

Deel B

Omvang Dekking Nationale-Nederlanden Zorgverzekering Keuze Garant Basisverzekering

INHOUDSOPGAVE

Artikel 1	Restitutiebasis
Artikel 2	No-claimteruggave
Artikel 3	Eigen risico
Artikel 4	Hulp door huisarts
Artikel 5	Medisch-specialistische zorg
Artikel 6	Verloskundige zorg en kraamzorg
Artikel 7	Revalidatie
Artikel 8	Organtransplantaties
Artikel 9	Niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse
Artikel 10	Mechanische beademing
Artikel 11	Leukemie bij kinderen
Artikel 12	Trombosedienst
Artikel 13	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering
Artikel 14	Audiologische zorg
Artikel 15	Paramedische zorg
Artikel 16	Mondzorg
Artikel 17	Farmaceutische zorg
Artikel 18	Hulpmiddelenzorg
Artikel 19	Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer
Artikel 20	Buitenland
Artikel 21	Algemeen

Artikel 1 Restitutiebasis

- lid 1 De zorgverzekering omvat aanspraak op vergoeding van kosten en vrijheid van keuze van zorgverlener van de zorg en overige diensten die naar inhoud en omvang in dit deel zijn omschreven. Betreffende zorg in het buitenland is van toepassing artikel 20.
- lid 2 De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
1. het op het moment van behandeling op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief;
 2. indien geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag;
 3. bij een contract tussen zorgverlener en zorgverzekeraar echter conform hetgeen is overeengekomen.
- lid 3 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd heeft de verzekerde -na melding hiervan aan de zorgverzekeraar- aanspraak op bemiddeling. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

Artikel 2 No-claimteruggave

- lid 1 Indien gedurende een kalenderjaar de waarde van de op basis van deze zorgpolis verzekerde zorg minder bedraagt dan het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op betaling van een bedrag, de zogenaamde no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen voormeld bedrag en de waarde van de hierboven genoemde en ontvangen zorg.
- Op de no-claimteruggave zijn niet van toepassing:
1. de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende zorgverlener of instelling gerechtigd is het daartoe door het CTG (College Tarief Gezondheidszorg) vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 2. de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.
- lid 2 Verzekerden die op 31 december van het in het eerste lid bedoelde kalenderjaar jonger dan achttien jaar zijn, komen niet in aanmerking voor no-claimteruggave.
- lid 3 Voor de toepassing van deze regeling is de situatie op 31 december van het betreffende kalenderjaar doorslaggevend. Op basis hiervan vindt vaststelling van het recht op no-claimteruggave plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daarop volgende kalenderjaar. Als ná 1 april blijkt dat voor het voorgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw door de zorgverzekeraar vastgesteld en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden gecompenseerd met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering aan de verzekeringnemer.
- lid 4 Voor de bepaling van de hoogte van het bedrag op no-claimteruggave is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, of indien de verzekerde in de loop van het kalenderjaar achttien jaar is geworden, wordt de no-claimteruggave als volgt berekend. Het terug te geven bedrag wordt dan bepaald naar rato van het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep dan wel (indien de verzekerde achttien jaar werd) premie verschuldigd was en het aantal dagen in het kalenderjaar.

- lid 5 Indien het voorgaande van toepassing is wordt de no-claimteruggave berekend door van het bedrag dat op basis van het voorgaande lid berekend is, af te trekken de waarde van de verzekerde prestaties genoten vanaf respectievelijk tot de dag waarop de zorgverzekering inging respectievelijk eindigde, dan wel vanaf de dag waarop de verzekerde achttien jaar werd.
- lid 6 Voor de vaststelling van de no-claimteruggave wordt een DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

Artikel 3 Eigen risico

- lid 1 Het eigen risico is vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt.
- lid 2 De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten een eigen risico. Onder de kosten van inschrijving wordt verstaan:
1. een bedrag terzake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 2. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of de instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar en zijn de huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens bedoelde overeenkomst bij de inschrijving in rekening mag brengen.
- lid 3 In de gevallen waarin, op grond van één van de volgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- lid 4 Kosten van zorg die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claimteruggave, bedoeld in artikel 2, en worden daarna in de eventuele berekening van het eigen risico betrokken.
- lid 5 Indien de zorgverzekering in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, wordt het eigen risico bepaald naar rato van het aantal dagen waarover de verzekering liep en het aantal dagen in het kalenderjaar.
- lid 6 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende eigen risico bedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:
1. ieder bedrag aan eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 2. de op grond van onder 1. berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld, en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 3. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond in hele euro's.
- lid 7 Voor de vaststelling van het eigen risico wordt een DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

Artikel 4 Hulp door een huisarts

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geneeskundige zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden. De aanspraak op zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder laboratoriumonderzoek.

