschreven, zoals geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek.

7.4. Berekeningswijze hoogte verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar. Dit berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

ARTIKEL 8. VRIJWILLIG EIGEN RISICO

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Een verzekeringsplichtige van 18 jaar en ouder kan kiezen uit de volgende varianten van de zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar.

Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico, verleent de zorgverzekeraar voor de varianten van de zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van € 100,-,

€ 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan vermeld op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico is van toepassing op de kosten van zorg die ook gelden voor het verplicht eigen risico. Zie artikel 7.3.

8.3. Berekeningswijze hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als de zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.

8.3.2. In afwijking van lid 8.3.1 wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het vrijwillig eigen risico als dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging al een zorgverzekering met een zorgverzekeraar had gesloten, als volgt berekend:

- ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
- de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
- de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

De verzekerde heeft jaarlijks, per 1 januari, het recht het vrijwillig eigen risicobedrag te wijzigen, op voorwaarde dat de wens daartoe uiterlijk 31 december daaraan voorafgaand schriftelijk aan de zorgverzekeraar wordt doorgegeven.

8.5. Berekening vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico, worden de kosten van zorg in mindering gebracht op het voor de verzekerde in een bepaald kalenderjaar geldend vrijwillig eigen risico voor zover deze kosten van zorg het bedrag van het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 7, hebben overschreden.

Voor de berekening van het te dragen vrijwillig eigen risicobedrag is dezelfde bepaling van toepassing als genoemd in artikel 7.5.

ARTIKEL 9. BUITENLAND

9.1. Verzekerde woonachtig in Nederland

De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

9.2. Verzekerde woonachtig in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

De verzekerde die woont in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU-/EER-land of verdragsland, heeft naar keuze aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg als genoemd in artikel 9.1.

9.3. Verzekerde woonachtig in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

De verzekerde die woont in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, heeft naar keuze aanspraak op:

- vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd;

– vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Dit artikel is ook van toepassing bij tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland.

9.4.Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen geldt dat bij het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, de verzekerde voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig heeft. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg gepaard gaande met verblijf van ten minste één nacht.

Deze toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Medisch noodzakelijke zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.

9.5.Verwijzing en/of machtigingsvereiste

Als bij bepaalde vormen van zorg, naast de voorafgaande toestemming voor het invoeren van zorg zoals aangegeven in artikel 9.4, nog specifiek een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 11.8).

ARTIKEL 10. KLACHTEN EN GESCHILLEN

10.1.Klachten en geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering

10.1.1.Klachten en geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen aan de zorgverzekeraar worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

10.1.2.Er is sprake van een geschil als er een verschil van inzicht is naar aanleiding van een door de zorgverzekeraar genomen, en na heroverweging gehandhaafd besluit over de uitvoering van de zorgverzekering, waardoor de verzekeringnemer of verzekerde in zijn belang wordt getroffen. In alle overige gevallen is sprake van een klacht.

10.1.3.De zorgverzekeraar bepaalt zijn definitieve standpunt of heroverweegt zijn oorspronkelijke beslissing binnen een termijn van 30 dagen. Als de uitkomst niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of de verzekerde is of als de zorgverzekeraar niet binnen een termijn van 30 dagen reageert, kan de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl.

Het is in dit geval ook mogelijk dat de verzekeringnemer of de verzekerde de klacht of het geschil voorlegt aan de daartoe bevoegde rechter.

10.2.Klachten over formulieren van de zorgverzekeraar

10.2.1.Klachten over door de zorgverzekeraar gehanteerde formulieren kunnen aan de zorgverzekeraar worden voorgelegd ter attentie van de afdeling Klachtenmanagement.

10.2.2.Klachten zoals genoemd onder lid 10.2.1 kunnen, nadat zij ter kennisneming zijn gebracht van de zorgverzekeraar en de zorgverzekeraar zijn definitieve standpunt daarover kenbaar heeft gemaakt of binnen een termijn van 30 dagen na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, door de verzekeringnemer of de verzekerde worden voorgelegd aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl.

Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de verzekeringnemer of verzekerde overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de verzekeringnemer, verzekerde, zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar tot bindend advies. Op de website van de NZa, www.nza.nl, is aangegeven op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend.

