

Verzekeringsvoorwaarden

Delta Lloyd Zorgverzekering

(Zorgverzekering Restitutie)

Geldig vanaf 1 januari 2010

delta lloyd



Verzekeringsvoorwaarden

Zorgverzekering Restitutie

geldig vanaf 1 januari 2010

De vorige Verzekeringsvoorwaarden vervallen

Index

0. BELANGRIJKE INFORMATIE OVER UW ZORGVERZEKERING	3
1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	7
2. BASIS VAN UW ZORGVERZEKERING	14
3. WERKGEBIED	15
4. BEGIN VAN DE ZORGVERZEKERING	15
5. WANNEER KUNT U OPZEGGEN?	16
6. ANDERE MOMENTEN VAN BEËINDIGING	18
7. PREMIE	19
8. VERANDERING VAN PREMIEGRONDSLAG	21
9. VERPLICHT EIGEN RISICO	21
10. VRIJWILLIG EIGEN RISICO	23
11. UW ALGEMENE VERPLICHTINGEN	24
12. GEVEN VAN INFORMATIE	25
13. REGISTRATIE EN CONTROLE	26
14. GESCHILLEN EN KLACHTEN	27
15. HOE IS UW RECHT OP ZORG EN VERGOEDING GEREGLD?	27
16. RECHT OP VERGOEDING VAN ANDERE ZORG	30
17. ALGEMENE UITSLUITINGEN	31
18. BUITENLAND	31
19. HUISARTSENZORG	32
20. MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG	33
21. ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMZORG	38
22. REVALIDATIE	43
23. ORGAANTRANSPLANTATIE	43
24. DIALYSE ZONDER OPNAME	45
25. MECHANISCHE BEADEMING	46
26. ONDERZOEK NAAR KANKER BIJ KINDEREN	47
27. TROMBOSEDIENST	47
28. ERFELIJKHEIDSONDERZOEK EN -ADVISING	48
29. AUDIOLOGISCHE ZORG	48
30. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE	49
31. ERGOTHERAPIE	51
32. LOGOPEDIE	52
33. DIEETADVISING	52
34. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN	53
35. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 22 JAAR	55
36. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 22 JAAR EN OUDER	57
37. GENEESMIDDELEN EN DIEETPREPARATEN	59
38. HULPMIDDELENZORG	65
39. ZIEKENVERVOER	68
40. EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG (NIET-SPECIALISTISCHE GGZ)	71
41. SPECIALISTISCHE GGZ	72
42. DYSLEXIEZORG	75

0. BELANGRIJKE INFORMATIE OVER UW ZORGVERZEKERING

0.1. Welkom

Dit zijn de Verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering die u bij ons hebt afgesloten. Hiernaast kennen we het Vergoedingen Overzicht waarop staat aangegeven op welke vergoedingen u recht hebt. Dit is een samenvatting van de dekking van de Verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.

0.2. Afsluiten: schriftelijk, via internet of telefonisch

Een zorgverzekering van ons kunt u op drie manieren afsluiten:

- a. **door middel van een schriftelijke aanvraag**
Sluit u een papieren zorgverzekering via een aanvraagformulier af, dan ontvangt u alle documenten op papier. U geeft wijzigingen op papier aan ons door en vraagt op papier om de vergoeding van een rekening.
- b. **via internet**
Een Internetzorgverzekering sluit u af via Internet. U geeft via Internet wijzigingen aan ons door en vraagt via Internet om de vergoeding van een rekening
- c. **door middel van een telefonische aanvraag**
Bij een zorgverzekering die u telefonisch hebt afgesloten ontvangt u alle documenten op papier. U vraagt ook op papier om vergoeding van een rekening. Wijzigingen (behalve het wijzigen van een rekeningnummer) kunt u telefonisch doorgeven.

Deze Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering zijn bestemd voor beide soorten zorgverzekeringen. Als ergens in deze voorwaarden een belangrijk verschil bestaat tussen een Internetzorgverzekering en een zorgverzekering op papier wordt dit apart vermeld.

0.3. Verzekeringsdocumenten

Bij het afsluiten van uw zorgverzekering ontvangt u van ons:

- a. **de polis.**
Hierop staat:
 - 1) wie verzekerd is;
 - 2) welke zorgverzekering (Zorgverzekering Natura of Zorgverzekering Restitutie) u hebt afgesloten;
 - 3) de hoogte van de premie;
 - 4) de hoogte van het verplichte eigen risico en ook het eventueel gekozen vrijwillig eigen risico.
- b. **“Vergoedingen Overzicht”.**
Op dit Vergoedingen Overzicht geven we in een samenvatting aan op welke vergoedingen u recht hebt;
- c. **“Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen”.**
Hierin staan de regels van de zorgverzekering;
- d. **notabegeleidingsformulieren met antwoordenvolp.**
U gebruikt deze als u rekeningen bij ons indient. Wij sturen u vervolgens automatisch een nieuw notabegeleidingsformulier toe als wij een nota hebben verwerkt. U kunt een nieuw notabegeleidingsformulier. U kunt dit formulier ook telefonisch bij ons opvragen of via onze website.
Bij onze Internetzorgverzekeringen dient u rekeningen in via Internet; een notabegeleidingsformulier is niet nodig.

0.4. Hoe weet u wat u vergoed krijgt

Als u wilt weten welke zorg u vergoed krijgt, kunt u het beste deze volgorde aanhouden:

- a. Kijk op uw polisblad voor welke zorgverzekering u verzekerd bent;

- b. Kijk in “Vergoedingen Overzicht” van uw zorgverzekering en zoek de zorg die u nodig hebt. U hebt recht op vergoeding als de zorg onder de zorgverzekering beschreven staat. Staat uw behandeling er niet bij, dan hebt u geen recht op vergoeding van zorg.
- c. U moet natuurlijk wel voldoen aan de voorwaarden die wij stellen. Deze worden beschreven in dit deel “Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen”.

0.5. Nieuwe voorwaarden

Elk jaar krijgt u per 1 januari een nieuwe polis.

Als wij de premie of dekking van uw zorgverzekering hebben aangepast, kunnen de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en het Vergoedingen Overzicht veranderen. U krijgt daarover een brief van ons. U kunt dan uw nieuwe voorwaarden bij ons of via internet opvragen. Uw oude polis, Vergoedingen Overzicht en Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen zijn na de wijzigingsdatum uiteraard niet meer geldig. Die kunt u het beste weggooien zodat er geen verwarring komt.

0.6. Hoe lang duurt uw zorgverzekering

Als u bij ons uw zorgverzekering afsluit, doet u dat voor de periode van tenminste één heel jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Na deze periode verlengen wij uw zorgverzekeringen stilzwijgend van jaar tot jaar.

Wilt u niet dat uw zorgverzekering verlengd wordt? Laat ons dit vóór 1 januari weten. Als de minimale verzekeringsduur of de duur van een verlenging is verstreken, eindigt uw zorgverzekering.

In deze Verzekeringsvoorwaarden vindt u onder artikel 4. meer informatie over de duur van uw zorgverzekering.

0.7. Zorgverlener stuurt u de rekening

Bent u behandeld door een zorgverlener (behandelaar of leverancier) met wie wij geen afspraken hebben gemaakt? Dan stuurt deze zorgverlener de rekening in veel gevallen direct naar ons. Kijk hiervoor in artikel 0.8. Soms stuurt deze zorgverlener de rekening wel direct naar u. U betaalt deze rekening dan eerst zelf en stuurt vervolgens de originele rekening (geen kopie, herinnering of aanmaning) aan ons op. U hebt daarvoor een notabegeleidingsformulier van ons gekregen. Op dit notabegeleidingsformulier kunt u per rekening aangeven aan wie (welke verzekerde) de zorg is geleverd en wie de zorgverlener is. Ook geeft u hierop aan of wij de kosten van de zorg aan u moeten betalen of rechtstreeks aan de zorgverlener.

Nadat wij uw rekening hebben ontvangen, kijken wij op welk bedrag u volgens uw zorgverzekering recht hebt. Het kan zijn dat u niet het volledige bedrag van ons vergoed krijgt als bijvoorbeeld voor de behandeling een eigen bijdrage geldt. Stuurt u ons een rekening, dan vergoeden wij daarvan dat deel waar u volgens het Vergoedingen Overzicht recht op hebt. Deze gedeeltelijke vergoeding betalen wij altijd aan u en niet aan de zorgverlener. U betaalt zelf het gehele bedrag aan de zorgverlener.

Wij sturen u een bericht op welke vergoeding u recht hebt en op welke bank- of girorekening wij die vergoeding overmaken. Ook sturen wij u een nieuw notabegeleidingsformulier toe. Dit kunt u gebruiken als u een volgende rekening indient.

Hebt u een Internetzorgverzekering dan dient u rekeningen in via Internet. Het notabegeleidingsformulier vult u online in en stuurt u digitaal naar ons. De originele rekeningen moet u scannen en insturen naar het aangegeven e-mailadres. De originele rekening moet u nog minimaal twee jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

0.8. Zorgverlener stuurt ons de rekening

Wij hebben met veel zorgverleners afgesproken dat zij hun rekeningen niet naar u, maar rechtstreeks

naar ons sturen. Wij vergoeden de rekening direct aan hen.

Stuurt uw zorgverlener ons een rekening, dan betalen wij deze volledig volgens het geldende tarief aan de zorgverlener. Het kan zijn dat wij de zorgverlener meer betalen dan het bedrag waar u volgens uw zorgverzekering recht op hebt. Bijvoorbeeld als voor een behandeling een eigen bijdrage geldt of vanwege een eigen risico. Als dat zo is, sturen wij u een bericht dat wij teveel hebben betaald. U ontvangt van ons vervolgens een rekening met het verzoek het teveel betaalde bedrag aan ons over te maken.

De eigen bijdrage betaalt u op dezelfde manier als de manier waarop u uw premie betaalt. Dit kan met een acceptgiro zijn of via een automatische incasso (bij een Internetzorgverzekering is dit altijd automatische incasso).

0.9. Een erkende zorgverlener

Het is belangrijk dat een zorgverlener goed is opgeleid en voldoende kennis op zijn vakgebied heeft. Soms herkent u zo'n zorgverlener aan zijn titel (bijvoorbeeld arts of medisch-specialist). Soms is een zorgverlener of zorginstelling erkend; door de overheid of door ons. U vindt dit regelmatig terug als voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen.

Wij kunnen u vertellen of een zorgverlener wel of niet erkend is. U kunt zorgverleners ook opzoeken op onze website.

Verzekerden met een Internetzorgverzekering hebben hun eigen informatieteam waar zij hun vragen kunnen stellen.

0.10. Tarieven en vergoeding

In het Vergoedingen Overzicht staat hoeveel vergoeding u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat u in dat geval 100% vergoed krijgt van de rekening. Er kan namelijk verschil zijn tussen het bedrag van de rekening en het vergoedingstarief. Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding gaan wij uit van de tarieven die gelden op het moment van uw behandeling.

Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing:

1) **Afgesproken tarief**

Gaat u naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij tarieven hebben afgesproken voor die behandeling?

Ja? Wij vergoeden de behandeling volgens het afgesproken tarief.

Nee? Zie 2.

2) **Wettelijk tarief**

U gaat dus naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken. En geldt er een wettelijk tarief?

Ja? Wij vergoeden de behandeling volgens dit wettelijk tarief. Dit tarief is vastgesteld op basis van de Wet marktoordening gezondheidszorg.

Nee. Zie 3.

3) **Marktconform tarief**

U gaat dus naar een zorgverlener of zorginstelling waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken. Er geldt ook niet een tarief dat is vastgesteld op basis van de Wet marktoordening gezondheidszorg. Hebben wij voor de soort zorg die u gaat krijgen (of hebt gekregen) wel afspraken gemaakt met andere zorgverleners?

Ja? Wij vergoeden de behandeling volgens het marktconforme tarief. Dit is volgens ons het tarief dat voor die bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is en in verhouding staat tot de prijs van soortgelijke zorg door overige zorgverleners. Dit is dus het tarief dat wij voor die zorg met andere zorgverleners hebben afgesproken.

Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.

0.11. Zorgadvies en akkoordverklaring

Sommige behandelingen vergoeden wij alleen als u vooraf zorgadvies en een akkoordverklaring van ons hebt gekregen. Dit staat dan vermeld bij de betreffende behandeling of dienst. Om deze zorgadvisering en akkoordverklaring aan te vragen, stuurt u ons:

- a. een verwijfsbrief of aanvraag van de behandelende huisarts, medisch-specialist of tandarts; en
- b. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Pas nadat u van ons zorgadvies en een akkoordverklaring hebt gekregen, mag de zorg voor rekening van uw zorgverzekering worden gegeven.

0.12. Zorg in buitenland

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of Australië? Dan kunt u de EHIC (European Health Insurance Card, een Europese zorgpas) aanvragen. Met deze pas krijgt u in de landen binnen de EU, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië medisch noodzakelijke zorg, die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland. U hoeft dan geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening wordt betaald door de zorgverzekeraar in het land van herkomst. Let op: buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners.

De pas is bedoeld voor zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland aan verzekerden die op vakantie gaan, tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie) én voor bewoners van de grensstreek. U kunt de gratis pas zelf aanvragen op www.ehic.nl.

0.13. Rechten en plichten

Uw rechten en plichten en onze rechten en plichten staan op de polis, in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en op het Vergoedingen Overzicht. Deze inleiding op de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering is bedoeld ter verduidelijking, maar bevat géén rechten of plichten. Dat geldt ook voor de toelichtingen die wij bij verschillende artikelen gebruiken om de voorwaarden te verduidelijken. In de artikelen 1 tot en met 42 staan de rechten en plichten van deze Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering vermeld.

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Akkoordverklaring

De schriftelijke verklaring die wij u in reactie op uw aanvraag voor zorgadvies geven. Uit deze verklaring blijkt:

- a. dat wij deze zorg beschouwen als zorg die onder de dekking van uw zorgverzekering valt;
- b. dat u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen; en
- c. dat u op die zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden recht hebt.

Deze verklaring wordt afgegeven door onze afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice.

Ambulance

Een auto die ingericht en bestemd is voor het liggend vervoer van zieken en gewonden. In de auto is voldoende opgeleid en bekwaam personeel aanwezig.

Apotheek

De plaats waar geneesmiddelen bereid en/of geleverd worden. Degene die de apotheek beheert (de apotheker) staat geregistreerd zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet B.I.G.

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts die volgens artikel 61 lid 10 of 11 van de Geneesmiddelenwet een vergunning heeft om geneesmiddelen te leveren.

Apotheker

Degene die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers bedoeld in artikel 3 van de Wet B.I.G.

Arts verstandelijk gehandicapten

De arts die is ingeschreven in het register van erkende artsen verstandelijk gehandicapten van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Audiologisch centrum

Een zorginstelling die volgens de wet audiologische zorg mag verlenen.

AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

De AWBZ is een volksverzekering; deze verzekert Nederlanders tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Het gaat daarbij vooral om erg dure zorg, zoals thuiszorg, opname in een verpleeghuis of zorg in een instelling voor gehandicapten.

Beademingscentrum

Een zorginstelling die volgens de wet medisch-specialistische zorg beademing mag verlenen.

Bekkentherapeut

Degene die als fysiotherapeut staat geregistreerd volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. en die daarnaast als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Bedrijfsarts

Een arts die optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten. De arts is ingeschreven als bedrijfsarts in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC).

Bureau Jeugdzorg

Een bureau zoals dat is beschreven in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg. Dit is een onafhankelijk bureau in uw provincie dat toegang geeft tot alle voorzieningen voor jeugdzorg. Dit bureau beoordeelt als onafhankelijke instelling uw verzoek om hulp en verwijst u door.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. De behandelingen vinden in teamverband plaats en/of vereisen bijzondere deskundigheid.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

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

Centrum voor mondzorg

Praktijk voor tandheelkundige zorg. Bij de praktijk werken één of meerdere tandartsen, mondhygiënist of andere bevoegde zorgverleners.

Collectieve verzekering

De verzekering die u bij ons kunt afsluiten als wij een collectieve overeenkomst hebben gesloten met het bedrijf of de instelling waar u werkt of waardoor uw belangen worden behartigd. Dankzij deze overeenkomst hebt u bepaalde voordelen die u niet zou hebben als u individueel verzekerd zou zijn.

Dagbehandeling

Een behandeling die korter duurt dan 24 uur.

Diabeteszorggroep

Organisatie in de eerstelijns die diabeteszorg levert voor patiënten met diabetes type 2 (de patiënten hebben geen complicaties).

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft het totale traject van medisch-specialistische zorg of specialistische psychiatrische zorg. In de DBC is de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven. Aan de DBC wordt een DBC-prestatiecode toegekend. Die code is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met een zorgvraag (zogenaamde opening van de DBC) en wordt afgesloten aan het einde van de behandeling of na 365 dagen, als uw behandeling langer duurt dan 365 dagen. Het tarief is een gemiddelde prijs.

Dialysecentrum

Een zorginstelling die volgens de regels van de wet medisch-specialistische zorg in de vorm van nierdialyse mag verlenen.

Diëtist

Degene die de titel diëtist mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". De diëtist is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Eerstelijns psychologische zorg (niet-specialistische GGZ)

Diagnostiek en kortdurende, algemene behandeling van niet-ingewikkelde psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

Eigen bijdrage

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt is, maar die u gedeeltelijk zelf moet betalen. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten.

van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Eigen risico

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar die u zelf moet betalen tot in totaal een vastgesteld bedrag per persoon per jaar. Hebt u het eigen risico al helemaal betaald? Dan hebt u recht op (vergoeding van) zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden. Er is altijd sprake van een verplicht eigen risico. Er kan daarnaast sprake zijn van een vrijwillig gekozen eigen risico. Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

Ergotherapeut

Degene die de titel ergotherapeut mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”. De ergotherapeut is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

EU- en EER-staat

De EU-staten zijn: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-staten (Europese Economische Ruimte) zijn: Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Fysiotherapeut

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. Onder fysiotherapeut verstaan wij ook een heilgymnast-masseur zoals bedoeld in artikel 108 van de Wet B.I.G.

Geboortekliniek

Een instelling, die wettelijk als instelling voor verloskundige zorg is toegelaten, waar een vrouw die niet thuis kan of wil bevallen, met haar verloskundige terecht kan voor de bevalling zonder medische indicatie en eventueel vervolgens kraamzorg krijgt. Deze bevalling is gelijkgesteld aan een bevalling in het ziekenhuis zonder medische indicatie.

Gezondheidszorgpsycholoog

Degene die als gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd staat zoals bepaald wordt in artikel 3 van de Wet B.I.G.

GGZ-instelling

Een organisatie met rechtspersoonlijkheid die geneeskundige GGZ levert, waarbij het behandelen van psychische stoornissen het doel is. Deze instelling moet toegelaten te zijn in het kader van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Huidtherapeut

Degene die de titel huidtherapeut mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde “Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut”. De huidtherapeut staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de huisarts, Specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC).

Huisartsendienstenstructuur

Een organisatorisch verband van huisartsen. Het verband heeft een rechtspersoonlijkheid zoals bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg. Het verband is opgericht om tijdens de avond, de nacht, het weekeinde en op feestdagen acute huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Huisartsenpost

De locatie waar de huisartsen, die zijn aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur, in de avond, nacht, het weekeinde en op feestdagen acute huisartsenzorg verlenen.

Instelling voor medisch-specialistische zorg

Een instelling voor medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Dit is bijvoorbeeld een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.).

- Als wij alleen een ziekenhuis bedoelen, schrijven wij dit zo: ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg). Wij bedoelen dan een algemeen ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis (dit is een ziekenhuis dat zorg van slechts een of enkele medische specialismen biedt zoals een brandwondencentrum of psychiatrisch ziekenhuis) of een universitair ziekenhuis.
- Als wij alleen een Z.B.C. bedoelen, schrijven wij dit zo: Z.B.C. (instelling voor medisch-specialistische zorg).
- In de gevallen dat we ze allebei bedoelen, staat er alleen 'instelling voor medisch-specialistische zorg'.

In-vitrofertilisatiepoging

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode (IVF). Deze zorg houdt in:

- het bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw door hormonale behandeling;
- de follikelpunctie;
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het één of meer keren plaatsen van één of twee embryo's in de baarmoederholte om zwanger te worden.

Jaar

Kalenderjaar. Alleen als het gaat om de leeftijd van iemand, dan wordt niet "kalenderjaar" maar levensjaar bedoeld.

Jeugdarts

Een arts die in de jeugdgezondheidszorg werkt en is ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid of als arts met het profiel Jeugdgezondheidszorg in de registers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) zijn ingesteld.

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kinderfysiotherapeut

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. en die ook is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch psycholoog geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet B.I.G.

Kraamcentrum

Een instelling, die wettelijk als kraamcentrum is toegelaten. Deze instelling verleent kraamzorg aan een vrouw in de thuissituatie en/of geboortekliniek en/of kraamhotel.