Artikel 5 Medisch-specialistische zorg

lid 1 Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of bedrijfsarts. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

lid 2 a. *Ziekenhuisopname*
Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. In afwijking daarvan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 365 dagen.

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.

b. *Niet-klinische medisch-specialistische zorg*
Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een zelfstandig behandelcentrum. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

c. *Behandelingen van plastisch-chirurgische aard*
Op vergoeding van kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat aanspraak indien een en ander strekt ter correctie van:

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

lid 3 Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

1. behandeling –daaronder begrepen de kosten van farmaceutische zorg- gericht op het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's en de implantatie van één of meer van die embryo's in de baarmoeder van de verzekerde, met uitzondering van de tweede en derde invitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap;
2. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
3. abdominoplastiek en liposuctie van de buik;
4. het operatief plaatsen van borstprothese anders dan status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
5. het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na het operatief plaatsen van borstprothese anders dan status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
6. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;

7. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
8. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
9. behandelingen gericht op de circumcisie van een mannelijke verzekerde (besnijdenis).

Artikel 6 Verloskundige zorg en kraamzorg

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige of een huisarts, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden of kraamverzorgende, zelfstandig werkend of verbonden aan een kraambureau, die zowel moeder en kind en -voor zover van toepassing- de huishouding verzorgt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

- a. *Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak*
Indien verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of huisarts medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis als bedoeld in artikel 5, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.
- b. *Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak en in een kraamcentrum*
Indien de bevalling of het kraambed in een ziekenhuis plaatsvindt zonder medische noodzaak, of in een kraamcentrum bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige hulp en kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind is vermeld op de eigen bijdragen tabel. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het eveneens op deze tabel vermelde bedrag. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraambureau dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.
- c. *Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis*
Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag per opnamedag. Deze eigen bijdrage wordt vermeerderd met het eveneens op deze tabel vermelde bedrag. De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak de vergoeding van kosten van kraamzorg zoals omschreven in lid d sub 3, waarbij geldt dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid d sub 3 genoemde termijn van ten hoogste tien dagen.
- d. *Bevalling en kraambed thuis*
Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor:
 1. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door de huisarts of verloskundige;
 2. de inschrijving, intake en partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
 3. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende, van ten minste en tot maximaal het op de eigen bijdragen tabel vermelde aantal uren, verdeeld over ten hoogste het aldaar vermelde aantal dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend in overleg met de verzekeraar.

Op de vergoeding onder sub 3. blijft het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

- e. In plaats van vergoeding van kosten kan, onder voorbehoud van beschikbaarheid, gekozen worden voor kraamzorg in natura. De aanvraagprocedure daarvoor is omschreven in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 7 Revalidatie

- a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie indien:
 - 1. 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 bewegingsapparaat of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag en,
 - 2. de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven zijn beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.
- b. Revalidatie kan plaatsvinden:
 - 1. in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
 - 2. in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).
- c. Voor de onder a. en b. bedoelde revalidatie bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding van kosten indien door de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij de zorgverzekeraar is gevraagd en verkregen voor opname en/of behandeling. De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

Artikel 8 Orgaantransplantaties

- a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nierpancreas. Onder de aanspraak op vergoeding van kosten vallen tevens de vergoeding van kosten van de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.
- b. De donor heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg waarop ingevolge deel B van deze polis aanspraak op bestaat gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest en uitsluitend indien de verleende zorg verband houdt met die opname. Voorts kan de donor aanspraak maken op de vergoeding van kosten voor vervoer dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel -indien medisch noodzakelijk- per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin.

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

Aanspraak op de vergoeding van kosten ingevolge dit artikel bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de zorgverzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.