ARTIKEL 11. VERZEKERDE PRESTATIES

11.1.Aanspraak

De verzekerde heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, alsmede desgevraagd op activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg.

De afdeling Zorgadvies en bemiddeling adviseert u in welke instelling (bijvoorbeeld ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum) of bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag het beste terecht kunt. Ook als u te maken hebt met onacceptabel lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling. De afdeling Zorgadvies en bemiddeling kunt u bereiken 0900 - 369 22 22.

11.2.Door wie mag de zorg worden verleend

De verzekerde heeft vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan.

11.3.Hoogte vergoeding van de kosten van zorg verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als de verzekerde gebruik maakt van zorg die door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder wordt geleverd, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die naar Nederlandse marktomstandigheden passend te achten zijn, zodat daarvoor geen bedragen in mindering gebracht behoeven te worden.

Een overzicht van de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders is te raadplegen via www.goudse.nl. Informatie over welke zorgaanbieder gecontracteerd is door de zorgverzekeraar is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 0900 - 369 22 22.

Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

De zorgverzekeraar maakt met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten.

11.4.Hoogte vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Als de verzekerde gebruik maakt van zorg die geleverd wordt door een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

11.5.Hoe aanspraak te maken op vergoeding

De kosten worden vergoed als de verzekerde een originele nota overlegt en aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele, krachtens wet vastgestelde eigen bijdrage in mindering gebracht.

Verder worden op de vergoeding ook in mindering gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten.

11.6.Rechtstreekse betaling

De zorgverzekeraar heeft het recht om de kosten van zorg, op vergoeding waarvan de verzekerde op grond van artikel 11.3 en 11.4 ten aanzien van de zorgverzekeraar aanspraak kan maken, rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder, die de zorg heeft verleend. Hiermee vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding.

11.7.Verrekening van kosten

Als de zorgverzekeraar rechtstreeks aan zorgaanbieders kosten van zorg betaalt, en deze kosten vallen onder een eigen risico of de kosten van zorg komen anderszins voor rekening van de verzekeringnemer op grond van deze verzekeringsvoorwaarden, is de verzekerde de kosten verschuldigd aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar brengt deze kosten in rekening bij de verzekeringnemer, die zich verplicht tot betaling. Onverminderd

de algemene verrekeningsbevoegdheid van de zorgverzekeraar kan deze de hiervoor genoemde kosten verrekenen met de aan de verzekeringnemer of verzekerde verschuldigde bedragen.

11.8. Machtigingsprocedure

Als bij bepaalde vormen van zorg een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel.

Als de verzekerde aanspraak maakt op zorg door een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en er is voor de betreffende zorgvorm een machtiging vereist, dan zal de betreffende zorgaanbieder namens de verzekerde zorgdragen voor de machtigingsaanvraag. Dit gebeurt volgens een protocol dat onderdeel is van de overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieder.

Als de verzekerde aanspraak maakt op zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en er is voor de betreffende zorgvorm een machtiging vereist, dan dient de verzekerde zorg te dragen voor de machtigingsaanvraag.

Een verwijzing en/of machtiging is niet noodzakelijk als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Medisch noodzakelijke zorg is spoedeisende zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

11.9. Uitsluitingen

Er bestaat geen aanspraak op:

11.9.1. vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden als en voor zover de verzekerde niet op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, en/of hierbij geen rekening wordt gehouden met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid;

11.9.2. vergoeding van de kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg;

11.9.3. vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van de zorgverzekeraar door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;

11.9.4. vergoeding van kosten die bestaan uit eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering of de AWBZ, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;

11.9.5. vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van de zorgverzekeraar;

11.9.6. vergoeding van de kosten van zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

III. Dekkings- en prestatiewijze

Geneeskundige zorg

ARTIKEL 12. HUISARTSENZORG

Omschrijving:

1. vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering;

2. vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein, waarover de zorgverzekeraar en de huisarts afspraken hebben gemaakt.

Door:

huisarts of derden die medisch bevoegd zijn, onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts zoals een doktersassistente, maatschappelijk werker, nurse practitioner of praktijkondersteuner.