Kraamhotel

Een instelling, die wettelijk als instelling voor verloskundige zorg is toegelaten, waar een vrouw die niet thuis kan of wil bevallen, met haar verloskundige terecht kan voor de bevalling zonder medische indicatie en eventueel vervolgens kraamzorg krijgt. Deze bevalling is gelijkgesteld aan een bevalling in het ziekenhuis zonder medische indicatie.

Logopedist

Degene die de titel logopedist mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”. De logopedist staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Maand

Kalendermaand.

Manueel therapeut

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. en die daarnaast als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

(Medisch) adviseur

De arts, fysiotherapeut of andere deskundige die ons in medische, fysiotherapeutische of andere situaties adviseert.

Medisch-specialist

Een arts die als medisch-specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).

Mondhygiënist

Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid volgens de eisen die het Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut” en het “Besluit functionele zelfstandigheid” stelt. Deze vrijgevestigde mondhygiënist oefent voor eigen rekening en verantwoordelijkheid de praktijk uit.

NZa

Nederlandse Zorgautoriteit te Utrecht. Deze autoriteit:

- a. bewaakt de belangen van de consument op de verschillende zorgmarkten;
- b. houdt toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ;
- c. houdt toezicht op de invoering van de marktwerking in de gezondheidszorg en stelt voor een deel van de zorg de tarieven en budgetten vast.

Nurse practitioner

Een verpleegkundige met een universitair denk- en werkniveau die de zorg heeft voor een bepaalde groep patiënten. Deze verpleegkundige heeft de HBO Masters opleiding “advanced nursing practice” met succes afgerond.

Oedeemtherapeut

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de Wet B.I.G. en die daarnaast als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Degene die de titel oefentherapeut mag voeren volgens artikel 34 van de Wet B.I.G. en het daarop gebaseerde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”. De oefentherapeut is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Opname

Het (formele) begin van behandeling en het daarop volgende verblijf langer dan 24 uur in een instelling voor medisch-specialistische zorg of in een instelling voor revalidatie. Dagbehandeling is geen opname.

Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthodontie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Physician assistant

Een zorgprofessional die de HBO-Masters opleiding “physician assistant” met succes heeft afgerond. Deze zorgprofessional ondersteunt de arts in zijn werk, onder andere bij het uitvoeren van de meer routinematig geneeskundige handelingen. De zorgprofessional en de arts hebben een samenwerking waarbij zij elkaar aanvullen. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de betreffende arts.

Praktijkondersteuner

De praktijkondersteuner werkt in de huisartsenpraktijk en richt zich op het (geprotocolleerd) uitvoeren van huisartsentaken. Hierdoor worden de taken van de huisarts verlicht en kan de zorg aan (groepen van) patiënten verbeterd worden. De praktijkondersteuner voert de taken uit onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

Premiegrondslag

De brutopremie voor uw zorgverzekering zonder rekening te houden met eventuele kortingen (bijvoorbeeld doordat u een collectieve zorgverzekering hebt of een vrijwillig eigen risico).

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC). Daar waar in dit register ‘psychiater’ staat, kan ook ‘zenuwarts’ gelezen worden.

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de Wet B.I.G.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Een team van verschillende soorten deskundigen verleent de zorg, onder leiding van een medisch-specialist (revalidatiearts). Het team is verbonden aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

Schriftelijk

Per brief, antwoordkaart, faxbericht of e-mailbericht. Hebt u een verzekering via internet afgesloten, dan vindt schriftelijk contact met ons alleen plaats door middel van e-mailberichten.

Specialistische GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van ingewikkelde psychische aandoeningen. Het gaat om pathologische psychische problemen waarvoor gespecialiseerde zorg nodig is (zoals depressieve, angst- en aanpassingsstoornissen). Deze zorg bestaat soms uit behandeling door een zorgverlener

van één vakgebied, maar vaak uit behandeling door zorgverleners met verschillende vakgebieden. De behandeling kan gepaard gaan met voorschrijven van medicijnen, crisisopvang en opname in een GGZ-instelling. Bij de behandeling is een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) betrokken.

Specialist ouderengeneeskunde

Degene die als specialist ouderengeneeskunde is ingeschreven in het register van erkende specialist ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit is de nieuwe benaming voor "verpleeghuisarts".

Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd is volgens artikel 3 van de wet B.I.G.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid volgens het Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

Trombosedienst

Organisatie die zich bezighoudt met het geregeld controleren van het stollingsvermogen van het bloed van mensen die therapie krijgen om stolling van het bloed tegen te gaan.

Verblijf

Opname en verblijf die 24 uur of langer duren.

Verdragsland

Een verdragsland is:

- a. de volgende staten waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen: Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije;
- b. andere lidstaten van de Europese Unie dan Nederland;
- c. een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische Ruimte;
- d. Zwitserland.

Verloskundige

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd is volgens artikel 3 van de wet B.I.G.

Verwijzing

Het advies van een zorgverlener of zorginstelling aan u om zich onder behandeling te stellen van of een behandeling voort te zetten bij een andere zorgverlener of zorginstelling. Voor acute zorg (spoed) is nooit een verwijzing nodig.

Verzekerde

Iedereen die als zodanig op de polis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld. In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met "u" en "uw".

Als wij alleen de verzekerde aanspreken, en niet de verzekeringnemer, spreken wij van "u (verzekerde)" en "uw (verzekerde)".

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst, de zorgverzekering met ons is aangegaan. In de verzekeringsvoorwaarden spreken wij de verzekerde en de verzekeringnemer aan met "u" en "uw". Als wij alleen de verzekeringnemer aanspreken, en niet de verzekerde, spreken wij van "u (verzekeringnemer)" en "uw (verzekeringnemer)".

Voorschrift

De vaststelling door een zorgverlener of zorginstelling welke zorg, onderzoek, behandeling of therapie de verzekerde om medisch professionele redenen nodig heeft.

Wet B.I.G.

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet regelt aan welke eisen verschillende groepen van zorgverleners moeten voldoen om hun beroep uit te mogen oefenen.

Zelfstandig behandelcentrum (Z.B.C.)

Zie onder “instelling voor medisch-specialistische zorg”.

Ziekenhuis

Zie onder “instelling voor medisch-specialistische zorg”.

Ziekenhuisverplaatste zorg

Medisch-specialistische zorg op een andere plaats dan de instelling voor medisch-specialistische zorg of de huispraktijk van de medisch specialist. De medische indicatie voor de medisch-specialistische zorg stopt niet doordat de zorg plaatsvindt op een andere plaats.

Zitting

Een direct contact tussen zorgverlener en verzekerde met als doel een behandeling of consult volgens een goedgekeurde prestatiebeschrijving.

Zorgaanvraag

Aanvraag voor zorgadvies.

Zorgadvies / zorgadvisering

Ons advies in reactie op uw zorgaanvraag om gebruik te maken van bepaalde zorg en/of zorgverleners. U kunt deze zorgaanvraag doen bij onze afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. De verzekeringsonderneming waarop deze verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn, is de verzekeringsonderneming die op het polisblad in die hoedanigheid vermeld staat. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt deze verzekeringsonderneming aangeduid met “wij” en “ons”. Deze verzekeringsonderneming is zorgverzekeraar in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Zorgverzekering

Een verzekering die door de NZa is goedgekeurd als zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Zorgverzekeringswet

De wet die u verplicht zich te verzekeren voor geneeskundige zorg. Dat is het geval, als u voor de AWBZ verzekerd bent. Het gaat dan voornamelijk om mensen die rechtmatig in Nederland wonen of die in het buitenland wonen maar in Nederland loonbelasting betalen.

2. BASIS VAN UW ZORGVERZEKERING

2.1. De basis

U hebt bij ons een zorgverzekering afgesloten. Deze zorgverzekering is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet;

- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- e. het aanvraagformulier dat u hebt ingevuld.

Wij leggen de overeenkomst vast in de polis. Wij sturen deze polis jaarlijks aan u op.

2.2. Het verzekeringsbewijs

Nadat u zich bij ons hebt ingeschreven, sturen wij u naast de polis van uw zorgverzekering ook het inschrijvingsbewijs (het polispasje). Op vertoon van dit pasje kunt u zorg krijgen bij die zorgaanbieders op wiens zorg u volgens uw verzekeringsvoorwaarden recht hebt.

2.3. Controle van de polis

Wij gaan er vanuit dat de gegevens op uw aanvraag van u zijn. U moet de gegevens op het polisblad zorgvuldig controleren. Als de gegevens op het polisblad niet juist of niet volledig zijn, moet u ons dat binnen 30 dagen na ontvangst van het polisblad melden. Doet u dit niet, dan gaan we er vanuit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

2.4. Aard van uw zorgverzekering

Uw zorgverzekering is een zogenaamde “restitutie-verzekering”. Dat wil zeggen dat u recht hebt op vergoeding van de kosten van zorg. De zorgaanbieder kan de rekeningen rechtstreeks naar ons sturen als wij dit met de zorgaanbieder hebben afgesproken. In andere gevallen kunt u de rekeningen zelf naar ons toesturen. Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd.

2.5. Inhoud en omvang van zorg

In deze voorwaarden hebben wij omschreven voor welke behandelingen u recht hebt op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U hebt recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Toelichting

Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.

Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de passende zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn.

2.6. Andere taal

Behalve in het Nederlands kunnen wij onze voorwaarden ook uitgeven in één of meer andere talen. Als er verschillen in inhoud of uitleg zijn, dan gelden alleen de tekst en inhoud van de Nederlandstalige versies die wij hebben.

3. WERKGEBIED

U kunt deze zorgverzekering bij ons afsluiten als u verzekeringsplichtig volgens de Zorgverzekeringswet bent.

4. BEGIN VAN DE ZORGVERZEKERING

4.1. Ingangsdatum

De zorgverzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de zorgverzekering bij ons af te

sluiten, ontvingen. Als u op dat moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was en u in uw verzoek hebt aangegeven dat u de zorgverzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de zorgverzekering op die latere datum in. Op uw polis staat de ingangsdatum van uw zorgverzekering .

4.2. Verzekerd met terugwerkende kracht

Er zijn situaties waarin wij u met terugwerkende kracht inschrijven:

- a. als uw zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.

Voorbeeld

U bent bij ons verzekerd en krijgt een kind. In alle drukte rond dit nieuwe leven vergeet u uw kind aan te melden voor de zorgverzekering. Na drie maanden komt u erachter dat u uw kind bij ons had moeten aanmelden. U doet dit alsnog. Wij schrijven uw kind met terugwerkende kracht in: de zorgverzekering gaat niet in als uw kind drie maanden is, maar op de dag dat de verzekeringsplicht ontstond, dus vanaf de dag van de geboorte.

- b. als u de zorgverzekering bij ons afsluit binnen een maand nadat u uw zorgverzekering bij een andere verzekeraar hebt beëindigd omdat deze de voorwaarden wijzigde of omdat het jaar afliep. Uw zorgverzekering gaat bij ons in op de eerste dag nadat uw oude zorgverzekering is geëindigd.

Voorbeeld

U bent verzekerd bij een andere zorgverzekeraar en wilt overstappen naar ons. In november 2008 geeft u aan dat u per 1 januari 2009 de zorgverzekering opzegt. Eind januari 2009 stuurt u ons een brief waarin u aangeeft bij ons verzekerd te willen zijn. Wij laten uw zorgverzekering niet eind januari, maar met terugwerkende kracht per 1 januari 2009 ingaan.

5. WANNEER KUNT U OPZEGGEN?

U (verzekeringnemer) hebt het recht de zorgverzekering op te zeggen in de volgende situaties:

- aan het einde van het jaar (artikel 5.1.)
- bij een verandering van de voorwaarden in uw nadeel (artikel 5.2.)
- bij een verandering van de premie in uw nadeel (artikel 5.3.)
- als u verandert van werkgever en u collectief verzekerd bent (artikel 5.4.)
- doordat u de zorgverzekering herroept (artikel 5.5.)
- als u zorgverzekering voor iemand anders hebt afgesloten, die nu voor zichzelf een andere zorgverzekering sluit (artikel 5.6.).

Soms hebt u (verzekeringnemer) niet het recht om de zorgverzekering op te zeggen. U kunt in artikel 5.7. lezen wanneer dit het geval is.

5.1. Met ingang van een nieuw jaar

U (verzekeringnemer) mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Dat moet u schriftelijk doen. Uw zorgverzekering eindigt dan per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar.

5.2. Bij een verandering van de voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden te veranderen. Is de verandering in uw nadeel, dan hebt u (verzekeringnemer) het recht de zorgverzekering op te zeggen. Dat moet u schriftelijk doen. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gebracht. Uw zorgverzekering eindigt op de dag dat de verandering ingaat. Het recht tot opzeggen van de zorgverzekering geldt niet als de verandering van de voorwaarden het gevolg is van een wijziging van de wet.

5.3. Als wij de premiegrondslag veranderen

Als wij de premiegrondslag (brutopremie) veranderen, stellen wij u hiervan tenminste zes weken van tevoren op de hoogte. Als wij de premiegrondslag verhogen, hebt u (verzekeringnemer) het recht uw zorgverzekering op te zeggen vanaf de dag dat wij u deze mededeling doen tot de dag waarop de verhoging ingaat. Dat moet u schriftelijk doen. Uw zorgverzekering eindigt op de dag dat de premieverhoging ingaat.

5.4. Als u verandert van werkgever

Bent u (verzekeringnemer) collectief verzekerd via een werkgever en treedt u in dienst bij een andere werkgever die een andere collectieve zorgverzekering heeft afgesloten? U (verzekeringnemer) kunt dan uw collectieve zorgverzekering via uw oude werkgever ook in de loop van het jaar beëindigen. U (verzekeringnemer) kunt de oude collectieve zorgverzekering schriftelijk opzeggen vanaf de dag dat uw oude dienstverband eindigt tot dertig dagen nadat uw nieuwe dienstverband is ingegaan. Uw nieuwe collectieve zorgverzekering gaat in op de dag van indiensttreding bij uw nieuwe werkgever als dit de eerste dag van de maand is of anders op de eerste dag van de maand na indiensttreding. Uw oude collectieve zorgverzekering eindigt diezelfde dag, evenals de premiekorting en andere collectieve afspraken die bij uw oude collectieve zorgverzekering horen.

5.5. Herroepen van uw zorgverzekering

U (verzekeringnemer) mag uw zorgverzekering kosteloos en zonder reden beëindigen door herroeping. Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

- a. U moet de herroeping schriftelijk indienen. Vermeld daarbij duidelijk uw naam, adres, woonplaats en welke zorgverzekering u wilt herroepen.
- b. De herroeping moet binnen 14 dagen nadat de zorgverzekering is ingegaan bij ons binnen zijn. Is de zorgverzekering nog niet ingegaan dan moet de herroeping binnen 14 dagen nadat u de polis hebt ontvangen, bij ons binnen zijn.

Voldoet u niet aan deze voorwaarden, dan kunnen wij de zorgverzekering niet beëindigen door herroeping.

Wij beëindigen de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot en met de dag waarop de zorgverzekering is ingegaan. Had u ons al premie betaald voor deze zorgverzekering, dan betalen wij die binnen dertig dagen nadat wij de herroeping hebben ontvangen aan u terug.

Had u tussen de ingangsdatum van de zorgverzekering en de datum van herroeping kosten gemaakt en vergoed gekregen, dan betaalt u die aan ons terug binnen dertig dagen nadat u daarvoor een specificatie van ons hebt ontvangen.

Toelichting

Onder het herroepen van uw zorgverzekering verstaan wij het volgende: u (verzekeringnemer) hebt zich aangemeld voor onze zorgverzekering, de formulieren hiervoor ingevuld en opgestuurd en eventueel de polis van ons ontvangen. U krijgt spijt van uw beslissing. U (verzekeringnemer) kunt uw zorgverzekering dan herroepen: u laat ons binnen 14 dagen nadat de zorgverzekering is ingegaan of 14 dagen nadat u de polis hebt ontvangen weten dat u de zorgverzekering wilt stoppen. De zorgverzekering wordt dan herroepen. Dat wil zeggen dat wij doen alsof deze zorgverzekering nooit heeft bestaan.

5.6. In verband met andere zorgverzekering

Hebt u (verzekeringnemer) iemand anders verzekerd, dan kunt u ook in de loop van het jaar de zorgverzekering voor die verzekerde opzeggen of bij ons een andere zorgverzekering sluiten, als deze persoon via een andere zorgverzekering wordt verzekerd:

- a. Als u (verzekeringnemer) de zorgverzekering schriftelijk opzegt **voordat** de nieuwe zorgverzekering ingaat, eindigt de zorgverzekering op de dag waarop de nieuwe zorgverzekering ingaat.
- b. Zegt u (verzekeringnemer) de zorgverzekering schriftelijk op **nadat** de nieuwe zorgverzekering is ingegaan, dan eindigt de zorgverzekering na afloop van een volledige maand.

Voorbeeld 1

Zegt u (verzekeringnemer) de zorgverzekering op 15 april op omdat de verzekerde per 1 mei via een andere zorgverzekering verzekerd is, dan eindigt de zorgverzekering per 1 mei (de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering).

Voorbeeld 2

U (verzekeringnemer) zegt op 15 april de zorgverzekering voor de verzekerde op. Deze verzekerde is namelijk per 1 april via een andere zorgverzekering verzekerd. De opzegtermijn is dan een volledige maand. April geldt als halve kalendermaand. Mei geldt als volledige maand. Dat betekent dat de zorgverzekering eindigt op 1 juni.

5.7 Wanneer kunt u niet opzeggen?

De opzegmogelijkheden die wij hiervoor in de artikelen 5.1., 5.4., en 5.6. hebben aangegeven, gelden niet in het volgende geval:

- U (verzekeringnemer) hebt de premie die u moet betalen niet op tijd aan ons betaald; en
- Wij hebben u hiervoor een aanmaning gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal veertien dagen aan ons te betalen; en
- Wij hebben de dekking van de zorgverzekering (nog) niet opgeschort (geschorst); en
- Wij hebben niet binnen veertien dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de premie en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald hebt, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruik maken van de opzegmogelijkheden van artikel 5.1., 5.4. en 5.6.

6. ANDERE MOMENTEN VAN BEËINDIGING

Uw zorgverzekering kan eindigen:

- in situaties waarin de wet dit eist (artikel 6.1.);
- als u uw premie niet op tijd betaalt (artikel 6.2.);
- als u onrechtmatig verzekerd bent (artikel 6.3.);

6.1. Situaties waarin de wet beëindiging eist

De wet heeft bepaald dat de zorgverzekering in bepaalde situaties moet eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan zo snel mogelijk op de hoogte. Wij vermelden hierbij de reden van de beëindiging en de datum waarop de zorgverzekering eindigt. Dat is de dag nadat:

- a. onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen zorgverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk twee maanden van tevoren op de hoogte;
- b. ons werkgebied – dit is het gebied waar wij de zorgverzekering aanbieden - verandert en u (verzekerde) daardoor buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk twee maanden van tevoren op de hoogte;
- c. u (verzekerde) overlijdt. Wij moeten binnen dertig dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht;
- d. uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de AWBZ verzekerd bent of in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo snel mogelijk op de hoogte brengen.

6.2. U betaalt de premie niet op tijd

Wij kunnen de dekking van uw zorgverzekering opschorten (schorsen) en ook uw zorgverzekering zelf beëindigen als u (verzekeringnemer) niet aan uw betalingsverplichting tegenover ons voldoet. Wij kunnen de volgende maatregelen treffen:

- a. Betaalt u (verzekeringnemer) niet op tijd, dan sturen wij u eerst een aanmaning om de premie binnen maximaal veertien dagen alsnog te betalen. De termijn die in de aanmaning wordt aangegeven, gaat in op de dag ná de aanmaning. Betaalt u dan nog niet op tijd, dan hebt u geen recht meer op zorg (opschorten dekking/schorsing) vanaf de dag dat u de premie in eerste

instantie had moeten betalen. Wij vermelden dit ook op de aanmaning. U hebt weer recht op zorg vanaf de dag nadat wij alle bedragen die u ons moest betalen bij ons binnen zijn.

- b. Ook als wij de dekking van uw zorgverzekering hebben opgeschort/geschorst, blijft u verplicht ons premie te betalen. Doet u dat niet, dan sturen wij u een tweede aanmaning. Wij treffen ook maatregelen tot incasso en beëindigen uw zorgverzekering. Wij vermelden dit op de tweede aanmaning. Wij beëindigen de zorgverzekering niet met terugwerkende kracht. U (verzekeringnemer) blijft ons de premie verschuldigd over de tijd dat u wel verzekerd was. Daarnaast moet u alle incassokosten betalen.

6.3. U bent onrechtmatig ingeschreven

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet bij ons hebt afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht hebt, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze hebt gesloten. Wij verrekenen de premie die u hebt betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

6.4. Fraude

U maakt zich tegenover ons schuldig aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen zouden wij, als wij de waarheid hadden geweten, geen zorgverzekering hebben gesloten. Wij hebben het recht om zowel uw aanvullende zorgverzekering als uw zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet binnen twee maanden na ontdekking per direct te beëindigen. We hebben het recht om kosten van onderzoek op u te verhalen.