Artikel 9 Niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse verleend ten huize van de verzekerde, al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging en farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoren tevens:

1. de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
2. de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen benodigd voor het verrichten van de dialyse
3. de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
4. de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
5. de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Artikel 10 Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor de verzekerde op noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. Indien de beademing plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:

1. het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
2. de met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Artikel 11 Oncologische aandoeningen bij kinderen

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Artikel 12 Trombosedienst

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts. Deze zorg omvat:

1. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
2. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
3. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
4. het opleiden van de verzekerde in het gebruik van de in lid 3. aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
5. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Artikel 13 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

Artikel 14 Audiologische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

1. onderzoek naar de gehoorfunctie,
2. advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur,
3. voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
4. psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie,
5. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar, op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Artikel 15 Paramedische zorg

- lid 1 De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.
- lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie omvat de noodzakelijke behandelingen, op basis van verwijzing door huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut, in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage is verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt deze regeling vanaf de tiende behandeling.
- lid 3 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan 18 jaar omvat tevens maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal negen extra behandelingen door een door een fysiotherapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar per indicatie per kalenderjaar indien sprake is van een ontoereikend resultaat.
- lid 4 Ergotherapie omvat advisering, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal tien behandeluren per kalenderjaar, op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.
- lid 5 Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts, tandarts of orthopedagoog, door een logopedist, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect of anderstaligheid.

- lid 6 Dieetadviesing omvat de voorlichting en adviesing op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist met een medisch doel, op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of tandarts gedurende maximaal vier behandeluren per kalenderjaar.

Artikel 16 Mondzorg

- lid 1 Mondzorg omvat vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten plegen te bieden, waarbij geldt dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
1. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;
 2. indien 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 welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 3. indien 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 welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
- lid 2 Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is slechts onder de zorg in het eerste lid onder 1. begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- lid 3 Orthodontische hulp is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
- lid 4 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen 1 tot en met 3:
1. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 2. incidenteel tandheelkundig consult;
 3. het verwijderen van tandsteen,
 4. fluoridenapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 5. sealing;
 6. parodontale hulp;
 7. anesthesie;
 8. endodontische hulp;
 9. restauratie van gebits-elementen met plastische materialen;
 10. gnathologische hulp;
 11. uitneembare prothetische voorzieningen;
 12. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 13. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
 14. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
- lid 5 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen 1 tot en met 3 voor:
1. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat;
 2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.

- lid 6 De verzekerde van 18 jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder 1, of de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder 2 tot gelding brengt, is een bijdrage verschuldigd indien het betreft het volgende. Preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen of uitneembare prothetische voorzieningen. Bedoelde bijdrage is gelijk aan het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien bedoelde prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. Dit geldt niet voor een uitneembare volledige prothetische voorziening.
- lid 7 De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag.
- lid 8 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg ter plaatse waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent) is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist vereist.
- lid 9 De verzekerde tot 18 jaar heeft buiten de reguliere praktijkuren slechts aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.
- lid 10 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onder 1 tot en met 3 en het vierde lid onder 12 is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij de aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een behandelplan gevoegd.
- De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- lid 11 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg in geval van behandeling door een tandartspecialist mondziekten en kaakchirurg is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist, indien de zorg parodontale hulp, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.
- lid 12 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg als bedoeld in het eerste, het tweede, het derde, het vierde en vijfde lid, in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist.
- lid 13 Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed.
- Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o. goedgekeurde tarief in aanmerking.
- Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen.
- Indien de uitneembare volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag per onder- c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de volledige vervangingsprothese niet binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen.

Artikel 17 Farmaceutische zorg

- lid 1 Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van aflevering van:
1. de door de zorgverzekeraar op basis van Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. Een en ander is uitgewerkt in het reglement farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar die onderdeel uitmaakt van deze verzekering. Dit reglement is verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar;
 2. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;
 3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
- lid 2 De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.
- lid 3 Tenzij de verzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder dienen de onder de lid 1 genoemde middelen te zijn afgeleverd op voorschrift van huisarts, bedrijfsarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Aflevering geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts.
- lid 4 De onder lid 1 sub 2 genoemde aanspraak op de vergoeding van kosten is, voor wat betreft geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten die in Nederland mogen worden afgeleverd, beperkt tot een verzekerde die lijdt aan een ziekte die in Nederland minder vaak voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Tevens geldt de onder lid 1 sub 2 genoemde aanspraak op vergoeding van kosten niet voor geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel.
- lid 5 De kosten van dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking voor een verzekerde:
1. die lijdt aan een ernstige slikstoornis, een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis, of
 2. met een dreigende ernstige ondervoeding en die lijdt aan chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstige congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft.
- lid 6 In het reglement farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen met betrekking tot de doelmatigheid voor de aflevering van geneesmiddelen.