ARTIKEL 13. VERLOSKUNDIGE ZORG EN KRAAMZORG

13.1. Verloskundige zorg

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden, inclusief het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt.

Deze zorg omvat ook:

- voor alle zwangere vrouwen de counseling. In de counseling wordt informatie gegeven over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, om zo weloverwogen een besluit te nemen om al of niet deze screening te ondergaan. Het gaat dan met name om het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) en om de combinatietest;
- voor alle zwangeren het structurele echoscopische onderzoek (SEO) in het tweede trimester van de zwangerschap;
- voor alle zwangere vrouwen van 36 jaar en ouder de combinatietest (nekplooiemeting en serumtest);
- voor zwangere vrouwen jonger dan 36 jaar de combinatietest als er een medische indicatie bestaat.

Door:

verloskundige, huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde of medisch specialist.

Het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) en de combinatietest mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder die een vergunning heeft of een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat over een vergunning beschikt krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren.

In de meeste gevallen vindt de counseling zoals onder omschrijving beschreven plaats door de verloskundige, huisarts of medisch specialist die de verloskundige zorg biedt.

13.2. Kraamzorg

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van verzorging zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Door:

kraamverzorgende verbonden aan een kraamcentrum, kraamzorghotel of ziekenhuis.

Eigen bijdrage:

in de Regeling zorgverzekering is bepaald dat:

- er een eigen bijdrage verschuldigd is voor kraamzorg tijdens en na een thuisbevalling, kraamzorg thuis na een bevalling in het ziekenhuis of bij verblijf in een kraamzorghotel van € 3,80 per uur kraamzorg. Voor verblijf in een kraamzorghotel wordt voor de berekening van de eigen bijdrage ten hoogste 8 uur per dag gerekend;
- als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt, zonder dat dit medisch noodzakelijk is, er een eigen bijdrage verschuldigd is voor kraamzorg voor zowel de moeder als het kind van € 15,- per dag. Dit bedrag wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 108,- per dag te boven gaat.

Bijzonderheden:

1. Het aantal te realiseren zorguren wordt vastgesteld aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, waarbij aanspraak bestaat op ten minste 24 uur tot ten hoogste 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen. Dit protocol is te raadplegen via www.goudse.nl en is op aanvraag verkrijgbaar;
2. voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 10 dagen) per dag in mindering gebracht;
3. als er bij combinatievormen van zorg door meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum)

voor dezelfde dag kosten in rekening worden gebracht, dan bestaat ook aanspraak op vergoeding van de kosten van deze dubbele dag volgens bovengenoemde regeling;

4. aanmelding voor kraamzorg bij de zorgverzekeraar via telefoonnummer: 079 - 343 04 75 dient uiterlijk vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum plaats te vinden.

ARTIKEL 14. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist;
- niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij de verzekerde thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- materialen die er toe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op circumcisie.

Door:

medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, verpleeghuisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

1. onder de in dit artikel bedoelde zorg wordt ook verstaan verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. De hiervoor beschreven zorg omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg;
2. de apparatuur en toebehoren waarmee de verzekerde de stollingstijd van zijn bloed kan meten valt onder hulpmiddelzorg. De aanspraak is geregeld in artikel 33, Hulpmiddelzorg;
3. de voor de niet-klinische haemodialyse benodigde apparatuur valt onder hulpmiddelzorg. De aanspraak op vergoeding van de kosten van hulpmiddelzorg is geregeld in artikel 33, Hulpmiddelzorg;
4. bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd;
5. voor de aanspraak op vergoeding van de kosten van:
 - medisch specialistische zorg die wordt verricht door een huisarts, zie artikel 12, Huisartsenzorg;
 - zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 23, Specialistische GGZ.
 - mondzorg die verleend wordt door een kaakchirurg zie artikel 29, Tandheelkundige zorg en 30, Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 22 jaar en ouder.

ARTIKEL 15. REVALIDATIE

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 12 (Huisartsenzorg) en artikel 14 (Medisch specialistische zorg), omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor de verzekerde 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, en;

- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Door:

multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

ARTIKEL 16. ERFELIJKHEIDSONDERZOEK

Omschrijving:

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

Door:

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

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

ARTIKEL 17. IN-VITROFERTILISATIE (IVF) EN OVERIGE FERTILITEITSBEVORDERENDE BEHANDELINGEN

17.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat ingeval van in-vitrofertilisatie (IVF) ten hoogste de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap.