7. PREMIE

7.1. Kosten

Voor de zorgverzekering moet u (verzekeringnemer) aan ons de volgende kosten betalen:

- a. de premie;
 - b. eigen bijdragen die voortvloeien uit wettelijke regelingen of bepalingen;
 - c. het eigen risico dat wij u bij rechtstreekse betaling aan uw zorgverlener hebben voorgesloten.
- Onder kosten verstaan we niet incassokosten die wij moeten maken als u te laat of niet betaalt.

7.2. Premie tot 18 jaar

Voor een verzekerde bedraagt de premie € 0,- tot de eerste dag van de maand nadat hij 18 jaar is geworden.

7.3. Hoogte van de premie

De premie die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen is gelijk aan de premiegrondslag waarvan eventuele kortingen zijn afgetrokken:

- a. **Premiegrondslag**
Op uw polis staat de premiegrondslag (de brutopremie) per verzekerde per maand vermeld.
- b. **Korting bij vrijwillig eigen risico**
Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico krijgt u korting. Hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe hoger de korting. Deze korting is een vast bedrag dat van de premiegrondslag af gaat en staat op uw polis vermeld.
- c. **Collectiviteitskorting**
Als uw zich verzekert via een collectieve zorgverzekering dan ontvangt u collectiviteitskorting. Deze korting is een percentage (%) van de premiegrondslag en staat op uw polis vermeld.
- d. **Betaaltermijnkorting**
U kunt met ons afspreken of u uw premie per maand, per kwartaal, per half jaar of per jaar vooruit betaalt. Als u per maand betaalt, krijgt u geen korting.

Hoe langer de termijn is die u vooruitbetaalt, hoe hoger de korting wordt. Deze korting is een percentage (%) van de premiegrondslag en staat op uw polis vermeld.

In de premie kunnen behalve de premiegrondslag en kortingen, ook (administratieve) kosten zijn begrepen die wij extra bij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als u niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening. Hoe hoog dit bedrag is delen wij u vooraf mee.

Hoe hoog de premie is die u uiteindelijk moet betalen, vermelden wij op uw polis.

7.4. Kosten betalen

Bij het afsluiten van een zorgverzekering spreekt u (verzekeringnemer) met ons af of u de kosten per maand, kwartaal, halfjaar of jaar aan ons vooruitbetaalt.

7.5. Geen verrekening van premie en kosten

U (verzekeringnemer) mag de kosten die u aan ons moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die wij nog aan u moeten betalen.

Voorbeeld

U hebt bij ons voor een bedrag van € 750,- aan rekeningen ingediend. Drie dagen later moet u aan ons de premie van € 300,- overmaken. U moet deze € 300,- toch aan ons overmaken, ook al moeten wij nog € 750,- aan u betalen.

7.6. Te laat betalen

In artikel 6.2. staat wat er gebeurt als u (verzekeringnemer) de kosten niet op tijd aan ons betaalt. Bovendien betaalt u ons de wettelijke rente over de verschuldigde en opeisbare kosten. Daarnaast moet u aan ons de kosten die wij maakten om de bedragen bij u te innen helemaal betalen.

Vanaf het moment dat u een betalingsachterstand van zes maanden hebt, treedt een andere regeling in werking. U moet vanaf de zevende maand iedere maand een bestuursrechtelijke premie betalen in plaats van de premie die u aan ons moet betalen. Deze bestuursrechtelijke premie bedraagt 130% van de standaardpremie als bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) int deze bestuursrechtelijke premie totdat u alle verschuldigde bedragen hebt betaald.

7.7. Premie als uw zorgverzekering wijzigt

Als uw zorgverzekering in de loop van de maand wijzigt, mogen wij de hoogte van de premie opnieuw berekenen. Deze nieuwe premie gaat dan in op de dag waarop de wijziging ingaat. Als er een verzekerde overlijdt, betalen wij de premie vanaf de dag na het overlijden terug of wij verrekenen deze premie.

7.8. Premie als u ten onrechte niet verzekerd bent

U bent (nog) niet verzekerd maar moet zich op grond van de Zorgverzekeringswet wel verzekeren. Dit kan bijvoorbeeld zijn als wij uw aanvraag en/of de door ons opgevraagde gegevens of documenten niet op tijd binnen hebben. Wij moeten alle stukken hebben ontvangen binnen vier maanden nadat u verplicht bent zich te verzekeren of voordat uw eerdere zorgverzekering is beëindigd. Als de stukken te laat binnen zijn, gaat de zorgverzekering in op het moment dat wij uw verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering én eventuele gegevens en/of documenten hebben ontvangen.

Voor de periode dat u niet verzekerd bent, kunnen wij namens CVZ bij u een boete opleggen. De hoogte van deze boete bedraagt 130% van de verschuldigde premie over de periode dat u ten onrechte niet verzekerd was, met een maximum van vijf jaar.

8. VERANDERING VAN PREMIEGRONDSLAG

8.1. De premiegrondslag verandert

Wij kunnen de premiegrondslag veranderen. De hoogte van de premie verandert dan ook. Wij mogen deze verandering pas zes weken nadat we dit aan u (verzekeringnemer) hebben doorgegeven, in laten gaan.

8.2. Opzeggen bij verhoging van premiegrondslag

U (verzekeringnemer) mag de zorgverzekering opzeggen als wij de premiegrondslag verhogen. Wij moeten uw opzegging wel hebben ontvangen voordat de verhoging ingaat.

9. VERPLICHT EIGEN RISICO

9.1. Verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 165,- per jaar. Dit betekent dat u de eerste € 165,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed. Het verplicht eigen risico staat op de polis.

9.2. Kosten die niet meetellen

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 165,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:

- a. De kosten van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van onderzoek dat met de zorg van de huisarts te maken heeft, maar dat ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Deze zorg moet dan wel uitgevoerd worden door een persoon of instelling die een tarief mag vragen dat door de NZa is vastgesteld.
- b. De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die apart in de polis zijn opgenomen. Dit gaat dan bijvoorbeeld om IVF, ambulancevervoer, geneesmiddelen, hulpmiddelen en (laboratorium)onderzoek die niet door de huisarts is gedaan en in rekening is gebracht.
- c. De kosten van mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar zoals bedoeld in artikel 35. Het verplicht eigen risico geldt wel voor kaakchirurgische tandheelkundige zorg door een kaakchirurg, het daarbij behorende röntgenonderzoek, uitneembare volledige gebitsprothesen en bijzondere tandheelkunde.
- d. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving vallen:
 1. een bedrag voor de inschrijving als patiënt. Wij vergoeden maximaal het tarief dat hiervoor op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (rekening houdend met fiscale wetgeving) is vastgesteld;
 2. kosten die te maken hebben met:
 - a. de manier waarop de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk of de instelling wordt verleend;
 - b. de kenmerken van het patiëntenbestand;
 - c. de plaats van de praktijk of instelling.

Wij moeten hierover met de huisarts of instelling wel een overeenkomst hebben afgesloten. In deze overeenkomst moeten wij ook hebben afgesproken dat zij deze kosten bij uw inschrijving in rekening mogen brengen.

- e. De kosten van zorg en overige diensten kunnen geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, als:
1. u voor die zorg of diensten naar een zorgverlener bent geweest, die wij daarvoor hebben aangewezen, of
 2. u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten of overgewicht heeft gevolgd, dat wij hebben aangewezen.

Welke zorgverleners of gezondheid programma's dit zijn kunt u zien in de "Lijst met zorgverleners en programma's buiten het verplicht eigen risico", die bij deze verzekeringsvoorwaarden hoort. Wij kunnen deze lijst tussentijds aanpassen. Als we dit doen, laten we dit schriftelijk aan u weten. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

Voorbeeld

- a. *U maakt in een jaar voor € 400,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om kosten voor zorg door een medisch-specialist in het ziekenhuis. Deze kosten tellen mee voor het verplicht eigen risico. U hebt geen vrijwillig eigen risico. De eerste € 165,- van de kosten moet u zelf betalen. De overige kosten (€ 235,-) betalen wij.*
- b. *U maakt in een jaar voor € 110,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om € 80,- aan kosten voor een medisch-specialist in het ziekenhuis. Deze kosten tellen mee voor het verplicht eigen risico. Daarnaast gaat het om € 30,- aan kosten voor een consult bij de huisarts. Deze kosten tellen **niet** mee voor het verplicht eigen risico. U moet dan € 80,- zelf betalen. De € 30,- voor het huisartsenconsult worden door ons betaald en tellen niet mee voor uw verplicht eigen risico.*

9.3. Kosten voor eigen rekening

Kosten die u op grond van de verzekeringsvoorwaarden zelf moet betalen, tellen niet mee voor het door u te betalen verplicht eigen risico. De kosten worden dan dus niet afgetrokken van het bedrag dat u nog aan verplicht eigen risico hebt openstaan. Bijvoorbeeld als er in de verzekeringsvoorwaarden voor bepaalde zorg een eigen bijdrage geldt. Of als er een maximumvergoeding geldt en de kosten hoger zijn dan dit maximum. Het gaat om de kosten die wij niet aan u zouden vergoeden en die u dus toch al zelf zou moeten betalen.

Voorbeeld

U hebt in een jaar vier zittingen eerstelijnspsychologische zorg gehad van een instelling waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten. De kosten van deze zorg vallen onder het verplicht eigen risico. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden moet u hiervoor per zitting € 10,- zelf betalen. Het gaat om een rekening van € 300,- (€ 75,- per zitting). U zou van ons € 260,- vergoed krijgen (4 x € 75,- min 4 x € 10,-). Deze € 260,- wordt afgetrokken van het bedrag dat u nog aan verplicht eigen risico hebt openstaan. De € 40,- die wij niet aan u zouden vergoeden en u dus ook al zelf zou moeten betalen, worden niet afgetrokken van het bedrag dat u nog voor het verplicht eigen risico hebt openstaan.

9.4. DBC

De kosten van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) – behalve de eerstelijns DBC's - tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin de DBC is begonnen (opening van de DBC).

9.5. Als wij uw kosten rechtstreeks aan zorgverlener betalen

Kosten kunnen rechtstreeks aan de zorgverlener vergoed worden. Als u nog een (deel van het) verplicht eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen dit met u.

9.6. Als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt

Het verplicht eigen risico is € 165,- voor een heel jaar. Als uw zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt, berekenen wij de hoogte van het verplicht eigen risico voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep, als volgt. Wij tellen het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is meestal 365 dagen, behalve bij schrikkeljaren). De uitkomst hiervan vermenigvuldigen we met € 165,-. De uitkomst wordt afgerond op

hele euro's.

9.7. Als u 18 jaar wordt

Tot 18 jaar is het verplicht eigen risico € 0,-. Vanaf 18 jaar is dat € 165,- voor een heel jaar. Als de hoogte van uw verplicht eigen risico in de loop van het jaar verandert en u direct voor de wijziging al een zorgverzekering bij ons had, geldt niet het veranderde bedrag, maar een gemiddelde als verplicht eigen risico. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt dan als volgt berekend:

- Wij vermenigvuldigen het bedrag van het oude verplichte eigen risico met het aantal dagen van dat jaar dat dit verplicht eigen risico gold;
- Wij vermenigvuldigen het bedrag van het nieuwe verplichte eigen risico met het aantal dagen van dat jaar dat dit verplicht eigen risico gaat gelden;
- De bedragen die hieruit komen, tellen we bij elkaar;
- De uitkomst daarvan delen we door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is meestal 365 dagen, behalve bij schrikkeljaren);
- Dat bedrag ronden we af op hele euro's.

Voorbeeld

U hebt een zorgverzekering afgesloten voor u en uw zoon. Op 4 december wordt uw zoon 18 jaar. Voor 4 december had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 4 december een verplicht eigen risico van € 165,-. Dat jaar heeft 365 dagen. Het eigen risico voor uw zoon bedraagt dat jaar dan:

- $€ 0,- \times 337 \text{ dagen} = € 0,-$
- $€ 165,- \times 28 \text{ dagen} = € 4.620,-$
- $€ 0,- + € 4.620,- = € 4.620,-$
- $€ 4.620,- : 365 = € 12,66$
- $€ 12,66$ ronden we af. De uitkomst is dan € 13,-. Dit is dan het eigen risico voor dat jaar.

9.8. Eerst verplicht daarna vrijwillig eigen risico

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplichte eigen risico vol. Als dat is volgemaakt, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillige eigen risico (kijk hiervoor in artikel 10.). Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen vanaf dat moment daadwerkelijk vergoed van ons.

Voorbeeld

U hebt in een jaar voor € 300,- aan kosten gemaakt die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om kosten die allemaal meetellen voor het eigen risico en er zijn geen eigen bijdragen van toepassing. U hebt een verplicht eigen risico van € 165,- en u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 200,-.

De gemaakte kosten van € 300,- worden eerst afgetrokken van het verplicht eigen risico van € 165,-. Dit is daarmee afgelost. Vervolgens worden de overige kosten (€ 300,- min € 165,- = € 135,-) pas afgetrokken van het gekozen vrijwillig eigen risico. In dit geval is de berekening dan € 200,- min € 165,- = € 35,-. Wij vergoeden dan uiteindelijk dus niets aan u en u hebt nog een bedrag van € 35,- aan vrijwillig eigen risico openstaan.

10. VRIJWILLIG EIGEN RISICO

10.1. Lagere premie bij vrijwillig eigen risico

Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent, kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u (verzekeringnemer) betaalt. U krijgt de korting op de premiegrondslag. De artikelen 9.2. tot en met 9.7. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico nog andere voorwaarden die wij hierna vermelden.

10.2. Hoogte vrijwillige eigen risico

Elke verzekerde van 18 jaar en ouder kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per jaar. Wanneer niets anders is afgesproken, is het vrijwillig eigen risico € 0,-. Of u voor een vrijwillig eigen risico hebt gekozen en hoe hoog dat vrijwillig eigen risico is, kunt u zien op uw polis.

10.3. Als u 18 jaar wordt

Wij vragen u uiterlijk in de maand vóór de 18^e verjaardag voor welke hoogte van het vrijwillige eigen risico u wilt kiezen vanaf de 18^e verjaardag. Reageert u niet op tijd schriftelijk op deze vraag, dan berekenen wij de premie voor uw zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico.

10.4. Eerst verplicht daarna vrijwillig eigen risico

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplichte eigen risico vol. Als dat is volgemaakt, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillige eigen risico. Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen vanaf dat moment daadwerkelijk vergoed van ons.

Voorbeeld

U hebt in een jaar voor € 300,- aan kosten gemaakt die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om kosten die allemaal meetellen voor het eigen risico en er zijn geen eigen betalingen van toepassing. U hebt een verplicht eigen risico van € 165,- en u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 200,-.

De gemaakte kosten van € 300,- worden eerst afgetrokken van het verplicht eigen risico van € 165,-. Dit is daarmee afgelost. Vervolgens worden de overige kosten (€ 300,- min € 165,- = € 135,-) pas afgetrokken van het gekozen vrijwillig eigen risico. In dit geval is de berekening dan € 200,- min € 135,- = € 65,-. Wij vergoeden dan uiteindelijk dus niets aan u en u hebt nog een bedrag van € 65,- aan vrijwillig eigen risico openstaan.

11. UW ALGEMENE VERPLICHTINGEN

11.1. Verplichtingen die u niet nakomt

U hebt bepaalde algemene verplichtingen tegenover ons. Deze verplichtingen zijn genoemd in dit artikel. Als u onze belangen schaadt, doordat u deze verplichtingen niet nakomt, hebt u geen recht op vergoeding van zorg. Ook kunnen wij de vergoedingen die u eerder van ons voor zorg ontving, terugvorderen en hoeven wij de vergoeding die u nog moet ontvangen voor rekeningen die zijn ingediend, niet te verlenen.

11.2. Algemene verplichtingen

U bent verplicht:

- te kunnen bewijzen dat u bent wie u zegt te zijn als u zorg inroept bij een instelling voor medisch-specialistische zorg of bij een polikliniek. U kunt dit doen door u te legitimeren met een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt;
- ons, onze medisch adviseur of controleur te helpen bij het verkrijgen van alle gewenste informatie. We houden ons hierbij aan wat in de privacyregelgeving hierover is geregeld;
- ons binnen dertig dagen te melden dat u in hechtenis of de gevangenis zit. Dit omdat de dekking en premieplicht tijdens de duur van de hechtenis en gevangenschap tijdelijk opgeschort worden.

11.3. Rekeningen indienen

- Het kan voorkomen dat de zorgverlener de kosten niet rechtstreeks bij ons indient maar u een rekening stuurt. In dat geval moet u die originele rekening volgens de wetgeving binnen 36

maanden vanaf de datum waarop de zorg is verleend aan ons opsturen. Stuur u rekeningen later in, dan komen deze niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Wij adviseren u om de originele rekening niet te lang te laten liggen en al eerder, namelijk binnen twaalf maanden na afloop van het jaar waarin u de behandeling kreeg, aan ons op te sturen.

- b. De zorgverlener moet deze rekening specificeren zodat wij deze zonder navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden kunnen afhandelen.
- c. Voorschotrekeningen worden niet vergoed.
- d. Door u ingestuurde nota's, bijlagen en bescheiden geven wij u niet terug, ook niet als u slechts een deel vergoed hebt gekregen, verrekening met eigen risico heeft plaatsgevonden of zelfs als u niets vergoed hebt gekregen. U kunt bij ons wel een gewaarmerkt copie opvragen. Dit is een schermafdruck van uw gescande rekening met een stempel waaruit blijkt dat deze schermafdruck hetzelfde is als een originele rekening

11.4. Ander aansprakelijk stellen (verhaal halen)

a. **Behulpzaamheid bij aansprakelijkheid van andere partijen (derden)**

Er kunnen zich omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen voordoen, waardoor u direct of later zorg moet krijgen waarvan de kosten onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Als wij anderen voor deze kosten aansprakelijk kunnen stellen, moet u dit uiterlijk binnen veertien dagen aan ons melden. U bent verplicht ons behulpzaam te zijn als wij proberen deze kosten te verhalen.

b. **Geen afspraken met andere partijen (derden)**

U mag geen afspraken maken of overeenkomsten sluiten met andere (derden) – ook verzekeraars - die onze verhaalsmogelijkheden benadelen of kunnen benadelen. Dit mag wel als wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.

c. **Gevolgen**

Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u ons niet helpt verhaal te halen.

12. GEVEN VAN INFORMATIE

12.1. Geven van juiste informatie

U bent verplicht ons juiste informatie te geven. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, geeft u ons valse of misleidende stukken of doet u een onjuiste opgave, dan:

- a. hebt u geen enkele aanspraak meer op vergoeding van kosten;
- b. vorderen wij alle vergoedingen die u van ons voor zorg ontving terug tot de datum waarop u ons misleidde;
- c. hebben wij binnen twee maanden nadat wij ontdekten dat u ons misleidde, het recht de zorgverzekering per direct te beëindigen;
- d. doen wij hiervan een melding in het Fraude Informatie Systeem Holland (FISH);
- e. zullen wij gedurende een periode van vijf jaar een verzoek tot het sluiten van een nieuwe zorgverzekering weigeren.

Als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, geldt hetzelfde.

12.2. Doorgeven van belangrijke gebeurtenissen

U (verzekeringnemer) bent verplicht om gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren, binnen een maand aan ons door te geven. Het gaat om zaken zoals:

- a. verhuizing;
- b. geboorte;
- c. overlijden;
- d. echtscheiding.

Wij gaan er vanuit dat u deze zaken tijdig aan ons doorgeeft. Wij gaan er ook vanuit dat berichten die wij toesturen aan het laatste adres dat van u bij ons bekend is, bij u aankomen.

13. REGISTRATIE EN CONTROLE

13.1. Registratie van persoonsgegevens

De persoonsgegevens die u bij de aanvraag van de zorgverzekering of later aan ons geeft, nemen wij op in onze persoonsregistratie. Wij gebruiken deze gegevens alleen voor doelen die in de verzekeringsvoorwaarden of in geldende privacyregelgeving zijn genoemd en die we bij het College Bescherming Persoonsgegevens hebben gemeld.

13.2. Verwerking persoonsgegevens

De persoonsgegevens die wij in onze administratie opnemen, verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- a. het beoordelen en accepteren van verzekerden, het aangaan en uitvoeren van zorgverzekeringen en het afwickelen van het betalingsverkeer;
- b. het gebruik van persoonsgegevens voor statistisch en wetenschappelijk doel;
- c. het uitvoeren van (gerichte) marketingactiviteiten om een relatie tot stand te brengen, in stand te houden of uit te breiden. Wij gebruiken hierbij geen persoonsgegevens over uw gezondheid;
- d. het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de sector. Daaronder valt ook het bestrijden, voorkomen en opsporen van (pogingen tot) (strafbare) gedragingen gericht tegen de bedrijfstak waar wij deel van uitmaken, en het gebruik van en de deelname aan waarschuwingssystemen;
- e. het voldoen aan wettelijke verplichtingen.