Artikel 18 Hulpmiddelenzorg

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen. De omvang van de aanspraak op de vergoeding van kosten wordt bepaald door de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen) en het door de zorgverzekeraar vastgestelde Reglement hulpmiddelen. In het Reglement hulpmiddelen zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten, opgenomen. Dit reglement is verkrijgbaar bij de zorgverzekeraar.
- lid 2 Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel zijn voorafgaande toestemming vereist. Daarbij kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- lid 3 De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in het Reglement hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

- lid 4 Vergoeding van de kosten van hulpmiddelen wordt alleen verleend indien de betreffende hulpmiddelen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.
- lid 5 Aanspraak op de vergoeding van kosten van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.
- lid 6 Kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd in het kader van een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling en die kunnen worden geacht deel uit te maken van die opname of behandeling, vallen niet onder de vergoeding. Evenmin valt onder de aanspraak de vergoeding van kosten die hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ.
- lid 7 In afwijking van het in lid 1 bepaalde worden de in het Reglement hulpmiddelen aangeduide hulpmiddelen alleen in bruikleen verstrekt.

Artikel 19 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

- lid 1 Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.
- lid 2 Aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, door een ambulancevervoerder, doch uitsluitend indien ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand.
- lid 3 De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat het vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten, met inachtneming van een eventueel eigen risico, geheel of gedeeltelijk, ten laste van de verzekering komen. Voorts omvat de aanspraak de kosten van het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde, geheel of gedeeltelijk, ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven.
- De aanspraak op de vergoeding van kosten behelst verder het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde, geheel of gedeeltelijk, ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die, geheel of gedeeltelijk, ten laste van de AWBZ wordt verstrekt.
- De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat tevens het vervoer van genoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de betreffende verzorging kan krijgen.
- lid 4 Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.
- lid 5 Mits vooraf toestemming is verkregen, bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van vervoer van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in artikel lid 3 van dit artikel, per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, per taxivervoerder of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, en indien sprake is van één van de volgende situaties:
1. de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
 2. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 3. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten ten laste van deze verzekering komen;
 4. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten ten laste van deze verzekering komen.

De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

Indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

- lid 6 Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde zou leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld van een verklaring van de behandelend arts.
- lid 7 Indien zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander middel van vervoer.
- lid 8 Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.
- lid 9 Voor zittend ziekenvervoer komt het op de eigen bijdragen tabel vermelde bedrag per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is het eveneens op genoemde tabel vermelde bedrag per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.
- lid 10 In plaats van vergoeding van kosten kan betreffende taxivervoer ervoor gekozen worden dit te laten regelen door een door de zorgverzekeraar gecontracteerd taxibedrijf. De aanvraagprocedure daarvoor is omschreven in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 20 Buitenland

- lid 1 De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 1 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.
- lid 2 De verzekerde die woont in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland heeft naar keuze:
1. aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag;
 2. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:
 - tot maximaal het op het moment van behandeling op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- lid 3 De verzekerde die woont in een land dat geen EU-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de zorgverzekering:
1. tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde tarief, indien zorg binnen Nederland zou zijn verleend;
 2. indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- lid 4 Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.
- lid 5 In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval kan de verzekerde contact opnemen met de ANWB Alarmcentrale voor het regelen van de zorg waarvoor de zorgverzekering dekking biedt. De procedure daarvoor is omschreven in deel C (Zorgdiensten).

Artikel 21 Algemeen

- lid 1 In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze verzekering indien vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt en de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.
- lid 2 Indien op grond van de bepalingen in deze zorgverzekering recht bestaat op vergoeding van gemaakte kosten geldt dat slechts indien zorg is genoten tijdens de periode waarin deze zorgverzekering van kracht is.
- lid 3 Bij verzekering krachtens de Zorgverzekeringswet bestaat aanspraak op grond van de AWBZ.