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

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- b. het afnemen van eicellen (punctie);
- c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- d. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Door:

gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Verwijzing door:

gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden:

1. een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. De kosten van de eiceldonatie behoren niet tot de aanspraak;
2. onder een gerealiseerde zwangerschap, wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dat is een zwangerschap van ten minste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie;
3. voor de aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen die verband houden met de eerste, tweede en derde poging in-vitrofertilisatie (IVF), zie artikel 31, Geneesmiddelen.

17.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende behandelingen: behandelingen in verband met operatieve ingrepen en kunstmatige inseminatie.

Door:

gynaecoloog of uroloog.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

voor de aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid, zie artikel 31, Geneesmiddelen.

ARTIKEL 18. AUDILOGISCHE ZORG**Omschrijving:**

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

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

Door:

multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden:

de aanspraak op vergoeding van de kosten van gehoorapparatuur is geregeld in artikel 33, Hulpmiddelenzorg.

ARTIKEL 19. PLASTISCHE EN/OF RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE**Omschrijving:**

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urinewegen en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transeksualiteit.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van:

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

Door:

medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist.

ARTIKEL 20. TRANSPLANTATIE VAN WEEFSELS EN ORGANEN**Omschrijving:**

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) in verband met transplantatie van weefsels en organen, omvat uitsluitend:

1. beenmergtransplantatie;
2. bottransplantatie;
3. hoornvliestransplantatie;
4. huidweefseltransplantatie;
5. niertransplantatie;
6. harttransplantatie;
7. levertransplantatie, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger;
8. longtransplantatie;
9. hartlongtransplantatie;
10. nierpancreastransplantatie.

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

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

Door:

medisch specialist.

ARTIKEL 21. DYSLEXIEZORG**Omschrijving:**

vergoeding van de kosten van zorg in verband met ernstige dyslexie aan kinderen bij wie de zorg op zeven- of achtjarige leeftijd begint, en die basisonderwijs volgen. Onder deze zorg wordt verstaan het diagnosticeren en behandelen van deze kinderen met ernstige dyslexie volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol is een leidraad voor het diagnosticeren, indiceren en behandelen van cliënten met ernstige dyslexie met als doel het beschrijven van de optimale zorg voor cliënten met ernstige dyslexie, gebaseerd op de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten.

Door:

kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog, orthopedagoog generalist of gezondheidszorgpsycholoog die werkt in een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een gezondheidszorgpsycholoog.

Verwijzing door:

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

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

Machtiging:

ja.

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

ARTIKEL 22. EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG, NIET-SPECIALISTISCHE GGZ

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot ten hoogste acht zittingen per kalenderjaar. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Door:

Gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.

Eigen bijdrage:

€ 10,- per zitting volgens de Regeling zorgverzekering.

Een zitting komt overeen met een consult. Afhankelijk van de zorg die wordt geboden, kan het ook voorkomen dat er een vijfde, een kwart, een halve of een dubbel consult in rekening wordt gebracht. Het aantal zittingen/consulten waarop u aanspraak kunt maken en de hiervoor geldende eigen bijdrage wordt in dit geval naar rato berekend.

Voorbeelden:

- een e-mail consult telt als een kwart zitting. Hiervoor geldt dan een eigen bijdrage van _ van € 10,- = € 2,50;
- een consult relatietherapie telt als een halve zitting per partner. Hiervoor geldt dan een eigen bijdrage per partner van _ van € 10,- = € 5,-.

Verwijzing door:

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

Bijzonderheden:

vergoeding van de kosten van psychologisch onderzoek, diagnostiek en behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen vallen niet onder deze aanspraak, zie artikel 23, Specialistische GGZ.

ARTIKEL 23. SPECIALISTISCHE GGZ

Omschrijving:

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

Door:

psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling.