13.3. Informatieverstrekking en registratie

Wij mogen vanaf het moment dat de zorgverzekering ingaat :

- a. aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen vragen of geven als wij dit nodig vinden om onze verplichtingen uit de zorgverzekering na te kunnen komen;
- b. aan derden (ook aan zorgverleners en leveranciers) inlichtingen geven als wij dit nodig vinden om de uitvoering van uw zorgverzekering doelmatiger te laten verlopen;
- c. met zorgverleners en leveranciers van goederen onderhandelen over de kosten en zonodig (en dan op onze kosten) tegen hen procederen;
- d. uw persoonlijke gegevens die wij nodig hebben voor de uitvoering van uw zorgverzekering(en) opnemen in onze administratie. Daaronder valt het Burger Service Nummer (BSN) dat wij moeten gebruiken bij het contact met zorgverleners;
- e. uw persoonlijke gegevens gebruiken, verstrekken aan derden of ermee procederen als dit noodzakelijk is om onze belangen te beschermen.

Wij houden ons bij deze informatieverstrekking en registratie aan de geldende privacyregelgeving.

Toelichting "Informatie geven aan derden ":

Als wij rechtstreeks rekeningen van zorgverleners ontvangen en aan hen betalen wordt uw zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgverlener die u behandelt heeft, weet hoe u bent verzekerd. Om die reden kunnen de zorgverleners bij ons uw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. De zorgverleners mogen deze gegevens alleen inzien als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners geen inzage kunnen hebben in uw adresgegevens, kunt u dit aan ons laten weten. Wij kunnen uw adresgegevens dan afschermen.

13.4. Materiële controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de afwikkeling van uw zorgverzekering en uw gegevens in onze administratie. Dit doen wij volgens de

Zorgverzekeringswet, het landelijk “Protocol materiële controle” en het landelijk “Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen”. De protocollen zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. U bent verplicht er uw medewerking aan te verlenen.

14. GESCHILLEN EN KLACHTEN

14.1. Nederlands recht

Op deze overeenkomst is het Nederlandse recht van toepassing.

14.2. Geschillen

a. Verzoek om heroverweging van een beslissing

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de zorgverzekering hebben genomen, kunt u ons vragen de beslissing opnieuw te bekijken (te heroverwegen). Daarvoor moet u een schriftelijk verzoek aan onze afdeling Juridische Zaken sturen.

b. Naar de rechter of de geschillencommissie

U kunt naar de bevoegde rechten stappen als wij niet binnen vier weken op dit verzoek om heroverweging reageren. U kunt dit ook als wij aangeven dat (en waarom) wij bij onze beslissing blijven.

U kunt het geschil ook voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Deze commissie brengt een advies uit. Dit advies is bindend. De commissie houdt zich bij het uitbrengen van het bindend advies aan het reglement dat op de commissie van toepassing is.

14.3. Klachten

a. Naar Raad van Bestuur

Als u een klacht hebt, die niet gaat over de uitvoering van uw zorgverzekering, dan kunt u dit ook aan ons laten weten. Maar doet u dat dan wel schriftelijk. De Raad van Bestuur beslist over uw klacht en wij stellen u van de uitkomst op de hoogte.

Gaat u niet akkoord met de beslissing van de Raad van Bestuur en zijn uw klachten niet weggenomen? U hebt dan de volgende mogelijkheden:

1. U kunt uw klacht voorleggen aan de bevoegde rechter;
2. U kunt uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

b. Naar Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Als u, zorgverleners of andere zorgverzekeraars onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vinden, kan een klacht daarover ingediend worden bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een uitspraak. Die uitspraak is bindend.

15. HOE IS UW RECHT OP ZORG EN VERGOEDING GEREGLD?

15.1. Algemeen

- a. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden onder andere mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, als die er niet is, door wat men in dat vakgebied beschouwt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting

Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken

hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.

- b. U hebt recht op vergoeding van een vorm van zorg of een dienst voor zover u daarop redelijkerwijs bent aangewezen.

Toelichting

Er moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de passende zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn.

- c. Bij de verzekerde zorg in deze voorwaarden staan de zorgverleners en zorginstellingen genoemd die de zorg mogen verlenen. Die behandelingen kunnen ook worden verricht door niet genoemde zorgverleners maar die handelen onder de verantwoordelijkheid van een zorgverlener die we wel hebben genoemd.

Voorbeeld

Bij voorbeeld een verpleegkundige die in een ziekenhuis onder verantwoordelijkheid werkt van een medisch specialist. Of een physician assistant die in een huisartsenpraktijk onder verantwoordelijkheid werkt van de huisarts. Dan vergoeden we die behandelingen ook.

Daarnaast kunnen er zorgverleners zijn die we niet hebben genoemd maar wel bevoegd zijn die behandelingen te verrichten; die vergoeden wij niet.

15.2. Bemiddeling

Naast vergoeding van zorg hebt u ook recht op bemiddeling naar zorg. Vraagt u in deze gevallen vooraf ons zorgadvies en een akkoordverklaring aan bij de afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice.

15.3. Acute zorg (spoed)

Gaat het om acute zorg die niet kan worden uitgesteld, dan gaan wij er vanuit dat u een akkoordverklaring hebt gekregen voor de zorg, ook al hebt u deze dan dus niet van tevoren bij ons aangevraagd. U moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze zorg. Bij acute zorg is geen verwijzing vereist.

15.4. Tarief

Wij vergoeden de zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden nadat we de rekening hebben ontvangen tot maximaal:

- het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of
- het in Nederland geldende marktconform bedrag als er geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat. Het "marktconform bedrag" is bij ons het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of in ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken en met wie wij een overeenkomst gesloten hebben. Zijn meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven. Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.

15.5. Zorgadvisering en akkoordverklaring

U hebt recht op zorgadvies van ons. Dan weet u of en voor hoever bepaalde zorg of zorgverleners onder de dekking vallen van uw zorgverzekering. Maar ook met welke zorgverleners wij zorgafspraken hebben gemaakt. U vraagt dat zorgadvies en de akkoordverklaring aan bij onze afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice. Als u ons zorgadvies opvolgt, krijgt u van ons de garantie dat zorg geheel of deels onder de dekking van uw zorgverzekering valt. Dat noemen wij akkoordverklaring. Bij de zorgvormen verderop in deze verzekeringsvoorwaarden staat, of daarvoor vrijwillige of verplichte zorgadvisering geldt:

- a. vrijwillige zorgadvisering en akkoordverklaring: wij raden u aan bij twijfel daarvan gebruik te maken. U bent daartoe niet verplicht. U behoudt recht op de zorg zoals die onder de dekking van uw zorgverzekering valt;
- b. verplichte zorgadvisering en akkoordverklaring: u bent verplicht daarvan gebruik te maken voordat u de zorg ondergaat.

In artikel 15.3 kunt u lezen hoe het zit met de zorgadvisering en akkoordverklaring bij acute zorg (spoed).

Toelichting

1. *De Zorgverzekeringswet en de verzekeringsvoorwaarden omschrijven op welke zorg u recht hebt, onder welke voorwaarden en bij welke zorgverleners. Meestal is duidelijk of de zorg die u krijgt, ook onder de dekking van uw zorgverzekering valt. En met zorgverleners hebben we afgesproken, welke zorg in uw zorgverzekering is gedekt en dat zij aan u melden als zorg buiten de dekking valt. In een aantal gevallen kan dan toch bij u de vraag nog opkomen of sprake is van zorg die wel of niet onder de dekking van uw zorgverzekering valt. Of over de hoogte van het te vergoeden tarief. Wij kunnen u helpen bij de uitleg van de wet en de verzekeringsvoorwaarden. En wij kunnen u advies geven over de zorg die u nodig hebt en bij welke zorgverlener u die het beste kunt krijgen. Deze zorgadvisering geeft u vooraf zekerheid over de dekking van uw zorg. Want als zorg gedekt is geven wij u een schriftelijke akkoordverklaring.*

2. *Bij bepaalde vormen van zorg weten wij uit ervaring dat bij verzekerden vaak onduidelijkheid bestaat over dekking. De kans is dan erg groot dat de verleende zorg of de ingeschakelde zorgverlener niet of niet helemaal onder de dekking van uw zorgverzekering valt. Daarom stellen we voor die zorg onze zorgadvisering en akkoordverklaring vooraf verplicht. U weet dan vooraf of en in hoever uw zorgverzekering dekking geeft voor die zorg of zorgverlener. Daarmee worden teleurstellingen achteraf voorkomen.*

Voorbeelden

1. *U hebt fysiotherapie nodig. Volgens uw zorgverzekering hebt u vanaf de 10e zitting recht op fysiotherapie als sprake is van een aandoening die op een lijst van VWS staat genoemd. Het is niet altijd zeker of u zelf kunt vaststellen, of sprake is van een van de genoemde aandoeningen. Wij helpen u daarbij als u gebruik maakt van onze zorgadvisering. Onze akkoordverklaring geeft u vervolgens de zekerheid over de dekking van uw polis.*

2. *U wilt een medisch specialist in het buitenland raadplegen. De tarieven die men daar mag gebruiken kunnen hoger liggen dan in Nederland. En met deze zorgverlener hebben wij geen afspraken gemaakt. De kans bestaat dat u voor de behandeling een hoger tarief berekend krijgt dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Het is dan verstandig ons vooraf hiervoor te raadplegen, zodat u weet wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse medisch specialist. Zie artikel 15.4.*

15.6. Doorlopende zaken bij verandering zorgverzekeraar

Als u uw zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar hebt beëindigd en u tijdens deze vorige zorgverzekering een akkoordverklaring, een verwijzing of een recept kreeg, blijft die akkoordverklaring, die verwijzing of dat recept geldig als u naar onze zorgverzekering overstapt. De akkoordverklaring, de verwijzing of het recept verloopt op de datum die daarin door de andere zorgverzekeraar is aangegeven.

15.7. Betaling van rekeningen

a. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener

U geeft ons toestemming om met zorgverleners en leveranciers afspraken te maken over de betaling van rekeningen. Wij kunnen onder andere afspreken dat zij alle of bepaalde rekeningen rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. Wij kunnen ook afspreken dat wij de rekeningen naar hen terugsturen zodat zij die zelf bij u innen. U bent verplicht hieraan mee te werken. Als wij van een zorgverlener of leverancier een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u dus geacht aan ons toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener of leverancier te betalen. Als wij de rekening aan de zorgverlener of leverancier betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden.

b. Teveel vergoed aan de zorgverlener

Vergoeden wij de zorgaanbieder meer dan wij volgens de zorgverzekering zouden moeten vergoeden, dan gaan wij er vanuit dat u aan ons een volmacht tot incasso hebt gegeven voor het bedrag dat wij teveel aan de zorgaanbieder hebben betaald.

Als u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden geen recht hebt op vergoeding of op een kleinere vergoeding dan het bedrag dat wij aan de zorgverlener of leverancier betaald hebben, bent u verplicht ons het verschil te betalen. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen als u een eigen bijdrage of eigen risico hebt of als een maximum vergoeding geldt. U betaalt dit verschil op de wijze waarop u de premie betaalt (bijvoorbeeld via automatische incasso of met een acceptgiro).

c. Verrekening

Als wij een rekening niet rechtstreeks aan de zorgverlener betalen maar aan u, dan mogen wij de bedragen die wij aan u moeten betalen, verrekenen met uw openstaande premie.

15.8. Mededelingen en toezeggingen

Mededelingen en toezeggingen die wij aan u doen, binden ons alleen als wij u die schriftelijk hebben bevestigd. Wij gaan er vanuit, dat berichtgevingen aan uw bij ons laatst bekende adres u hebben bereikt.

15.9. Vergoeding in Nederlandse muntsoort

Als u kosten maakt in het buitenland, vergoeden wij deze in het Nederlands wettige betaalmiddel. Wij maken gebruik van de verrekeningskoers die geldt op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden.

15.10. Omzetbelasting

Als u omzetbelasting in rekening wordt gebracht door een zorgverlener die wettelijk daartoe verplicht is, vergoeden wij ook deze omzetbelasting.

15.11. Originele nota's

Door u ingestuurde nota's, bijlagen en bescheiden geven wij u niet terug, ook niet als u slechts een deel vergoed hebt gekregen, verrekening met eigen risico heeft plaatsgevonden of zelfs als u niets vergoed hebt gekregen. U kunt bij ons wel een gewaarmerkt copie opvragen. Dit is een schermafdruck van uw gescande rekening met een stempel waaruit blijkt dat deze schermafdruck hetzelfde is als een originele rekening als vereiste om originele nota's in te dienen.

16. RECHT OP VERGOEDING VAN ANDERE ZORG

16.1. Andere zorg dan in voorwaarden omschreven

In de artikelen 18. tot en met 42. staat voor welke zorg u volgens deze zorgverzekering recht hebt op vergoeding. U kunt ook recht hebben op vergoeding van andere vormen van zorg. De voorwaarden hiervoor zijn:

- a. dat vaststaat dat deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt en;
- b. dat die vorm van zorg wettelijk niet is uitgesloten en;
- c. wij u van tevoren een akkoordverklaring hebben gegeven voor die vorm van zorg.

16.2. Opname in andere dan verzekerde klasse

Als u opgenomen wordt in een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) en daar terecht komt in een andere klasse dan de klasse waarvoor u verzekerd bent, vergoeden wij aan u het tarief van de laagste klasse.

16.3. Begin en einde van recht op vergoeding van zorg

U hebt alleen recht op vergoeding van zorg waarop u volgens de verzekeringsvoorwaarden recht hebt als u die zorg hebt gehad in de periode dat deze zorgverzekering loopt. Als een DBC gedeclareerd wordt, die begon voor de einddatum van uw zorgverzekering, dan gaan wij ervan uit dat de kosten daarvan zijn gemaakt tijdens de periode waarin uw zorgverzekering liep.

17. ALGEMENE UITSLUITINGEN

De volgende zorg en kosten vergoeden wij niet op basis van de zorgverzekering:

- a. de eigen bijdrage die u betaalt volgens de AWBZ en/of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- b. de eigen bijdrage die u betaalt voor bevolkingsonderzoek;
- c. attesten, vaccinaties en keuringen (bijvoorbeeld aanstellingskeuringen of keuringen voor uw rijbewijs of vliegbrevet). Wij vergoeden deze kosten wel als dit in de Regeling zorgverzekering zo is bepaald;
- d. de griep prik;
- e. alternatieve geneeswijzen;
- f. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte tijdens een reis;
- g. onderzoek tijdens de zwangerschap om te beoordelen of een ongeborn kind een aangeboren afwijking heeft (prenatale screening) vergoeden wij niet als u jonger bent dan 36 jaar en er geen medische reden is voor dit onderzoek. Het echoscopisch onderzoek in de vierde tot en met de zesde maand van de zwangerschap vergoeden wij wel;
- h. rekeningen voor afspraken die u niet bent nagekomen;
- i. schade die veroorzaakt of ontstaan is door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij, zoals aangegeven is in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
- j. als zorg nodig is als gevolg van één of meer terroristische handelingen geldt de volgende regel: als de totale schade die in een jaar gedeclareerd wordt bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, hebt u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit.

18. BUITENLAND

Voor vergoeding van behandeling in het buitenland is er verschil tussen:

- a. verzekerden die wonen in Nederland (artikel 18.1.);
- b. verzekerden die wonen of verblijven in een verdragsland (artikel 18.2.);
- c. verzekerden die wonen in een verdragsland en tijdelijk in Nederland of een ander Verdragsland verblijven (artikel 18.2.);
- d. verzekerden die wonen of verblijven in het buitenland, maar niet in een Verdragsland (artikel 18.3.).

18.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland.

18.2. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in dat land, ander Verdragsland of Nederland

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland of in Nederland en krijgt daar zorg dan hebt u naar keuze recht op:

- a. zorg volgens de wettelijke regeling die in dat land geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- b. vergoeding van verzekerde zorg door een bevoegde zorgaanbieder of bevoegde zorginstelling. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of instelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt in artikel 19. tot en met 42. per zorgvorm lezen wat wij dan vergoeden.

18.3. Wonen in buitenland, maar niet in Verdragsland

Woont of verblijft u buiten Nederland in een land dat geen Verdragsland is, dan hebt u recht op een vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling buiten Nederland. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of instelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt in artikel 19. tot en met 42. per zorgvorm lezen wat wij dan vergoeden.

18.4. Tarief en akkoordverklaring

Als u in een ander land dan uw woonland zorg inroept van een zorgverlener of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten dan kan het voor u vooraf niet altijd duidelijk zijn of u die zorg geheel, deels of misschien helemaal niet vergoed krijgt. Daarom raden wij u aan bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf onze zorgadvisering aan te vragen. Wij kunnen u dan vertellen:

- a. of sprake is van zorg die onder uw verzekering valt;
- b. of u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;
- c. en of u voor deze zorg bij zorgverleners terecht kunt met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

Als wij een akkoordverklaring geven, kan het misschien zelfs zo zijn dat wij meer vergoeden dan wij in artikel 15.4. in deze voorwaarden hebben vastgelegd.

18.5. Bevoegde zorgverlener

De zorg die u krijgt in het buitenland moet in ieder geval worden verleend door een zorgverlener of zorginstelling die in het betreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.

19. HUISARTSENZORG

19.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden huisartsenzorg. Het gaat hierbij om zorg die huisartsen plegen te bieden. Wij vergoeden ook gezondheidsadvisering en op het onderzoek dat te maken heeft met deze huisartsenzorg, bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek.

19.2 Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een huisarts of een zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk of huisartsendienstenstructuur verleent de zorg (zoals een praktijkondersteuner, gespecialiseerd verpleegkundige, nurse practitioner, physician assistant). De zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk of huisartsendienstenstructuur werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

Plaats

U krijgt de zorg op een huisartsenpraktijk of huisartsenpost, bij u thuis of op uw tijdelijke verblijfplaats. Onder uw tijdelijke verblijfplaats verstaan we in dit geval niet een instelling voor medisch-specialistische zorg. Consulten kunnen ook via internet plaatsvinden.

Toelichting

De gezondheidsadvisering kan ook plaatsvinden via de Gezondheidslijn Medic Info en het internetportaal. Via deze service ontvangt u rechtstreeks en gericht op uw specifieke situatie medische informatie over uw gezondheidsvragen.

19.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

20. MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. De specialistische geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij niet hier. Die beschrijven wij in artikel 41.

In dit artikel komt ook Mondzorg door een kaakchirurg voor. De andere voorwaarden die voor deze zorg gelden, staan in de artikelen 34., 35. en 36.

Binnen de medisch-specialistische zorg maken wij verschil tussen:

- a. Ziekenhuisopname (met verblijf/klinisch)(artikel 20.1.)
- b. Medisch-specialistische zorg zonder opname (zonder verblijf/niet-klinisch)(artikel 20.2.)
- c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard (artikel 20.3.)

In artikel 20.4. beschrijven wij welke medisch-specialistische zorg wij niet vergoeden.

20.1. Ziekenhuisopname

20.1.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefen therapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Bij de telling van de 365 dagen gelden de volgende regels:

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 365 dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op een vergoeding van de zorg voor 365 dagen;
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 365 dagen.

Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar artikel 20.4..

Voorbeelden

- a. *Als u bent opgenomen en deze opname wordt na honderd dagen voor twintig dagen onderbroken en vervolgens weer voortgezet, dan geldt het volgende:
Als u na de onderbreking van twintig dagen terugkeert, worden de opnamedagen vanaf die terugkeerdag verder geteld vanaf dag 101 tot en met maximaal dag 365.*
- b. *Als u bent opgenomen en deze opname wordt na honderd dagen voor veertig dagen onderbroken, vervolgens wordt uw opname voortgezet, geldt het volgende:
Als u na de onderbreking van veertig dagen terugkeert in de opname, worden de opnamedagen vanaf dan weer vanaf 1 geteld tot maximaal 365. Er wordt dus opnieuw begonnen met tellen tot maximaal dag 365.*
- c. *Als u bent opgenomen en u gaat tijdens deze opname na honderd dagen voor een weekendverlof van twee dagen naar huis en keert vervolgens weer terug in de opname, geldt het volgende:
De twee dagen weekendverlof tellen mee voor de telling van de 365 dagen. Als u na twee dagen terugkeert in de opname wordt verder geteld vanaf dag 103 tot maximaal 365. Er wordt dus gewoon doorgeteld.*

20.1.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch-specialisten plegen te bieden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als sprake is van medisch-specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose.

Voor andere medisch-specialistische zorg zijn zorgadvies en akkoordverklaring niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch-specialist, jeugdarts of bedrijfsarts. De tandarts verwijst als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Als het gaat om een zwangerschap en/of bevalling mag u ook door een verloskundige zijn verwezen.

Als het gaat om een second opinion dan is daarvoor een aparte verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg), een medisch-specialist of een kaakchirurg verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg).

20.1.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

20.2. Medisch-specialistische zorg zonder opname

20.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname.