Verwijzing door:

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

ARTIKEL 24. PERSOONSGEBONDEN BUDGET (PGB) GGZ

Omschrijving:

voor de zorg zoals opgenomen in artikel 22 en 23, die gericht is op herstel van een psychische aandoening kan desgevraagd aanspraak worden gemaakt op een persoonsgebonden budget, met inachtneming van de voorwaarden zoals opgenomen in het Reglement persoonsgebonden budget GGZ Cares Gouda. Dit persoonsgebonden budget GGZ komt in de plaats van de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg. Er bestaat geen aanspraak op een persoonsgebonden budget GGZ als de betreffende zorg wordt verleend ten tijde van het verblijf als bedoeld in artikel 34, Verblijf.

Door:

1. eerstelijnspsychologische zorg zoals opgenomen in artikel 22: gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, gedragstherapeut, cognitief therapeut, verslavingsarts en seksuoloog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinderpsycholoog, jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist;
2. specialistische zorg zoals opgenomen in artikel 23: psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling.

Eigen bijdrage:

voor eerstelijnspsychologische zorg zoals opgenomen in artikel 22 geldt een eigen bijdrage van € 10,- per zitting volgens de Regeling zorgverzekering.

Verwijzing door:

afhankelijk van de aard van de zorg gelden dezelfde verwijzingsseisen zoals opgenomen in artikel 22 en 23.

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend huisarts, psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut waarin ten minste is aangegeven of verwijzing plaatsvindt voor eerstelijnspsychologische zorg of specialistische GGZ.

Paramedische zorg

ARTIKEL 25. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR/MENSENDEICK

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden:

1. voor verzekerden jonger dan 18:
 - ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden;
 - ter behandeling van aandoeningen die niet vallen onder de in dit artikel opgenomen omschrijving, punt 1, tot ten hoogste 9 behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar. Bij ontoereikend resultaat kan deze zorg worden verlengd met ten hoogste 9 behandelingen;
 2. voor verzekerden van 18 jaar en ouder:
 - zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat niet de eerste 9 behandelingen.
- Onder de in dit artikel genoemde zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

Door:

(kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, oedeem-therapeut, bekkenfysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, voor behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen.

Machtiging:

ja, voor behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen.

Bijzonderheden:

met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld:

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

ARTIKEL 26. LOGOPEDIE**Omschrijving:**

vergoeding van de kosten van zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Door:

logopedist of logopedist gespecialiseerd in afasie, preverbaal, stotteren en De Hanen Oudercurus. Specifieke stottertherapie mag ook worden verleend door een stottertherapeut.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg. Voor specifieke stottertherapie is een toelichting nodig van de verwijzer.

Bijzonderheden:

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

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor musicus;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

ARTIKEL 27. ERGOTHERAPIE**Omschrijving:**

vergoeding van de kosten van zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg ten doel heeft de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen, tot ten hoogste 10 behandeluren per kalenderjaar.

Door:

ergotherapeut.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

ARTIKEL 28. DIEETADVISING**Omschrijving:**

vergoeding van de kosten van voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden, tot ten hoogste 4 behandeluren per kalenderjaar.

Door:

diëtist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Mondzorg**ARTIKEL 29. TANDHEELKUNDIGE ZORG****29.1. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar****Omschrijving:**

vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/ behandelingen:

1. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per kalenderjaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per kalenderjaar op die hulp is aangewezen;
2. incidenteel tandheelkundig consult;
3. het verwijderen van tandsteen;

4. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per kalenderjaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per kalenderjaar op die hulp is aangewezen;

5. sealing;

6. parodontale hulp;

7. anesthesie;

8. endodontische hulp;

9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;

10. gnathologische hulp;

11. uitneembare prothetische voorzieningen;

12. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, als het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, of omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;

13. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;

14. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Door:

tandarts, kaakchirurg of instelling voor jeugdandverzorging. Als de aangegeven zorg behoort tot het deskundigheidsgebied van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een mondhygiënist of tandprotheticus.

Machtiging:

nee, tenzij sprake is van zorg zoals opgenomen onder omschrijving, punt 12.

29.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen**Omschrijving:**

vergoeding van de kosten van zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;

2. als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;

3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

De zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1, omvat ook het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.

Orthodontische hulp is slechts begrepen onder de zorg zoals genoemd in dit artikel onder omschrijving, punt 1 tot en met 3, ingeval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groei- of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Door:

tandarts of orthodontist verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, tand-arts-implantoloog, orthodontist met aantoonbare specifieke deskundigheid en ervaring of kaakchirurg.

Eigen bijdrage:

volgens de Regeling zorgverzekering is de volgende eigen bijdrage vastgesteld:

1. voor de zorg die omschreven is onder omschrijving, punt 1 en de zorg omschreven onder omschrijving, punt 2 als die wordt verleend vanwege extreme angst voor mondzorg, betaalt de verzekerde van 22 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het

bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht voor zodanige prestaties als er geen aanspraak zou bestaan op dit artikel. De eigen bijdrage geldt alleen voor de zorg die bestaat uit preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen of uitneembare niet-volledige prothetische voorzieningen;

2. als de zorg die omschreven is onder eigen bijdrage, punt 1, een uitneembare volledige prothetische voorziening of een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten betreft, betaalt de verzekerde een eigen bijdrage van € 125,- per kaak.

Verwijzing door:

tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

29.3. Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat. Onder chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard wordt begrepen de tandheelkundige hulp die wordt verleend door een tandarts met een registratie voor mondziekten en kaakchirurgie.

Door:

kaakchirurg. Als de aangegeven zorg behoort tot het deskundigheidsgebied van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een tandarts met een registratie voor mondziekten en kaakchirurgie.

Verwijzing door:

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

ARTIKEL 30. PROTHETISCHE VOORZIENINGEN VOOR VERZEKERDEN VAN 22 JAAR EN OUDER

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak. Hieronder wordt verstaan een volledige immediaatprothese, een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese, het repareren en het rebasen van een bestaande uitneembare volledige boven- en/of onderprothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

Door:

tandarts of kaakchirurg. Als dit behoort tot zijn deskundigheidsgebied, mag de prothetische voorziening ook worden geleverd door een tandprotheticus.

Eigen bijdrage:

25% van de kosten volgens de Regeling zorgverzekering.

Machtiging:

nee, tenzij:

1. de totale kosten van de prothetische voorziening, vervaardigd en geplaatst door:

1.1. een tandarts of kaakchirurg, inclusief techniekkosten, meer dan € 560,- per boven- of onderprothese (tandartscode P21/P25 en P00) bedragen, dan wel € 900,- voor boven- en onderkaak (tandartscode P30 en P00) gelijktijdig;

1.2. een tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer dan € 420,- per boven- of onderprothese (tandartscode P21/P25 en P00) bedragen, dan wel € 675,- voor boven- en onderkaak (tandartscode P30 en P00) gelijktijdig;

2. de volledige vervangingsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen.

Bijzonderheden:

de aanspraak op vergoeding van de kosten van een uitneembare volledige prothetische voorziening of een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige

implantaten, als onderdeel van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, is opgenomen in artikel 29.2, Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen.

Farmaceutische zorg

ARTIKEL 31. GENEESMIDDELEN

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van terhandstelling van:

1. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voorzover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;

2. andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, zoals omschreven in artikel 2.8, eerste lid, onder b van het Besluit zorgverzekering.

Per voorschrift heeft de verzekerde aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen voor een periode zoals vastgesteld in het Reglement farmaceutische zorg Cares Gouda.

Ter hand gesteld door:

apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Eigen bijdrage:

het kan zijn dat er een eigen bijdrage geldt volgens de Regeling zorgverzekering.

Voorschrift:

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

Machtiging:

voor bepaalde geneesmiddelen zoals bepaald in het Reglement farmaceutische zorg Cares Gouda.

Bijzonderheden:

1. de aanwijzing van de onder de omschrijving, punt 1 genoemde geneesmiddelen door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Een overzicht van de door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddelen is opgenomen in het Reglement farmaceutische zorg Cares Gouda;

2. farmaceutische zorg omvat geen:

– farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;

– geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;

– geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;

– geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;

– geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

ARTIKEL 32. DIEETPREPARATEN

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. Aanspraak op vergoeding van de kosten van deze dieetpreparaten bestaat als er sprake is van:

a. een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, of;

b. een dreigende ernstige ondervoeding door:

– een chronisch obstructief longlijden, of;

– een cystische fibrose, of;

– een ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

Ter hand gesteld door:

apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Voorschrift:

diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja.