Wij vergoeden de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar artikel 20.4..

Toelichting

Behandeling in een decompressietank wordt vergoed als er sprake is van een duikongeval in binnen- of buitenland. Het maakt daarbij niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, werknemer op een booreiland of visser bent. U moet samen met de rekeningen een medisch rapport kunnen overleggen van de instelling waar de decompressietank staat. Dit omdat er vaak geen toestemming vooraf gegeven kan worden voor de behandeling in de decompressietank door het spoedeisend karakter. Op basis van dit medisch rapport kan de medisch adviseur het spoedeisend karakter wel achteraf beoordelen. Het eventueel verhalen van de kosten bij een reisverzekeraar speelt hier niet: medische kosten komen altijd ten laste van de zorgverzekeraar.

20.2.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch-specialisten plegen te bieden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als sprake is van medisch-specialistische zorg die kaakchirurgische zorg omvat, bestaande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose.

Voor andere medisch-specialistische zorg zijn zorgadvies en akkoordverklaring niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

- U bent verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts of bedrijfsarts.
- De tandarts verwijst als het gaat om het plaatsen van tandheelkundige implantaten.
- Als het gaat om een zwangerschap en/of bevalling mag u ook door een verloskundige zijn verwezen.
- Als het gaat om een second opinion dan is daarvoor een aparte verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een medisch-specialist of kaakchirurg verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch-specialist. Gaat het om ziekenhuisverplaatste zorg, dan kan de zorg ook bij u thuis plaatsvinden.

20.2.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

20.3. Verpleging zonder opname

20.3.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de kosten van verpleging zonder opname en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.

20.3.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met

verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Verwijzing

U bent verwezen door een medisch specialist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een verpleegkundige onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Plaats

De zorg vindt in de thuissituatie plaats.

20.3.3. Uitsluiting

U hebt geen recht op verpleging die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg (pijnverzachtende zorg in de laatste periode voor het overlijden). Op deze zorg hebt u recht op grond van de AWBZ.

20.3.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

20.4. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

20.4.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als ze zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie);
- c. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
- d. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- e. de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemelte spleten;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Toelichting

Onder behandelingen van plastisch-chirurgische aard worden verstaan vorm- of aspectveranderende ingrepen van het uiterlijk. Hieronder kunnen ook behandelingen vallen die worden uitgevoerd door andere specialisten, zoals bijvoorbeeld een KNO-arts of dermatoloog.

Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is sprake als het gaat om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Voorbeelden zijn: onbehandelbare smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik of een doorgankelijkheidsprobleem van de neus bij een neus die scheef staat.

Van een verminking is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Voorbeelden hiervan zijn: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten.

Bij verlamde of verslachte bovenoogleden als gevolg van ouderdom hebt u geen recht op vergoeding van een plastisch chirurgische behandeling om de bovenoogleden te corrigeren.

20.4.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch-specialisten plegen te bieden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben, als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze landelijke lijst staat op onze internetsite en kunt u ook bij ons opvragen. Bij de aanvraag moet een omschrijving van de gevraagde behandeling zitten. Deze moet de behandelend specialist opgesteld en gemotiveerd hebben.

Verwijzing

- U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch-specialist, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om een second opinion is een aparte verwijzing door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde nodig.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een medisch-specialist verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch-specialist.

20.4.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

20.5. Uitsluitingen

De volgende zorg vergoeden wij niet:

- a. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie. Ook de geneesmiddelen die daarbij horen, vergoeden wij niet meer na deze derde poging per zwangerschap die u wilt laten ontstaan;
- b. behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden als geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- c. liposuctie van de buik;
- d. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd.
- e. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is.
- f. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- g. sterilisatiebehandelingen;
- h. behandelingen om sterilisatie terug te draaien;
- i. een besnijdenis (circumcisie);

21. ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMZORG

Bij verloskundige zorg en kraamzorg maken wij verschil tussen:

- bevalling (verloskundige zorg) en/of kraamzorg met medische noodzaak in een instelling voor medisch-specialistische zorg (artikel 21.1.);
- bevalling (verloskundige zorg) en/of kraamzorg zonder medische noodzaak in een instelling voor medisch-specialistische zorg of in een kraamhotel (artikel 21.2.);
- kraamzorg in een kraamhotel of kraamzorg bij u thuis nadat u bevallen bent in een instelling voor medisch-specialistische zorg (artikel 21.3.);
- bevalling (verloskundige zorg) en kraamzorg bij u thuis (artikel 21.4.).
- prenatale screening (artikel 21.5.).

De verloskundige zorg kan worden verleend in combinatie met zorg uit een kraamhotel.

21.1. Verloskundige zorg/kraamzorg met medische noodzaak in instelling voor medisch-specialistische zorg

21.1.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

U hebt recht op vergoeding van kosten van de medisch-specialistische zorg, het verblijf, de verzorging en de verpleging in een instelling voor medisch-specialistische zorg. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

21.1.2. Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat om zorg die verloskundigen, kraamverzorgenden en medisch-specialisten plegen te bieden.
- Het verblijf in de instelling voor medisch-specialistische zorg is volgens de verloskundige, huisarts of medisch-specialist medisch noodzakelijk voor moeder en/of kind. Ook als dat verblijf voor de moeder medisch noodzakelijk is, bestaat voor haar kind, met ingang van de dag van bevalling aanspraak op medisch-specialistische zorg al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in de instelling voor medisch specialistische zorg.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet voor de twintigste week of in vierde maand van uw zwangerschap contact op te nemen met ons, zodat wij kraamzorg voor u kunnen regelen.

Verwijzing

U bent voor deze zorg verwezen.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

De medisch-specialistische zorg wordt verleend door een medisch-specialist of verloskundige.

Plaats

De verloskundige zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg

21.1.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

21.2. Verloskundige zorg/kraamzorg zonder medische noodzaak in instelling

voor medisch-specialistische zorg of geboortekliniek

21.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

U hebt recht op vergoeding van kosten van verloskundige zorg en kraamzorg voor moeder en kind in een instelling voor medisch-specialistische zorg of geboortekliniek. U hebt recht op deze zorg vanaf de dag van de bevalling. In artikel 21.2.3. geven wij aan wat u voor deze zorg zelf moet betalen. In artikel 21.4.3. staat wat u voor de kraamzorg in een geboortekliniek zelf moet betalen. U moet deze kraamzorg in de geboortekliniek beschouwen als vervanging van kraamzorg bij u thuis.

Het kraamcentrum, dat na uw ontslag uit de instelling voor medisch-specialistische zorg of de geboortekliniek, uw kraamzorg mogelijk verder verleent, berekent aan de hand van het aantal opnamedagen / verblijfdagen het aantal resterende uren / dagen dat u nog recht hebt op kraamzorg thuis. Deze berekening vindt plaats volgens landelijke indicatie-afspraken. Deze afspraken staan in het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze internetsite.

Bevalt u zonder medisch noodzaak poliklinisch in een instelling voor medisch specialistische zorg of in een geboortekliniek? Dan hebt u recht op verloskundige zorg zonder kraamzorg. In artikel 21.2.3. geven wij aan wat u voor deze zorg zelf moet betalen.

21.2.2. Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat om zorg die verloskundigen en kraamverzorgenden plegen te bieden.
- U hebt recht op een echoscopie voor zover er geen sprake is van een medische indicatie.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een verloskundige, een verloskundig actieve huisarts of een medisch-specialist verleent de verloskundige zorg. Een instelling die door de wet erkend is, verleent de kraamzorg.

Plaats

De verloskundige zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg (verloskamer) of in een kraaminrichting (kraamhotel of thuis).

21.2.3. Uitsluitingen

U moet voor moeder en kind/kinderen een bedrag van € 15,50 per persoon per dag zelf betalen (eigen bijdrage) voor poliklinische bevalling of kraamzorg zonder medische noodzaak. Als er meer dan € 110,50 per persoon per dag wordt gevraagd door de instelling, moet u het bedrag boven de € 110,50 ook zelf betalen.

Voorbeeld

A. Er wordt € 110,50 per persoon per dag gevraagd door de instelling. Wij hebben met de instelling het volgende afgesproken:

1. Wij vergoeden dit bedrag helemaal aan de instelling;
2. Wij brengen bij u de eigen bijdrage van € 15,50 per dag voor moeder en € 15,50 per dag voor het kind in rekening.

B. Er wordt € 120,- per persoon per dag gevraagd door de instelling. We hebben met de instelling het volgende afgesproken:

1. Wij vergoeden dit bedrag helemaal aan de instelling;

2. *Wij brengen bij u de eigen bijdrage van € 15,50 per dag voor moeder en € 15,50 per dag voor het kind in rekening.*
 3. *Wij brengen bij u ook het bedrag boven de € 110,50 per persoon per dag in rekening. In dit geval is dat € 120,- minus € 110,50 = € 9,50 per persoon per dag. U moet dit dus ook zelf betalen, ook al moet u de vaste eigen bijdrage al betalen.*
- C. *U bevalt in het ziekenhuis zonder medische noodzaak, zonder opname. Wij vergoeden voor moeder en kind dus 2 keer € 110,50 per dag is € 221,- per dag voor deze bevalling maar we trekken daar voor beiden € 15,50 aan eigen bijdragen vanaf; dat is € 31,-. U krijgt dus € 221,- -/- € 31,- = € 190,- per dag van ons.*

21.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

21.3. Kraamzorg in kraamhotel of thuis, na bevalling in een instelling voor medisch-specialistische zorg

21.3.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

21.3.1.1. Kraamzorg in kraamhotel

U hebt recht op vergoeding van kosten van kraamzorg voor moeder en kind in een kraamhotel. In artikel 21.3.3 geven wij aan wat u voor deze zorg zelf moet betalen. U moet deze kraamzorg in het kraamhotel beschouwen als vervanging van kraamzorg thuis. Het aantal dagen waar u recht op hebt, hangt af van het oordeel van de verloskundige of de medisch-specialist. Zij overleggen hierover met het kraambureau of het kraamhotel. Dit vindt plaats volgens landelijke indicatie-afspraken. Deze afspraken staan in het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze internetsite.

21.3.1.2. Kraamzorg thuis

U hebt recht op vergoeding van kraamzorg voor moeder en kind thuis nadat u bevallen bent in een instelling voor medisch-specialistische zorg of geboortekliniek. U hebt recht op acht dagen, gerekend vanaf de dag van de bevalling. Om medische redenen kunnen hieraan nog twee extra dagen toegevoegd worden. De verloskundige of de medisch-specialist stelt in overleg met het kraambureau of het kraamhotel het aantal uren kraamzorg vast dat wij u voor die dagen vergoeden. Dit vindt plaats volgens landelijke indicatie-afspraken. Deze afspraken staan in het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze internetsite.

Hebt u na de bevalling één of meerdere dagen in de instelling voor medisch-specialistische zorg doorgebracht, dan trekken we die dagen van de kraamzorg af waarop u recht hebt.

21.3.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die kraamverzorgenden plegen te bieden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet voor de twintigste week of in vierde maand van uw zwangerschap contact opnemen met ons, zodat wij kraamzorg voor u kunnen regelen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een kraamverzorgende in dienst van een kraamcentrum die daarvoor alle diploma's heeft en die werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol of een zelfstandig gediplomeerd kraamverzorgende die werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol.

Plaats

U krijgt de kraamzorg bij u thuis, op uw (tijdelijke) verblijfplaats of in het kraamhotel.

Met uw 'tijdelijke verblijfplaats' bedoelen wij niet een instelling voor medisch-specialistische zorg.

21.3.3. Uitsluitingen

Voor kraamzorg thuis of de kraamzorg in het kraamhotel geldt een eigen bijdrage van € 3,90 per uur.

21.3.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

21.4. Bevalling en kraamzorg thuis

21.4.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Als u thuis bevalt, hebt u recht op:

- de verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- de inschrijving, intake en de assistentie bij de bevalling (partusassistentie) gegeven op basis van het 'Inhoudelijk Kader Partusassistentie' tot maximaal het aantal uren zoals door de verloskundige volgens het "Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg" is vastgesteld. U kunt dit kader en dit indicatieprotocol bij ons opvragen of vinden op onze internetsite;
- acht dagen kraamzorg, gerekend vanaf de dag van de bevalling. Om medische redenen kunnen hieraan nog twee extra dagen toegevoegd worden. Het aantal uren kraamzorg dat u krijgt, is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind. De verloskundige, de huisarts of de medisch-specialist stelt dit aantal uren in overleg met het kraambureau of kraamcentrum vast. Dit vindt plaats volgens landelijke indicatie-afspraken. Deze afspraken staan in het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze internetsite.

21.4.2. Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat om zorg die verloskundigen en kraamverzorgenden plegen te bieden.
- Naast de zorg in artikel 21.5 hebt u recht op één echoscopie voor zover er geen sprake is van een medische indicatie.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet voor de twintigste week of in vierde maand van uw zwangerschap contact opnemen met ons, zodat wij kraamzorg voor u kunnen regelen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

- Een verloskundige of verloskundig actieve huisarts verleent de verloskundige zorg.
- Een kraamverzorgende in dienst van een kraamcentrum die daarvoor alle diploma's heeft en die werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol.
- Een zelfstandig gediplomeerd kraamverzorgende die werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol.

Plaats

U krijgt de kraamzorg bij u thuis, op uw (tijdelijke) verblijfplaats of in het kraamhotel. Met uw 'tijdelijke verblijfplaats' bedoelen wij niet een instelling voor medisch-specialistische zorg.

21.4.3. Uitsluitingen

Voor kraamzorg thuis geldt een eigen bijdrage van € 3,90 per uur.

21.4.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

21.5. Prenatale screening

21.5.1. Zorg waar u recht op hebt

U hebt recht op prenatale screening. Deze screening omvat:

- a. 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 om het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) en om de combinatietest;
- b. voor alle zwangeren het structurele echoscopische onderzoek (SEO) in het tweede trimester van de zwangerschap;
- c. voor alle zwangere vrouwen van 36 jaar en ouder de combinatietest (nekplooiemeting en serumtest);
- d. voor zwangere vrouwen jonger dan 36 jaar de combinatietest als er een medische indicatie bestaat.

21.5.2. Voorwaarden

Algemeen

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

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Een verwijzing is nodig als een medisch-specialist de zorg verleent.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

- De prenatale screening wordt uitgevoerd door een medisch-specialist, huisarts of (fysiologische) verloskundige.
- Een gynaecoloog of een bevoegde verloskundige voeren een nekplooiemeting (onderdeel van de combinatietest) uit.
- Als het gaat om het maken van een echoscopie in de vierde tot en met zesde maand van de zwangerschap of een serumbepaling (onderdeel van een combinatietest) tijdens de zwangerschap en er is geen medische reden (indicatie) voor de zorg, dan kan de zorg ook worden verleend door een huisartsenlaboratorium.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg, in de huispraktijk van de medisch-specialist of verloskundige of in een echocentrum / prenataal screeningcentrum.

21.5.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal 75 procent van het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.5. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

22. REVALIDATIE

22.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

U hebt recht op vergoeding van revalidatie in de volgende vormen:

- Verblijf: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;
- Deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder verblijf.

22.2. Voorwaarden

Algemeen

U hebt revalidatie nodig om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen.

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.

Deze revalidatie is hiervoor voor u de beste methode.

Door de revalidatie kunt u een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot uw beperkingen mogelijk is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts of medisch-specialist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een team van verschillende soorten deskundigen (multi-disciplinair team) voert de zorg uit onder leiding van een medisch-specialist of revalidatie-arts.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor revalidatie.

22.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

23. ORGAANTRANSPLANTATIE

23.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

23.1.1. Vergoeding voor u als verzekerde (ontvanger van orgaan)

Wij vergoeden de transplantatie van weefsels en organen

.

Wij vergoeden de specialistisch geneeskundige zorg die te maken heeft met de selectie van de donor

(degene die een orgaan/weefsel aan u afstaat) en die te maken heeft met het operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de donor.

Wij vergoeden ook het onderzoek, de verwijdering, het bewaren en het vervoer van het transplantatiemateriaal na het overlijden in verband met de transplantatie.

23.1.2. Vergoeding voor donor

Wij vergoeden voor de donor de zorg die te maken heeft met de opname van deze donor voor de selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal. Wij vergoeden deze zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden en tot maximaal 13 weken na het einde van deze opname. Voor leverdonoren geldt een andere termijn, namelijk maximaal 6 maanden. De zorg waarop de donor aanspraak kan maken, komt voor rekening van de verzekering van u als ontvanger van de getransplanteerde of te transplanteren organen.

Wij vergoeden het vervoer binnen Nederland dat de donor nodig heeft in verband met:

- de selectie, de opname en het ontslag uit een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg);
- de zorg tot 13 weken, of bij leverdonoren tot 6 maanden, na het einde van de opname die hiermee te maken heeft.

Wij vergoeden dit vervoer op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer. Als het medisch noodzakelijk is, vergoeden wij in plaats van openbaar vervoer ook het vervoer met de eigen auto of een taxi.

Woont de donor in het buitenland, dan vergoeden wij het vervoer van en naar Nederland als het gaat om een transplantatie van een nier, lever of beenmerg bij een verzekerde in Nederland. Ook de kosten die de donor heeft en die te maken hebben met de transplantatie vergoeden wij als deze kosten te maken hebben met het feit dat de donor in het buitenland woont.

Toelichting

“kosten die te maken hebben met de transplantatie en met het feit dat de donor in het buitenland woont”

Wij bedoelen hiermee kosten die te maken hebben met het feit dat de screening en de selectie van donoren in het buitenland plaatsvindt. Het gaat dan bijvoorbeeld om reiskosten in het buitenland naar een instelling waar de screening plaatsvindt en de selectie- en transportkosten van bloedmonsters. De verblijfskosten en eventueel gemiste inkomsten van de in het buitenland wonende donor vallen hier niet onder.

23.2. Voorwaarden

U en de donor hebben recht op vergoeding in verband met transplantatie als u (verzekerde) voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

1. De transplantatie vindt plaats op basis van een indicatie die voor die vorm van transplantatie is aanvaard volgens de algemeen geldende medische opvattingen.
2. De transplantatie van weefsels en organen is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat als de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of medisch-specialist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

De zorgverlener moet voldoen aan de wettelijk gestelde minimum eisen voor weefsel- en orgaantransplantatie.

De zorgverlener moet ook verbonden zijn aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum.

Plaats

De zorg vindt plaats in een wettelijk erkend transplantatiecentrum.

23.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- a. de verblijfskosten in Nederland van een in het buitenland wonende donor;
- b. eventueel misgelopen inkomsten van een donor.

23.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

24. DIALYSE ZONDER OPNAME

24.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de:

- bloedzuivering in verband met nierproblemen (hemodialyse) en buikspoeling (peritoneaaldialyse) zonder opname;
- medisch-specialistische zorg die hiermee te maken heeft en bestaat uit:
 - onderzoek, behandeling en verpleging, die met de dialyse gepaard gaat;
 - de voor de behandeling benodigde geneesmiddelen;
 - de psychosociale begeleiding van u.

Vindt de dialyse bij u thuis plaats, dan hebt u daarnaast ook recht op:

- vergoeding van het opleiden door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- bruikleen, vergoeding van regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen) van de dialyse-apparatuur met toebehoren;
- vergoeding van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor het uitvoeren van de dialyse;
- vergoeding voor de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- vergoeding van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
- vergoeding van psychosociale begeleiding van de personen die bij het uitvoeren van de dialyse thuis helpen;
- overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse.

24.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Verwijzing

U bent verwezen door een medisch-specialist die deskundig is op het gebied van dialyseren.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

De zorg wordt uitgevoerd door of onder eindverantwoordelijkheid van een medisch-specialist die deskundig is op het gebied van dialyseren.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor nierdialyse, op het praktijkadres van de internist die is gespecialiseerd in nierziekten (nefroloog) of bij u thuis.

24.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

25. MECHANISCHE BEADEMING

25.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

25.1.1. Beademing in beademingscentrum

Als de beademing plaatsvindt in een beademingscentrum vergoeden wij:

- de noodzakelijke mechanische beademing;
- de medisch-specialistische zorg in een beademingscentrum die hiermee te maken heeft.

25.1.2. Beademing bij u thuis

Als de beademing onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij u thuis plaatsvindt vergoeden wij:

- het door het beademingscentrum verzorgen van de apparatuur die nodig is, zodat u deze bij elke behandeling direct kunt gebruiken;
- de medisch-specialistische zorg en geneesmiddelen die met de mechanische beademing te maken hebben.

25.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een medisch-specialist

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door of onder eindverantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Plaats

De zorg vindt plaats in een beademingscentrum of bij u thuis.

25.3. Uitsluitingen

De verpleging in verband met beademing bij u thuis, die noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg zoals omschreven in artikel 25.1.2. vergoeden wij niet. Op deze zorg hebt u recht op grond van de AWBZ.

25.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

26. ONDERZOEK NAAR KANKER BIJ KINDEREN

26.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de centrale (referentie-)diagnostiek (het vaststellen van de medische oorzaak van het probleem), de coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

26.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener/leverancier

Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion) verleent de zorg.

Plaats

Niet vereist.

26.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

27. TROMBOSEDIENST

27.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de volgende zorg door de trombosedienst:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters bij u;
- de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken om de stollingstijd van uw bloed te bepalen. Deze onderzoeken worden verricht door of onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst;
- het geven van de apparatuur met toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten. De trombosedienst geeft deze apparatuur aan u;
- de opleiding waarin u leert omgaan met de apparatuur waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten en de begeleiding die u krijgt bij het verrichten van deze metingen;
- het advies door de trombosedienst over de toepassing van geneesmiddelen waarmee u de bloedstolling kunt beïnvloeden.

27.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, een specialist ouderengeneeskunde, uw behandelend medisch-specialist of een trombose-arts die verbonden is aan een erkende trombosedienst.

Zorgverlener/leverancier

Een erkende en bevoegde trombosedienst verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats bij een erkende trombosedienst, op de praktijklocatie van de behandelend zorgverlener of bij u thuis.

27.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

28. ERFELIJKHEIDSONDERZOEK EN -ADVISING

28.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de centrale (referentie-)diagnostiek(het vaststellen van de medische oorzaak van het probleem), coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten. De zorg omvat:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- de erfelijkheidsadvising;
- de psychosociale begeleiding die met de zorg te maken heeft;
- onderzoek bij andere personen dan bij u als dit voor het advies aan u noodzakelijk is. Deze personen kunnen vervolgens ook advies krijgen.

28.2. Voorwaarden**Zorgadvies en akkoordverklaring**

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

U bent verwezen door een arts of medisch-specialist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een klinisch geneticus die voldoet aan de wettelijk gestelde minimeisen en die is verbonden aan een wettelijk erkend en bevoegd Klinisch Genetisch Centrum verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een wettelijk erkend en bevoegd Klinisch Genetisch Centrum.

28.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

29. AUDIOLOGISCHE ZORG

Audiologische zorg is de zorg die te maken heeft met problemen met horen/de gehoorfunctie.

29.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- a. het onderzoek naar de gehoorfunctie;
- b. de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;

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

29.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, medisch-specialist of bedrijfsarts.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- een instelling voor medisch-specialistische zorg of een audiologisch centrum dat is erkend door de bevoegde overheidsinstantie;
- een zorgverlener die voldoet aan de wettelijk gestelde minimumeisen voor deze zorg en die ook verbonden is aan een instelling voor medisch-specialistische zorg of een audiologisch centrum.

Plaats

De zorg vindt plaats in de wettelijk erkende en bevoegde instelling voor medisch-specialistische zorg of het audiologisch centrum.

29.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

30. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE

Hiermee worden bedoeld fysiotherapie en oefentherapie zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Hieronder vallen ook bijvoorbeeld therapieën aangeboden door manueel therapeut, bekkentherapeut, kinderoefentherapeut en oedeemtherapeut.

30.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

30.1.1. Als u 18 jaar of ouder bent

Als u 18 jaar en ouder bent, vergoeden wij fysiotherapie of oefentherapie als u beperkingen hebt als gevolg van een aandoening die staat op de "Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie". In deze lijst staat ook dat u bij een aantal aandoeningen een bepaalde maximumperiode recht hebt op vergoeding van fysiotherapie of oefentherapie. U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze internetsite en kunt deze ook bij ons opvragen.

Wij vergoeden per aandoening genoemd op de lijst de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefentherapie vanaf de tiende behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, vergoeden we de behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

30.1.2. Als u jonger dan 18 jaar bent

- a. Als u jonger dan 18 jaar bent, vergoeden wij fysiotherapie of oefentherapie als u beperkingen hebt als gevolg van een aandoening die op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie” staat. In deze lijst staat ook aangegeven dat u bij een aantal aandoeningen voor een bepaalde maximumperiode recht hebt op vergoeding van fysiotherapie of oefentherapie. U vindt deze lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) op onze internetsite en kunt deze ook bij ons opvragen.

Wij vergoeden de noodzakelijke behandelingen fysiotherapie en oefentherapie vanaf de eerste behandeling. Als u wordt behandeld voor een aandoening waarvoor een maximale termijn in de lijst staat, vergoeden we de behandelingen tot uiterlijk het einde van deze termijn.

- b. Als u jonger dan 18 jaar bent, vergoeden wij ook fysiotherapie en oefentherapie als u beperkingen hebt als gevolg van een aandoening die niet op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie” staat. Wij vergoeden per aandoening negen behandelingen per jaar. Als u na deze negen behandelingen nog last hebt van de aandoening, vergoeden wij maximaal negen extra behandelingen voor die aandoening; het totaal komt dan dus op 18 behandelingen.

30.2. Voorwaarden

Deze voorwaarden gelden voor verzekerden van alle leeftijden:

Algemeen

Het gaat om zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U hoeft geen voorafgaande akkoordverklaring aan ons te vragen als u naar een behandelaar fysiotherapeut of oefentherapeut gaat waarmee wij een overeenkomst hebben. De therapeut beoordeelt namens ons of u recht hebt op vergoeding doordat uw aandoening voorkomt op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie”. Als u eraan twijfelt of uw aandoening op deze lijst voorkomt, raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Een verwijzing is vereist als het gaat om een aandoening die op de lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) staat.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

- een fysiotherapeut verleent de fysiotherapie;
- een manueel therapeut verleent de manuele therapie;
- een bekkentherapeut verleent de bekkentherapie;
- een kinderfysiotherapeut verleent de kinderfysiotherapie;
- een geriatrische fysiotherapeut verleent de geriatrische fysiotherapie;
- een oedeem- of huidtherapeut verleent de oedeemtherapie;
- een oefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de oefentherapie;
- een kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck verleent de kinderoefentherapie.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener of op de afdeling fysiotherapie in een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstelling of ziekenhuis waar ze zorg leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is om een behandeling bij u thuis te laten plaatsvinden, is dit mogelijk.

30.3. Uitsluitingen

30.3.1. Als u 18 jaar of ouder bent

Wij vergoeden fysiotherapie of oefentherapie niet voor aandoeningen die niet op de “Lijst met

aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie” staan.

Wij vergoeden fysiotherapie of oefentherapie niet als er in de lijst bij uw aandoening een bepaalde maximumtermijn staat aangegeven en deze termijn voorbij is.

De eerste negen behandelingen fysiotherapie of oefentherapie per aandoening van de lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) voor verzekeren van 18 jaar en ouder vergoeden wij niet.

Voorbeeld

U hebt last van bekkeninstabiliteit na een zwangerschap. Dit heet “postpartum bekkeninstabiliteit”. Dit is een aandoening die op de lijst staat. In deze lijst staat ook dat wij bij deze aandoening maximaal drie maanden fysiotherapie of oefentherapie vergoeden.

De eerste negen behandelingen in deze drie maanden moet u zelf betalen. Op de volgende behandelingen hebt u recht tot de periode van drie maanden voorbij is. Als u voor uw aandoening vier maanden behandeld wordt, hebt u op grond van uw zorgverzekering geen recht meer op de behandelingen in de vierde maand. Als u een aanvullende verzekering hebt afgesloten, kunnen de behandelingen in de vierde maand daaruit vergoed worden, als uw aanvullende verzekering een dekking heeft voor fysiotherapie en u voldoet aan de voorwaarden.

30.3.2. Als u jonger dan 18 jaar bent

Wij vergoeden fysiotherapie of oefentherapie bij een aandoening die op de “Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie” staat niet als er in de lijst hiervoor een maximale termijn staat en deze termijn voorbij is.

Wij vergoeden fysiotherapie of oefentherapie bij een aandoening die niet op de lijst staat niet na het totaal van 18 behandelingen.

30.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

31. ERGOTHERAPIE

31.1. Kosten van zorg die wij vergoeden:

U hebt voor maximaal tien behandeluren per jaar recht op vergoeding van de advisering, instructie, training of behandeling zoals door een ergotherapeut normaal gesproken wordt verleend .

31.2. Voorwaarden

Algemeen

- De behandeling heeft als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.
- Het gaat om zorg die ergotherapeuten plegen te bieden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts of medisch-specialist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een ergotherapeut verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend ergotherapeut of op de afdeling ergotherapie in een instelling als bedoeld in de Wet toelating zorginstelling of ziekenhuis waar ze zorg leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is om een behandeling bij u thuis te laten plaatsvinden, is dit mogelijk.

31.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

32. LOGOPEDIE

32.1. Kosten van zorg die wij vergoeden:

Wij vergoeden de behandeling door een logopedist.

32.2. Voorwaarden

Algemeen

- De behandeling heeft een geneeskundig doel. Verwacht wordt dat de behandeling een verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen als gevolg heeft.
- Het gaat om zorg die logopedisten plegen te bieden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch-specialist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een logopedist verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend logopedist, bij u thuis of op de afdeling logopedie van een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze logopedie leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname.

32.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden de behandeling met een onderwijskundig doel niet. Ook behandelingen van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid vergoeden wij niet. Voor de voorwaarden die gelden voor dyslexiezorg kunt u in artikel 42. kijken.

32.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

33. DIEETADVISING

33.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de voorlichting en advisering op het gebied van voeding en eetgewoonten voor maximaal vier behandelingen per jaar.

33.2. Voorwaarden

Algemeen

- Er moet een medische noodzaak zijn voor de dieetadvisering.
- Het gaat om zorg die diëtisten plegen te bieden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts of medisch-specialist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend diëtist, bij u thuis of op de afdeling dieetadvisering van een instelling, ziekenhuis of verpleeghuis waar ze dieetadvisering leveren aan patiënten zonder dat sprake is van een opname. Als het medisch noodzakelijk is om een behandeling bij u thuis te laten plaatsvinden, is dit mogelijk.

33.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

34. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN

Wij hebben 3 artikelen over de vergoeding van mondzorg:

- In artikel 34. leest u over mondzorg die wij aan u op elke leeftijd vergoeden.
- In artikel 35. leest u over mondzorg die wij alleen vergoeden als u jonger dan 22 jaar bent.
- In artikel 36. leest u over mondzorg die wij alleen vergoeden als u 22 jaar of ouder bent.

Het kan dus zo zijn dat u niet alleen in dit artikel 34., maar ook in de artikelen 35. en/of 36. moet kijken.

34.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

34.1.1. Mondzorg in bijzondere gevallen

Wij vergoeden de mondzorg in bijzondere gevallen voor verzekerden op elke leeftijd.

De zorg is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt;
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.

Zonder die mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

34.1.2. Implantaten

Wij vergoeden het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het plaatsen van het vaste

gedeelte van de suprastructuur als:

- u voldoet aan de eisen van artikel 34.1.1.; en
- er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop de uitneembare prothese vastgemaakt kan worden.

34.1.3. Orthodontie

Wij vergoeden alleen orthodontische zorg als u:

- voldoet aan de eisen van artikel 34.1.1.; en
- last hebt van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde nodig is.

34.2. Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat om zorg die tandartsen plegen te bieden.
- Als bij een gecombineerde behandeling prothetische nabehandeling noodzakelijk is, moet een tandarts/prothetist dat deel van het behandelplan opstellen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.
- Bij de aanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan. Wij kunnen onze akkoordverklaring intrekken als:
 - de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
 - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.
- Als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt en ons zorgadvies en akkoordverklaring vraagt voor het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het vaste gedeelte van de suprastructuur, waarbij de uitneembare gebitsprothese op de kaak moet worden vast gemaakt, moet bij de zorgaanvraag een schriftelijk onderbouwd behandelplan en een kostenbegroting zitten.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

- Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist of een bevoegde zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) verleent de zorg.
- Als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt en ons zorgadvies en akkoordverklaring vraagt voor het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het vaste gedeelte van de suprastructuur, waarbij de uitneembare gebitsprothese op de kaak moet worden vast gemaakt, kan de zorg niet worden verleend door een orthodontist.

Plaats

- De zorg vindt plaats in de instelling voor medisch-specialistische zorg, tandartspraktijk, centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of op de plaats waar u verblijft (dat wil zeggen op een andere plaats dan waar de behandelaar zijn praktijk heeft).
- Krijgt u de zorg op de plaats waar u verblijft (dus niet op de plaats waar de behandelaar zijn praktijk heeft), dan is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist nodig.
- Als het om orthodontische zorg gaat, kan de zorg niet verleend worden in een instelling voor medisch-specialistische zorg. De orthodontische zorg kan naast de andere genoemde plaatsen ook verleend worden in de praktijk van de orthodontist.

34.3. Uitsluitingen

34.3.1.

Er geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaak voor de volledige gebitsprothese als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad.

34.3.2.

U hebt voor onderstaande behandelingen recht op een bedrag dat gelijk is aan het verschil tussen het tarief dat de zorgverlener in rekening mag brengen voor de mondzorg in een bijzonder geval en het tarief dat zou gelden als het niet om een bijzonder geval zou gaan. U moet hiervoor dus zelf het tarief betalen wat de zorgverlener maximaal in rekening mag brengen als het niet om mondzorg in een bijzonder geval zou gaan:

- preventief onderzoek;
- incidenteel consult;
- het trekken van tanden of kiezen (extractie);
- behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals bijvoorbeeld het tandvlees (parodontale zorg);
- behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- het in de oorspronkelijke staat brengen van gebitselementen met plastische materialen;
- uitneembare niet-volledige gebitsprothesen,

bij:

- een verzekerde van 22 jaar en ouder die:
- een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft en;
- het gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder aandoening zou hebben gehad; of
- een extreem angstige verzekerde die:
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en;
- het gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder aandoening zou hebben gehad.

34.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

35. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 22 JAAR

Wij hebben 3 artikelen over de vergoeding van mondzorg:

- In artikel 34. leest u over mondzorg die wij aan u op elke leeftijd vergoeden.
- In artikel 35. leest u over mondzorg die wij alleen vergoeden als u jonger dan 22 jaar bent.
- In artikel 36. leest u over mondzorg die wij alleen vergoeden als u 22 jaar of ouder bent.

Naast de zorg in artikel 34. vergoeden wij voor verzekerden jonger dan 22 jaar op grond van dit artikel ook mondzorg in bepaalde andere gevallen.

35.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 22 jaar naast de gevallen van artikel 34. ook:

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar. Wij vergoeden dit onderzoek vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. het incidenteel tandheelkundig consult;

- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. het aanbrengen van fluoride bij verzekerden vanaf zes jaar. Wij vergoeden deze behandeling maximaal twee keer per jaar. Wij vergoeden deze behandeling vaker als dit tandheelkundig gezien nodig is;
- e. het aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen (sealing);
- f. behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals bijvoorbeeld het tandvlees (parodontale hulp);
- g. verdoving (anesthesie);
- h. behandeling van de tandzenuw (endodontische zorg);
- i. het in de oorspronkelijke staat brengen van tanden of kiezen met plastische materialen;
- j. behandeling van het kaakgewricht (gnathologische zorg);
- k. uitneembare gebitsprothesen;
- l. het vervangen van tanden met niet-plastische materialen en het plaatsen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd, of die u mist als direct gevolg van een ongeval, te vervangen;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg;
- n. röntgenonderzoek.

35.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die tandartsen die plegen te bieden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als het gaat om:

- het vervangen van tanden met niet-plastische materialen;
- het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, die nodig zijn om een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden te vervangen die niet zijn aangelegd of die u mist als direct gevolg van een ongeval.

Bij de zorgaanvraag zit een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan. Wij kunnen deze toestemming intrekken als de mondzorg niet meer noodzakelijk is, u de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of u de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

U moet ook een akkoordverklaring van ons hebben voor de volgende zorg door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg:

- behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals bijvoorbeeld het tandvlees (parodontale zorg);
- het trekken van tanden of kiezen onder narcose;
- een kaakoperatie (osteotomie);
- het plaatsen van een tandheelkundig implantaat

Ook is onze akkoordverklaring nodig als u mondzorg krijgt in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.).

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een tandarts, kaakchirurg of bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.), een dienst voor jeugdtandverzorging of een instelling voor medisch-specialistische zorg verleent de zorg.

Zorg van artikel 35.1 onderdelen a t/m f en i kan ook door een mondhygiënist worden verleend.

Plaats

- De zorg vindt plaats in de tandartspraktijk, het centrum voor mondzorg, het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.), een instelling voor medisch-specialistische zorg, een dienst

voor jeugdtandverzorging of op de plaats waar u verblijft (dat wil zeggen op een andere plaats dan waar de behandelaar zijn praktijk heeft).

- Krijgt u de zorg op de plaats waar u verblijft (dus niet op de plaats waar de behandelaar zijn praktijk heeft), dan is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist nodig.

35.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- het plaatsen van tandheelkundige implantaten bij chirurgische tandheelkundige hulp;
- röntgenonderzoek in verband met orthodontie.

35.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

36. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 22 JAAR EN OUDER

Wij hebben 3 artikelen over de vergoeding van mondzorg:

- In artikel 34. leest u over mondzorg die wij aan u op elke leeftijd vergoeden.
- In artikel 35. leest u over mondzorg die wij alleen vergoeden als u jonger dan 22 jaar bent.
- In artikel 36. leest u over mondzorg die wij alleen vergoeden als u 22 jaar of ouder bent.

Naast de zorg in artikel 34. vergoeden wij voor verzekerden van 22 jaar en ouder op grond van dit artikel ook in de volgende gevallen mondzorg:

- specialistische chirurgische mondzorg en het röntgenonderzoek dat daar bij hoort. De voorwaarden hiervoor leest u in artikel 36.1.;
- uitneembare volledige gebitsprothesen voor de boven- en of onderkaak. De voorwaarden hiervoor leest u in artikel 36.2.

36.1. Specialistisch chirurgische mondzorg en röntgenonderzoek

36.1.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden specialistische chirurgische mondzorg en het röntgenonderzoek dat daarbij hoort. U hebt ook recht op vergoeding van een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. Wij vergoeden hierbij ook de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Bij de telling van de 365 dagen gelden de volgende regels:

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 365 dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld;
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op een vergoeding van de zorg voor 365 dagen;
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 365 dagen.

Voorbeelden

- a. *Als u bent opgenomen en deze opname wordt na honderd dagen voor twintig dagen onderbroken en vervolgens weer voortgezet, dan geldt het volgende:
Als u na de onderbreking van twintig dagen terugkeert, worden de opnamedagen vanaf die terugkeerday verder geteld vanaf dag 101 tot en met maximaal dag 365.*
- b. *Als u bent opgenomen en deze opname wordt na honderd dagen voor veertig dagen onderbroken, vervolgens wordt*

uw opname voortgezet, geldt het volgende:

Als u na de onderbreking van veertig dagen terugkeert in de opname, worden de opnamedagen vanaf dan weer vanaf 1 geteld tot maximaal 365. Er wordt dus opnieuw begonnen met tellen tot maximaal dag 365.

- c. *Als u bent opgenomen en u gaat tijdens deze opname na honderd dagen voor een weekendverlof van twee dagen naar huis en keert vervolgens weer terug in de opname, geldt het volgende:*

De twee dagen weekendverlof tellen mee voor de telling van de 365 dagen. Als u na twee dagen terugkeert in de opname wordt verder geteld vanaf dag 103 tot maximaal 365. Er wordt dus gewoon doorgeteld.).

36.1.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch-specialisten voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie plegen te bieden.

Een opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met de specialistische chirurgische mondzorg.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als het gaat om de volgende zorg door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurg:

- behandeling van de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees (parodontale hulp);
- het trekken van tanden of kiezen onder narcose;
- een kaakoperatie(osteotomie).

Verwijzing

U bent verwezen door een tandarts of huisarts als u hulp nodig hebt van een kaakchirurg.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een medisch-specialist voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie verleent de zorg. Deze zorgverlener kan verbonden zijn aan een centrum voor mondzorg.

Plaats

- De zorg vindt plaats in de praktijk van de medisch-specialist voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie, in een centrum voor mondzorg of instelling voor medisch-specialistische zorg of op de plaats waar u verblijft (dat wil zeggen op een andere plaats dan waar de behandelaar zijn praktijk heeft);
- Krijgt u de zorg op de plaats waar u verblijft (dus niet op de plaats waar de behandelaar zijn praktijk heeft), dan is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist nodig.

36.1.3. Uitsluitingen

Parodontale chirurgie (chirurgie aan de steunweefsels van tanden en kiezen, zoals het tandvlees) en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat vergoeden wij niet.

36.1.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

36.2. Volledige gebitsprothese

36.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden 75% van de kosten van het maken en plaatsen van een uitneembare volledige gebitsprothese, een tijdelijke uitneembare volledige gebitsprothese (immediaatprothese), een uitneembare volledige vervangingsprothese of een uitneembare volledige overkappingsprothese voor de boven- en/of onderkaak.