Hulpmiddelenzorg

ARTIKEL 33. HULPMIDDELEN EN VERBANDMIDDELEN

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. Daarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van die zorg.

In uitzondering op de vergoeding van de kosten (restitutie) verstrekt de zorgverzekeraar in bepaalde gevallen hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement hulpmiddelen Cares Gouda is opgenomen welke hulpmiddelen de zorgverzekeraar in bruikleen verstrekt.

Voor de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak worden gemaakt op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden zoals opgenomen in het Reglement hulpmiddelen Cares Gouda.

Door:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen Cares Gouda.

Eigen bijdrage:

voor de hulpmiddelen waarvoor een eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt volgens de genoemde Regeling zorgverzekering, is het bedrag opgenomen in het Reglement hulpmiddelen Cares Gouda.

Voorschrift:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen Cares Gouda.

Machtiging:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen Cares Gouda.

Bijzonderheden:

1. de kosten van normaal gebruik zijn voor rekening van de verzekerde, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
2. geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van herstel van schade aan het hulpmiddel als gevolg van toerekenbare onachtzaamheid of opzet van de verzekerde.

Verblijf in een instelling

ARTIKEL 34. VERBLIJF

Omschrijving:

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

Waar:

in een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, revalidatie-instelling of zorghotel.

Voorschrift:

de medische noodzaak wordt vastgesteld door de verloskundige, medisch specialist, psychiater/zenuwarts of kaakchirurg.

Bijzonderheden:

onderbrekingen van ten hoogste dertig dagen worden niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de hiervoor genoemde 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

Ziekenvervoer

ARTIKEL 35. AMBULANCEVERVOER EN ZITTEND ZIEKENVERVOER

Omschrijving:

1. vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:

- a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
- b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;
- c. vanuit een instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 1b, naar:
 - een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;
- d. naar zijn woning of een andere woning, als hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen als hij van een van de personen of instelling komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1a, b of c;

2. vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer omvat ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

Deze aanspraak bestaat uitsluitend ingeval van de volgende situaties:

- a. de verzekerde moet nierdialyses ondergaan;
- b. de verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
- c. de verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
- d. het gezichtsvermogen van de verzekerde is zodanig beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
- e. de verzekerde is in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule).

U kunt onder andere in aanmerking komen voor de hardheidsclausule als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden dat vervoer noodzakelijk is X aantal maal per week X aantal km enkele reis' groter of gelijk is aan 250. Voorbeeld: 5 maanden X 2 maal per week X 25 km enkele reis = 250.

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

Als het vervoer zoals hiervoor aangegeven, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding € 0,28 per kilometer volgens de Regeling zorgverzekering.

Door:

1. ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulancevervoerder;
2. zittend ziekenvervoer: taxivervoerder, openbaar vervoerder, verzekerde of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving).

Eigen bijdrage:

ten hoogste € 89,- per kalenderjaar volgens de Regeling zorgverzekering.

Een bijdrage is niet verschuldigd:

- a. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een andere instelling waarin de verzekerde ten laste van de zorgverzekering of de bijzondere ziektekostenverzekering wordt opgenomen

voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;

b. voor vervoer van een instelling als bedoeld onder punt a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;

c. voor vervoer van een instelling waarin de verzekerde ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering is opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.

Voorschrift:

huisarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. Voorschrift is niet noodzakelijk voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Machtiging:

ja.

Bijzonderheden:

1. als de zorgverzekeraar toestemming geeft dat een verzekerde zich wendt tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet;

2. in gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door de zorgverzekeraar aan te geven vervoermiddel.

Zorgbemiddeling

ARTIKEL 36.ZORG- EN WACHTLIJSTBEMIDDELING

Omschrijving:

aanspraak op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de zorgverzekering. Als er sprake is van een niet aanvaardbare lange wachttijd kan de verzekerde een beroep doen op de afdeling Zorgadvies en bemiddeling van de zorgverzekeraar. De verzekerde kan ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. De zorgverzekeraar bekijkt samen met de verzekerde welke mogelijkheden er zijn.