Wij vergoeden 100% van de kosten van de reparatie en het rebasen van een bestaande uitneembare

volledige gebitsprothese of van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese. Als een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde de volledige prothese maakt en plaatst, vergoeden wij het tarief dat door de Nederlandse Zorgautoriteit voor het betreffende centrum is vastgesteld en niet het tarief zoals vastgesteld door de Nationale Zorgautoriteit op de landelijke tariefbeschikking voor zorgverleners zoals tandartsen.

36.2.2. Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat om zorg die tandartsen plegen te bieden.
- Een tandarts, tandprotheticus, centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de kosten indienen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als:

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts meer dan € 650,- per kaak bedragen;
- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 550,- per kaak bedragen;
- de volledige boven- en/of onderprothese binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke uitneembare volledige gebitsprothese (immediaatprothese);
- de volledige boven- en of onderprothese gemaakt en geplaatst wordt door een zorgverlener verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Niet vereist.

Zorgverlener

Een tandarts, centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of een tandprotheticus verleent de zorg.

De zorg kan ook door een tandprotheticus worden verleend als het gaat om:

- het maken en het leveren van een nieuwe, uitneembare volledige gebitsprothese van de boven- en/of onderkaak, niet op implantaten;
- het weer passend maken (rebasen) of repareren van een uitneembare volledige gebitsprothese van de boven- en/of onderkaak.

Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk, centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of in een praktijk van een tandprotheticus.

36.2.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet meer dan het bedrag waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven.

36.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

37. GENEESMIDDELEN EN DIEETPREPARATEN

Wij maken een onderverdeling in:

- Algemene informatie (artikel 37.1.);
- Geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen (artikel 37.2.):

- Zelfzorggeneesmiddelen (artikel 37.3.);
- Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (artikel 37.4.);
- Dieetpreparaten (artikel 37.5.).

37.1. Algemene informatie

37.1.1. Geneesmiddelen Vergoedingensysteem (GVS)

De minister van VWS heeft het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst waarop de minister alle geneesmiddelen heeft geplaatst die wij kunnen vergoeden. Dat zijn de geregistreerde geneesmiddelen en deze lijst noemen wij Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Sommige geneesmiddelen die in Bijlage 1 zijn opgenomen, vergoeden wij niet helemaal. Deze geneesmiddelen hebben dan een eigen bijdrage. (Zie artikel 37.1.2.) Voor sommige geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. (Zie artikel 37.1.3.). En bij onderling vervangbare geneesmiddelen hebben wij bepaalde geneesmiddelen aangewezen die onze voorkeur hebben; die vergoeden we dan en andere van die onderling vervangbare geneesmiddelen niet. De geneesmiddelen die onze voorkeur hebben en die wij vergoeden, staan op de lijst aangewezen voorkeursgeneesmiddelen. (artikel 37.1.4.).

Uitleg

De Regeling zorgverzekering met Bijlages vindt u op www.wetten.overheid.nl.

37.1.2. Eigen bijdrage

Het GVS is zo opgesteld, dat voor elke verzekerde genoeg goede geneesmiddelen beschikbaar zijn zonder dat hij hiervoor moet bijbetalen. In het GVS is een verdeling gemaakt tussen onderling vervangbare en niet onderling vervangbare geneesmiddelen.

a. Onderling vervangbare geneesmiddelen

Dit zijn geneesmiddelen die:

- een vergelijkbare werking hebben en op dezelfde manier worden toegediend of;
- bij dezelfde soort indicatie worden ingezet en in het algemeen voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.

De onderling vervangbare geneesmiddelen zijn in groepen opgenomen in het GVS. Voor elke groep geneesmiddelen heeft de minister een vergoedingslimiet vastgesteld. Dat is de prijs die wij vergoeden. Is het middel dat u krijgt uit die groep geneesmiddelen duurder, dan betaalt u de meerprijs zelf als eigen bijdrage. U moet deze eigen bijdrage ook betalen als een apotheek een geneesmiddel, waar een eigen bijdrage voor geldt, verwerkt in een magistrale bereiding (een door de apotheker zelf gemaakt geneesmiddel).

b. Niet onderling vervangbare geneesmiddelen

Dit zijn geneesmiddelen die verschillen in de hierboven genoemde eigenschappen, zoals werking en indicatie waarbij het middel wordt gebruikt. Deze geneesmiddelen hebben geen eigen bijdrage en vergoeden wij helemaal.

37.1.3. Extra voorwaarden

a. Indicatie

Voor sommige geneesmiddelen uit Bijlage 1 gelden extra voorwaarden die te maken hebben met de indicatie waarbij het middel wordt gebruikt. Dit kan ook voor dieetpreparaten gelden. Deze voorwaarden staan in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In onze "Lijst geneesmiddelen met toetsing vooraf" staan de geneesmiddelen van Bijlage 2 waarbij wij vooraf toetsen of u aan de voorwaarden voldoet. Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als we dit doen, laten we dit schriftelijk aan u weten; ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

b. Plaats van toediening

Voor sommige geneesmiddelen uit Bijlage 1, gelden extra voorwaarden die te maken hebben met de plaats van toediening. Het gaat om geneesmiddelen die een apotheek levert, maar die normaal gesproken in het ziekenhuis worden toegediend.

Voorwaarden voor toediening in de thuissituatie:

- er is een medische noodzaak voor toediening thuis en/of regelmatige toediening in een ziekenhuis is niet mogelijk binnen een redelijke afstand van de woonplaats;
- het geneesmiddel kan op een verantwoorde manier in de thuissituatie worden toegediend.

De voorschrijver moet vooraf een akkoordverklaring bij ons aanvragen.

De geneesmiddelen waarvoor dit geldt, staan op de "lijst geneesmiddelen met toetsing vooraf". Deze lijst kunt u bij ons opvragen maar is ook terug te vinden op onze internetsite. Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als we dit doen, laten we dit schriftelijk aan u weten; ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

c. Europees geregistreerde geneesmiddelen buiten het GVS

Hiervoor geldt:

- er moet sprake zijn van rationele farmacotherapie;
- geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt die een ziekte heeft die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- er is geen behandeling mogelijk met een in Nederland geregistreerd geneesmiddel of magistrale bereiding waarbij sprake is van een rationele farmacotherapie. De voorschrijver moet vooraf een akkoordverklaring bij ons aanvragen.

Uitleg

Met rationele farmacotherapie bedoelen wij hier een behandeling met een geneesmiddel in een vorm die voor u geschikt is. Uit onderzoek moet zijn gebleken dat het geneesmiddel werkzaam, effectief en het meest economisch is.

37.1.4. Onze voorkeursgeneesmiddelen

U hebt in het algemeen recht op alle geregistreerde geneesmiddelen. Wij hebben deze geneesmiddelen namelijk allemaal aangewezen, behalve als we voor dit geneesmiddel een voorkeursgeneesmiddel hebben aangewezen. Binnen de groep onderling vervangbare geneesmiddelen (zie artikel 37.1.2.a.) mogen wij namelijk één of meerdere middelen aanwijzen als voorkeursgeneesmiddel. U hebt dan binnen de groep onderling vervangbare geneesmiddelen alleen recht op dat voorkeursgeneesmiddel. Dit doen wij om de zorgkosten zo laag mogelijk te houden. Deze voorkeursgeneesmiddelen kiezen wij op basis van de laagste prijs.

Er blijft minimaal één geneesmiddel met de voorgeschreven werkzame stof, in de gewenste sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u. Onze voorkeursgeneesmiddelen staan op de "Lijst voorkeursgeneesmiddelen". Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als we dit doen, laten we dit schriftelijk aan u weten; ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

Uitleg

Merknaam of werkzame stof

De werkzame stof die in een geneesmiddel zit, bepaalt de werking van een geneesmiddel. Vaak zijn er meerdere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen. Deze geneesmiddelen hebben een andere prijs, maar dezelfde werking. Huisartsen hebben met de minister afgesproken dat zij zoveel mogelijk de naam van de werkzame stof op het recept zetten, in plaats van de merknaam van het geneesmiddel. De apotheker kiest vervolgens welk merk geneesmiddel met diezelfde stof u krijgt.

Als wij voor een geneesmiddel met een bepaalde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen één of meerdere voorkeursgeneesmiddelen hebben aangewezen, vergoeden wij alleen deze voorkeursgeneesmiddelen. Het kan voorkomen dat de zorgverlener die het geneesmiddel voorschrijft het medisch noodzakelijk vindt dat u een ander geneesmiddel gebruikt dan een voorkeursgeneesmiddel. Als de voorschrijver op het recept aangeeft dat er een medische noodzaak is, vergoeden wij voor u een ander geneesmiddel uit het GVS met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen.

37.1.5. Recepten

37.1.5.1. Maximale leveringsperiode

Wij vergoeden de levering van geneesmiddelen per voorschrift/recept voor maximaal een bepaalde periode. Hoe lang die periode is, kan per geneesmiddel anders zijn. De leveringsperiodes die per voorschrift/recept gelden, zijn:

- **vijftien dagen:** voor een geneesmiddel dat nieuw voor u is;
- **vijftien dagen:** voor een geneesmiddel tegen acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
- **dertig dagen:** voor geneesmiddelen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
- **drie maanden:** voor geneesmiddelen voor de behandeling van een chronische ziekte;
- **twaalf maanden:** voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
- **één maand:** in andere gevallen.

Als een geneesmiddel in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.

37.1.5.2. Geen herhaalrecept

Voor:

- "de pil" (orale anticonceptiemiddelen) en
- insuline voor de behandeling van suikerziekte ("diabetes")

geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Deze geneesmiddelen hoeft u maar één keer voorgeschreven te krijgen. U hoeft niet steeds bij uw arts om een nieuw recept te vragen, maar u kunt rechtstreeks contact opnemen met uw apotheek. Wij vergoeden per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden noodzakelijk is. Als het middel, de sterkte en/of het gebruik van het middel verandert, hebt u wel een nieuw recept nodig.

37.2. Geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen

37.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de geneesmiddelen die wij beschrijven in artikel 37.1.1 tot en met 37.1.4.

37.2.2. Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat om geregistreerde geneesmiddelen in het GVS.
- Bij geneesmiddelen met extra voorwaarden gelden de voorwaarden die in artikel 37.1.3. staan.
- Bij geneesmiddelen waarvoor wij voorkeursgeneesmiddelen hebben, gelden de voorwaarden die in artikel 37.1.4. staan.
- Voor geneesmiddelen uit Marokko geldt dat u bijsluiters/stickers met naam en prijs van het geneesmiddel (vignettes) moet meesturen als u hiervan een rekening bij ons indient.

Akkoordverklaring/zorgadvisering

Voor sommige geneesmiddelen moet u een akkoordverklaring hebben. Dit zijn geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden, zie artikel 37.1.3.

Verwijzing

Niet van toepassing.

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, in infectieziekten gespecialiseerde arts verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), medisch-specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige, rekening houdend met hun voorschrijfbevoegdheid.

Zorgverlener/leverancier

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Plaats

De geneesmiddelen zijn geleverd in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts of een door de

overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

37.2.3. Uitsluitingen

Wij vergoeden niet:

- geneesmiddelen die volgens de Regeling Zorgverzekering niet vergoed worden;
- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit;
- homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
- voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitaminen;
- geneesmiddelen en inenting die tot doel hebben een ziekte te voorkomen in verband met een reis;
- geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet;
- andere kosten (bijvoorbeeld administratie- of verzendkosten).

37.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland, zie artikel 15.5. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

37.3. Zelfzorggeneesmiddelen

37.3.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de zelfzorggeneesmiddelen die behoren tot één van de volgende zes groepen:

- laxemiddelen (middelen tegen verstopping in de darmen);
- kalktabletten;
- geneesmiddelen bij allergie;
- geneesmiddelen tegen diarree;
- geneesmiddelen om de maag leeg te maken;
- kunsttranen.

37.3.2. Voorwaarden

Algemeen

Het zelfzorggeneesmiddel is opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U moet het zelfzorggeneesmiddel langer dan 6 maanden gebruiken om een chronische ziekte te behandelen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden, zie artikel 37.1.3.a. Deze voorwaarden worden door de apotheker gecontroleerd.

Verwijzing

Niet van toepassing.

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch-specialist, tandarts, kaakchirurg, verpleegkundig specialist of verloskundige.

De voorschrijver geeft op het recept aan dat hij het middel voorschrijft voor chronisch gebruik.

Zorgverlener/leverancier

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Plaats

De geneesmiddelen zijn geleverd in de praktijk van een apothekhoudend huisarts of een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

37.3.3. Uitsluitingen

U hebt geen recht op zelfzorggeneesmiddelen tijdens de eerste 15 dagen dat u het zelfzorggeneesmiddel gebruikt.

37.3.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland, zie artikel 15.5. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

37.4. Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt

37.4.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker op kleine schaal zijn gemaakt (magistrale bereidingen).

37.4.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om rationele farmacotherapie.

Uitleg

Met rationele farmacotherapie bedoelen wij hier een behandeling met een geneesmiddel in een vorm die voor u geschikt is. Uit onderzoek moet zijn gebleken dat het geneesmiddel werkzaam, effectief en het meest economisch is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. De apotheek of apothekhoudend huisarts beoordeelt of u recht hebt op het geneesmiddel.

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch-specialist, tandarts, kaakchirurg, verpleegkundig specialist of verloskundige.

Zorgverlener/leverancier

De geneesmiddelen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Plaats

De geneesmiddelen zijn geleverd in de praktijk van een apothekhoudend huisarts of een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres.

37.4.3. Uitsluitingen

U hebt geen recht op geneesmiddelen die veel lijken op een geregistreerd geneesmiddel waar u geen recht op hebt, zie artikel 37.2.3.

37.4.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland, zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

37.5. Dieetpreparaten

37.5.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten.

37.5.2. Voorwaarden

Algemeen

In bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering komt het dieetpreparaat voor dat aan u is voorgeschreven. Het gebruik van aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding is niet voldoende en :

- u hebt een stofwisselingsstoornis;
- u hebt een voedselallergie;

- u hebt een resorptiestoornis;
- u hebt een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode).
- u bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- Voor voeding die door middel van een infuus in de bloedbaan wordt toegediend, hoeft u niet vooraf bij ons om een akkoordverklaring te vragen.
- Voor de andere dieetpreparaten moet u aan extra voorwaarden voldoen. De voorschrijver vult het "landelijk formulier verklaring dieetpreparaten" in en degene die aflevert controleert of u aan de extra voorwaarden voldoet, zie artikel 37.1.3.a.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

De dieetpreparaten zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch-specialist of een diëtist. **Zorgverlener/leverancier**

De dieetpreparaten zijn geleverd door een erkende leverancier.

Plaats

De dieetpreparaten zijn geleverd op de locatie waar de leverancier zijn bedrijf heeft, op uw woonadres of op een andere geschikte locatie die u met de leverancier afspreekt.

37.5.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland, zie artikel 15.5. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

38. HULPMIDDELENZORG

38.1. Hulpmiddelenzorg

Onder hulpmiddelenzorg verstaan wij het recht op vergoeding van aanschaf, bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen.

Toelichting "functionerend hulpmiddel"

Daaronder verstaan we dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf horen ook een gebruikersinstructie, batterijen of oplaadapparatuur en toebehoren noodzakelijk voor het functioneren. Om van een functionerend hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of wijziging nodig zijn. Tot slot kan ook vergoeding of verstrekking van een reservemiddel worden gegeven als dat redelijkerwijs nodig is. Een verzekerde moet voortdurend de beschikking hebben over een werkend gepast of geschikt hulpmiddel.

38.2. Reglement Hulpmiddelen

Wij hebben de hulpmiddelen die wij volgens de zorgverzekering vergoeden, opgenomen in ons Reglement Hulpmiddelen. Ook staan in dit Reglement:

- de nadere voorwaarden waar aan moet zijn voldaan om recht te hebben op vergoeding van de hulpmiddelenzorg;
- de eisen die wij aan het hulpmiddel stellen;
- de hoogte van de eigen bijdrage of de maximum vergoeding;
- de hulpmiddelen die, in plaats van dat hiervoor vergoeding van kosten(restitutie) plaatsvindt, in bruikleen worden verstrekt ;
- wat de hoogte is van de vergoeding als u een bruikleenhulpmiddel toch koopt of huurt bij een leverancier waar wij geen overeenkomst mee hebben gesloten. Ook staat in het Reglement aangegeven hoe wij deze vergoeding berekenen.

Ons Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze zorgverzekering. U kunt het Reglement bekijken op onze internetsite of bij ons opvragen.

Toelichting

Er zijn heel veel hulpmiddelen. Deze kunnen niet allemaal vergoed worden. De overheid heeft daarom een aantal hulpmiddelen gekozen die voor vergoeding in aanmerking komen. Deze hulpmiddelen staan in de Regeling zorgverzekering. In de Regeling zorgverzekering staan ook de maximumbedragen die verzekeraars mogen vergoeden en de eigen bijdragen die gelden. De nadere voorwaarden die voor deze hulpmiddelen gelden, staan in het Reglement Hulpmiddelen.

38.3. Eigen bijdrage / maximale vergoeding

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een eigen bijdrage of maximale vergoeding. In het Reglement Hulpmiddelen en de Regeling zorgverzekering is aangegeven voor welke hulpmiddelen dit geldt. Als u het hulpmiddel afneemt van een leverancier met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, betaalt u de eigen bijdrage rechtstreeks aan deze leverancier, tenzij wij in het Reglement bij dat hulpmiddel anders bepalen. Neemt u het hulpmiddel af van een leverancier met wie voor het betreffende hulpmiddel geen overeenkomst hebben gesloten, dan vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Wij houden de eigen bijdrage die u moet betalen hierop in.

38.4. Uw verplichtingen

38.4.1. Verzorging van het hulpmiddel

U verzorgt het hulpmiddel dat u in eigendom of in bruikleen hebt goed. U doet dit in ieder geval volgens de richtlijnen of de garantievoorzwaarden van de fabrikant en/of de leverancier.

Schade aan een hulpmiddel dat wij aan u in bruikleen hebben gegeven en die is ontstaan door uw toerekenbare onachtzaamheid, kunnen wij bij u in rekening brengen.

Toelichting "Toerekenbare onachtzaamheid":

Er is bijvoorbeeld sprake van toerekenbare onachtzaamheid als er sprake is van eigen schuld, of niet goed opletten aan uw kant.

Bij diefstal van het hulpmiddel doet u aangifte bij de politie en meldt u de diefstal bij ons en bij de leverancier.

38.4.2. Meewerken aan toetsing

Wij maken met leveranciers afspraken over onder meer doelmatigheid, rechtmatigheid en kwaliteit van de hulpmiddelen. Toetsing hiervan vindt meestal achteraf plaats. U bent verplicht hieraan mee te werken, zodat wij of de leverancier kunnen toetsen op doelmatigheid en rechtmatigheid.

38.5. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de medische hulpmiddelen die genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Bepaalde categorieën hulpmiddelen worden niet concreet genoemd maar hun functie is algemeen omschreven. Dit zijn de zogenaamde functiegericht omschreven hulpmiddelen. Wij houden ons daarbij ook aan de maximum bedragen en eigen bijdragen die in de Regeling zorgverzekering genoemd zijn.

De hulpmiddelen staan ook in ons Reglement Hulpmiddelen. Ook de hulpmiddelen die functiegericht zijn omschreven, Deze functiegericht beschreven hulpmiddelen staan concreet genoemd en beschreven in onze "Lijst aangewezen hulpmiddelen". In deze lijst worden ook de voorwaarden voor verstrekking en vergoeding genoemd. Deze lijst maakt onderdeel uit van het Reglement Hulpmiddelen.

Toelichting functiegerichte omschrijving:

De nieuwe functiegerichte omschrijving in het Reglement Hulpmiddelen vervangt de concrete productgebonden omschrijving van schouder-, arm-, hand-, voet-, mamma-, gelaat-, stem- en oogprothesen, van pruiken en van uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel. In het Reglement Hulpmiddelen wordt bijvoorbeeld de eerste groep prothesen aangeduid als

"uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van onderdelen van het menselijk lichaam". Wat en welke hulpmiddelen we daarmee precies bedoelen staat beschreven in de Lijst aangewezen hulpmiddelen.

38.6. Voorwaarden

Algemeen

- Voldoen aan de eisen in de verzekeringsvoorwaarden, het Reglement en de Lijst aangewezen hulpmiddelen.
U voldoet aan de voorwaarden die wij in de verzekeringsvoorwaarden, het Reglement Hulpmiddelen en de Lijst aangewezen hulpmiddelen bij dat betreffende hulpmiddel hebben aangegeven.
Het hulpmiddel voldoet aan de eisen die wij in het Reglement Hulpmiddelen aan dat hulpmiddel stellen.
- Behoeftte aan het hulpmiddel
U bent, gelet op uw behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs naar inhoud, aard en omvang aangewezen op het betreffende hulpmiddel.
Het hulpmiddel is voor u noodzakelijk, doelmatig en niet overbodig, onnodig duur of onnodig ingewikkeld. Wij en/of de zorgverlener waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten, zien daar op toe.
- Indicatie
Voor elk hulpmiddel geldt dat er sprake moet zijn van een bepaalde medische indicatie. Als deze indicaties wettelijk zijn vastgelegd, staan deze ook in het Reglement per hulpmiddel aangegeven.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- Zorgadvies en akkoordverklaring aanvragen
In het Reglement Hulpmiddelen geven wij per hulpmiddel aan of u vooraf akkoordverklaring moet vragen. De voorwaarden die wij aan deze akkoordverklaring stellen, staan ook in dit Reglement.
De zorgaanvraag moet schriftelijk door of namens u worden gedaan. U moet er zelf voor zorgen dat dit op tijd gebeurt. Wij laten u per brief weten of wij een akkoordverklaring geven. Als u het hulpmiddel afneemt van een leverancier met wie wij voor het betreffende hulpmiddel een overeenkomst hebben gesloten, laten wij ook aan deze leverancier weten, dat wij een akkoordverklaring geven.
Voor bepaalde hulpmiddelen geldt de zorginhoudelijk voorwaarde "bijzondere individuele zorgvragen". Als dat zo is, staat dat in Bijlage 3 van de Regeling Zorgverzekering. U kunt in dat geval een schriftelijk gemotiveerde aanvraag voor dit hulpmiddel indienen. Onze (medisch) adviseur onderzoekt of sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.
- Aanpassen van beleid
Wij kunnen ons beleid voor akkoordverklaring voor een hulpmiddel aanpassen. De bepalingen in ons Reglement Hulpmiddelen veranderen in dat geval. Wij laten dit schriftelijk aan u weten. Ook plaatsen wij een bericht op onze internetsite. Als u een akkoordverklaring vraagt voor de levering van een hulpmiddel, gelden altijd de voorwaarden zoals die gelden op de datum dat u de aanvraag doet.

Verwijzing

In het Reglement Hulpmiddelen geven we per hulpmiddel aan of een verwijzing nodig is en wie die verwijzing moet geven.

Voorschrift

In het Reglement Hulpmiddelen geven we per hulpmiddel aan of een voorschrift nodig is en wie dat voorschrift moet geven.

Leverancier

- Hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt, worden geleverd door een leverancier waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten.
- De leverancier levert het hulpmiddel gebruiksklaar af, tenzij de overheid in de Regeling zorgverzekering iets anders heeft aangegeven. "Gebruiksklaar" betekent in ieder geval inclusief de eerste aanschaf van batterijen en/of oplaadapparatuur en inclusief gebruikersinstructie.

Plaats

Het hulpmiddel wordt afgeleverd op het bedrijf van de leverancier, bij u thuis of op een andere geschikte plaats die u en de leverancier hebben afgesproken.

38.7. Uitsluitingen

- Kosten die boven de maximum vergoeding uitkomen en de eigen bijdragen vergoeden wij niet. De maximumbedragen staan in het Reglement Hulpmiddelen per hulpmiddel aangegeven
- De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel vergoeden wij niet. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik, accu's en batterijen. Wij vergoeden deze kosten wel als dit in de Regeling zorgverzekering of het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven.

Hulpmiddelen waar u recht op kunt hebben uit de AWBZ vergoeden wij niet op grond van de zorgverzekering.

38.8. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

39. ZIEKENVERVOER

Wij maken een verschil tussen twee soorten ziekenvervoer:

- Ziekenvervoer per ambulance (artikel 39.1.) als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer;
- Ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi, in dit artikel 'Zittend ziekenvervoer' genoemd (artikel 39.2.).

39.1. Ziekenvervoer per ambulance

39.1.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden het ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand. Is vervoer per ambulance niet mogelijk, dan hebt u recht op ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als u daarvoor vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad. In spoedeisende gevallen is deze akkoordverklaring niet vooraf noodzakelijk.

Toelichting

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland wordt ook helikoptertransport vergoed, als u vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of visser bent.

Behandeling een in decompressietank na een duikongeval wordt alleen vergoed als dit medisch noodzakelijk is. Door het spoedeisend karakter is vooraf toestemming aanvragen niet mogelijk. Op basis van een medisch rapport wordt achteraf de medische indicatie vastgesteld.

39.1.2. Voorwaarden

Algemeen

Het ziekenvervoer per ambulance is medisch noodzakelijk, omdat een andere manier van vervoer (per taxi, auto of openbaar vervoer) om medische redenen niet verantwoord is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist, tenzij u verder reist dan 200 kilometer enkele reis. Dan is hier aparte

toestemming van ons voor nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Het ziekenvervoer per ambulance is voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of medisch-specialist. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van acuut ambulancevervoer, dus als spoed is vereist.

Zorgverlener/leverancier

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

Plaats

Het ziekenvervoer vindt plaats:

1. Van:
 - uw wettelijke woonadres;
 - uw tijdelijke verblijfsadres;
 - de plaats waar u wordt behandeld;
 - de plaats van uw ongeval of plotselinge ziekte;Naar:
 - een zorgverlener of instelling. U moet op grond van uw zorgverzekering helemaal of voor een deel verzekerd zijn voor de zorg die u daar krijgt.
 - een instelling waar u gaat verblijven. Uw verblijf moet helemaal of voor een deel vallen onder de dekking van de AWBZ.
2. Van:
 - Een instelling waar u verblijft en waarvan dit verblijf helemaal of voor een deel onder de dekking van de AWBZ valt;Naar:
 - een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek of een behandeling ondergaat. De behandeling of het onderzoek moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de AWBZ vallen;
 - een zorgverlener, leverancier of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese. De prothese moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de AWBZ vallen.
3. Van:
 - een zorgverlener of instelling. U moet op grond van uw zorgverzekering helemaal of voor een deel verzekerd zijn voor de zorg die u daar krijgt;
 - een instelling waar u zult verblijven. Uw verblijf moet helemaal of voor een deel vallen onder de dekking van de AWBZ;
 - een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek krijgt of een behandeling ondergaat. De behandeling of het onderzoek moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de AWBZ vallen;
 - een zorgverlener, leverancier of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese. De prothese moet helemaal of voor een deel onder de dekking van de AWBZ vallen;Naar:
 - Uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.

39.1.3. Uitsluitingen

Op ziekenvervoer per ambulance in het kader van begeleiding op grond van artikel 6 BZa gedurende een dagdeel hebt u geen recht. Die aanspraak valt, als het vervoer medisch noodzakelijk is, onder de AWBZ.

39.1.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

39.2. Zittend ziekenvervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)

39.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

- a. Wij vergoeden het zittend ziekenvervoer per eigen auto, huurauto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand. Is vervoer in deze vervoermiddelen niet mogelijk, dan hebt u recht op ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als u daarvoor vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad. In spoedeisende gevallen is deze akkoordverklaring niet vooraf noodzakelijk.
- b. Voor het zittend ziekenvervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,25 per kilometer. Huurkosten van de huurauto worden niet vergoed. Wij gaan daarbij uit van de snelste route volgens de ANWB-routeplanner.
- c. Wij vergoeden bij het zittend ziekenvervoer ook de kosten van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van twee begeleiders. Deze begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid, moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan we ook hulp- of blindengeleidehonden.

Toelichting

Begeleiding bij ziekenvervoer per taxi:

In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat u recht hebt op zittend ziekenvervoer dat veilig, van deur tot deur, zo snel mogelijk en op tijd gebeurt. Uw vervoerder is hier verantwoordelijk voor. Deze verantwoordelijkheid stopt echter bij de deur of de algemene ontvangstruimte van de instelling waar u naartoe wordt vervoerd. Dit betekent dat een vervoerder niet verantwoordelijk is voor het brengen van de persoon die vervoerd wordt naar de afdeling of kamer binnen de instelling. Als uw kind bijvoorbeeld voor een behandeling naar het ziekenhuis of een andere instelling moet, zorg dan zelf voor begeleiding zodat uw kind veilig op de plaats van bestemming aankomt. Ook is een vervoerder niet verantwoordelijk voor het lichamelijke of geestelijke welzijn van de persoon die vervoerd wordt. Is uw gezondheidstoestand van dien aard dat u niet alleen kunt reizen, zorg dan dat er een begeleider met u meereist. Zorg ook dat u op de afgesproken tijd klaar staat, om onnodige vertraging te voorkomen.

39.2.2. Voorwaarden

Algemeen

Het zittend ziekenvervoer is nodig omdat:

- a. u een nierdialyse moet ondergaan;
- b. u behandelingen met chemotherapie of radiotherapie tegen kanker moet ondergaan;
- c. u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen en dus niet met aangepast vervoer. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;
- d. uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze zorgverzekering vallen.

In bepaalde gevallen is de zogenaamde “hardheidsclausule” van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer vergoed krijgt bij de behandeling van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening. Wij bepalen dan aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht hebt op vergoeding van zittend ziekenvervoer. Bij de aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijgevoegd. De

zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze Zorgverzekering of de AWBZ vallen.

Toelichting

“Hardheidsclausule”

Om vast te stellen of u recht hebt op zittend ziekenvervoer hanteren wij de volgende formule op jaarbasis:

Aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per maand x afstand in kilometers x een wegingsfactor. Die wegingsfactor bedraagt 0,25. Bedraagt de uitkomst 250 of meer, dan hebt u ook recht op zittend ziekenvervoer. Als afstand gaan wij uit van de snelste route enkele reis volgens de ANWB-routeplanner.

Voorbeeld: 5 (aantal maanden behandeling) x 8 (aantal behandelingen per maand) x 26 (afstand in kilometers) x 0,25 (wegingsfactor) = 260. Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een vergoeding van het zittend ziekenvervoer.

Komen er wijzigingen in deze situatie, dan moet u ons dat zo snel mogelijk doorgeven.

Meer informatie vindt u ook op onze internetsite.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Ook als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of voor vervoer met een ander vervoermiddel dan eigen auto, huurauto, taxi of in de laagste klasse van het openbaar vervoer, zoals een boot.

Verwijzing

Niet vereist.

Voorschrift

Het zittend ziekenvervoer is voorgeschreven door een huisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of medisch-specialist.

Zorgverlener

Als het zittend ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet de taxivervoerder erkend zijn en de juiste vergunning hebben.

Plaats

Hiervoor gelden dezelfde voorwaarden als bij “plaats” in artikel 39.1.2. Geldt voor u situatie a. of b. hierboven onder “Algemeen”, dan hebt u alleen recht op zittend ziekenvervoer van en naar de plaats waar u nierdialyse, chemotherapie of radiotherapie tegen kanker ondergaat.

39.2.3. Uitsluitingen

- a. U hebt een eigen bijdrage van € 91,- per jaar voor zittend ziekenvervoer.
- b. Op ziekenvervoer per ambulance in het kader van begeleiding op grond van artikel 6 BZa gedurende een dagdeel hebt u geen recht. Die aanspraak valt, als het vervoer medisch noodzakelijk is, onder de AWBZ.
- c. U hebt geen recht op zittend ziekenvervoer als u zorg ontvangt die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering.

39.2.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

40. EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG (NIET-SPECIALISTISCHE GGZ)

Dit artikel beschrijft de voorwaarden voor eerstelijns psychologische zorg, de niet-specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De specialistische GGZ beschrijven wij in artikel 41.

40.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden maximaal acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per jaar. Een dubbelconsult of dubbelzitting telt als twee consulten / zittingen.

40.2. Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat om zorg die klinisch psychologen plegen te bieden.
- Wordt u thuis behandeld, dan moet hiervoor een reden (indicatie) zijn,

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, medisch-specialist, bedrijfsarts of Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Voor jeugdigen zoals bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg als het om zorg gaat als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een gezondheidszorgpsycholoog.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of door een eerstelijns instelling voor eerstelijnspsychologische zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener of in een instelling waar eerstelijns psychologische zorg wordt geleverd zonder dat sprake is van een opname. Deze instelling heeft een toelating als bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen. Als het medisch noodzakelijk is om een behandeling bij u thuis te laten plaatsvinden, is dit mogelijk.

40.3. Uitsluitingen

- U hebt een eigen bijdrage van € 10,- per zitting.
- U hebt geen recht op volledige internetbehandeling zonder dat u voorafgaand aan tenminste de eerste internet sessie persoonlijk bij de zorgverlener bent geweest.
- U hebt onder andere geen recht op vergoeding van kosten van intelligentie onderzoek, dyslexiebehandeling (zie daarvoor artikel 42), neurofeedback, schoolpsychologische zorg, begeleiding van niet-geneeskundige aard en orthopedagogische zorg.

40.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

41. SPECIALISTISCHE GGZ

In dit artikel staan de voorwaarden voor specialistische geestelijke gezondheidszorg (specialistische GGZ). Daaronder verstaan wij diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en specialistische behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische aandoeningen. In dit artikel staan niet de voorwaarden voor eerstelijnspsychologische zorg. Deze staan in artikel 40.

Wij maken een verschil tussen:

- specialistische GGZ met opname (artikel 41.1.)
- specialistische GGZ zonder opname (artikel 41.2.)

41.1. Specialistische GGZ met opname

41.1.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) maximaal 365 dagen. Wij vergoeden:

- de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf;
- de verpleging en verzorging die erbij hoort;
- de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen tijdens de opname.

Na deze 365 dagen kunt u op grond van de AWBZ nog recht hebben op deze zorg.

Bij de telling van de 365 dagen gelden de volgende regels:

- Wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 365 dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
- Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op een vergoeding van de zorg voor 365 dagen.
- Wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 365 dagen.

Voorbeeld

- Als u bent opgenomen en deze opname wordt na honderd dagen voor twintig dagen onderbroken en vervolgens weer voortgezet, dan geldt het volgende:
Als u na de onderbreking van twintig dagen terugkeert, worden de opnamedagen vanaf de terugkeerdag verder geteld vanaf dag 101 tot en met maximaal dag 365.*
- Als u bent opgenomen en deze opname wordt na honderd dagen voor veertig dagen onderbroken en vervolgens wordt uw opname voortgezet, dan geldt het volgende:
Als u na de onderbreking van veertig dagen terugkeert in de opname, worden de opnamedagen vanaf dan weer vanaf dag 1 geteld tot maximaal 365. Er wordt dus opnieuw begonnen met tellen tot maximaal dag 365.*
- Als u bent opgenomen en u gaat tijdens deze opname na honderd dagen voor een weekendverlof van twee dagen naar huis en u keert vervolgens weer terug in de opname, dan geldt het volgende:
De twee dagen weekendverlof tellen mee voor de telling van de 365 dagen. Als u na twee dagen terugkeert in de opname wordt verder geteld vanaf dag 103 tot maximaal 365. Er wordt dus gewoon doorgeteld.*

41.1.2. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, psychiater, zenuwarts, een andere medisch-specialist of Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Voor jeugdigen zoals bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg als het om zorg gaat als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een psychiater of zenuwarts.

Zorgverlener

Een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg, inclusief het verblijf.

Plaats

De zorg, inclusief het verblijf, wordt verleend in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

41.1.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

41.2. Specialistische GGZ zonder opname

41.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden:

- de psychotherapie, waaronder psychoanalytische behandeling;
- andere specialistische GGZ zonder opname;
- de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

41.2.2. Voorwaarden

De voorwaarden om de zorg vergoed te krijgen zijn verschillend voor:

- psychotherapie, waaronder psychoanalytische behandeling (artikel 41.2.2.1.) en
- andere specialistische GGZ zonder opname (niet psychotherapie en niet psychoanalytische behandeling die onder psychotherapie valt) (artikel 41.2.2.2.).

Hierna worden per categorie de voorwaarden genoemd waaraan moet zijn voldaan om de zorg vergoed te krijgen.

41.2.2.1. Psychotherapie, waaronder psycho-analytische behandeling

Algemeen

Het gaat om zorg zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden. Zorgadvies en akkoordverklaring

Als sprake is van een psychoanalytische behandeling, niet zijnde psychotherapie, moet u vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen,

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, psychiater, zenuwarts, een andere medisch-specialist, Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg of een bedrijfsarts. De bedrijfsarts kan niet verwijzen als sprake is van psychoanalytische behandeling.

Voor jeugdigen zoals bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg als het om zorg gaat als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een psychiater, zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog.

Zorgverlener/leverancier

Een psychiater, zenuwarts, psychotherapeut, klinisch psycholoog of instelling voor medisch-specialistische zorg verleent de psychotherapie.

Plaats

De psychotherapie, waaronder ook psychoanalytische behandeling, vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg, die zorg met of zonder verblijf kan verlenen, Psychotherapie voor zover het niet om een psychoanalytische behandeling gaat, kan ook plaatsvinden in de huispraktijk van de zorgverlener waar u behandeld wordt of bij u thuis. Als u thuis behandeld wordt, moet hiervoor een indicatie aanwezig zijn.

41.2.2.2. Andere specialistische GGZ zonder opname

Algemeen

- Het gaat om zorg zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden ;
- Het gaat niet om psychotherapie inclusief psychoanalytische behandeling

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet vereist. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, psychiater, zenuwarts, bedrijfsarts of Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg .

Voor jeugdigen zoals bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg als het om zorg gaat als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een psychiater of zenuwarts.

Zorgverlener/leverancier

Een psychiater, zenuwarts of instelling voor medisch-specialistische zorg verleent de zorg.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch-specialistische zorg, die zorg met of zonder verblijf kan verlenen. De zorg kan ook plaatsvinden in de huispraktijk van de zorgverlener waar u behandeld wordt of bij u thuis. Als u thuis behandeld wordt, moet hiervoor een indicatie aanwezig zijn.

41.2.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

42. DYSLEXIEZORG

42.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de behandeling van ernstige dyslexie. Dit bestaat uit het vaststellen van de aandoening en de behandeling hiervan voor kinderen vanaf zeven jaar.

42.2. Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat om zorg voor kinderen van zeven jaar of ouder die basisonderwijs volgen, terwijl deze zorg:
 - a. in 2010 niet mag beginnen nadat het kind tien jaar is geworden;
 - b. in 2011 niet mag beginnen nadat het kind elf jaar is geworden;
 - c. in 2012 niet mag beginnen nadat het kind twaalf jaar is geworden;
 - d. in 2013 niet mag beginnen nadat het kind dertien jaar is geworden.
- Het gaat om een ernstige specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die erfelijk is bepaald. Dit is een stoornis in de hersenen,

waarbij bepaalde zenuwprikkels onvoldoende worden doorgegeven. Deze stoornis is te onderscheiden van andere lees- en spellingsproblemen;

- Het vaststellen van de oorzaak (diagnose) wordt uitgevoerd met meetinstrumenten die voldoen aan de eisen voor psychodiagnostische tests (COTAN: Commissie Testaangelegenheden Nederland van het NIP);
- Behandeling vindt plaats in een team van verschillende deskundigen (multidisciplinair), waarbij de hieronder genoemde zorgverlener onder het kopje “zorgverlener” eindverantwoordelijk is volgens een behandelplan en evaluatie achteraf;
- Het gaat om zorg die plaatsvindt volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze internetsite.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen.

Voorschrift

Niet vereist.

Verwijzing

De verwijzing moet door school gebeuren door een bevoegd en deskundig functionaris met bijbehorende expertise zoals beschreven in het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze internetsite.

Zorgverlener

Psychologen en orthopedagogen die zijn geregistreerd als gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) en een aanvullende specialisatie diagnostiek en behandeling van dyslexie hebben.

Plaats

De zorg vindt plaats in de praktijk van de behandelend zorgverlener of op school.

42.3. Zorgverlener zonder overeenkomst

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of instelling waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie artikel 15.4. Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

Kantooradres**Delta Lloyd Zorgverzekering NV**

J. Westerdijkplein 1, 2521 EN Den Haag

Postadressen**Algemeen adres:**

Delta Lloyd Zorgverzekering
Postbus 4016, 5004 JA Tilburg

Adres voor het insturen van uw nota's:

Delta Lloyd Zorgverzekering
Postbus 370, 5000 AJ Tilburg

Adres voor het insturen van klachten:

Delta Lloyd klachten zorgverzekering
Postbus 4016, 5004 JA Tilburg

Stichting Klachten en Geschillen

Zorgverzekeringen (hieronder valt ook
de Ombudsman Zorgverzekeringen),
Postbus 291, 3700 AG Zeist

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Postbus 320, 1110 AH Diemen

Telefoonnummers**Algemeen telefoonnummer**

(026) 353 53 53

Klantenservice Zorg: (026) 353 53 53

Kraamzorgservice: (013) 593 82 25

Delta Lloyd Hulpdienst

(voor problemen in het buitenland):

+ 31-20-594 80 70

Hulpmiddelenlijn: (013) 593 82 25

Wachtlijstbemiddeling: (013) 593 82 25

Stichting Klachten en Geschillen

Zorgverzekeringen: (030) 698 83 60

Internet en e-mail adressen**Internetadres:**

www.deltalloyd.nl. Via deze website kunt u
ook een e-mail sturen

Stichting Klachten en Geschillen

Zorgverzekering: www.skgz.nl

Rechtspersoon en inschrijving KvK**Zorgverzekeringen:**

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V.

KvK 27118912

Deze N.V. behoort tot de CZ Groep in
Tilburg

