
**RESTITUTIE REGLEMENT
behorende bij de Zorg-op-maatpolis**

1. Inleiding

Dit reglement maakt onderdeel uit van de modelovereenkomst zorgverzekering op basis van zorg in natura, de Zorg-op-maatpolis, hierna te noemen de Algemene Voorwaarden. In dit reglement is bepaald welke bedragen maximaal voor vergoeding in aanmerking komen in de situatie dat de zorg waarop u ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak heeft bij een zorgverlener of instelling waarmee de zorgverzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten (tijdig) voorhanden is, maar u er voor kiest om deze zorg bij een zorgverlener of instelling te verkrijgen waarmee de zorgverzekeraar daartoe geen overeenkomst heeft gesloten.

In het geval dat de zorg waarop u ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak heeft wordt verleend door een zorgverlener of instelling waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, terwijl gecontracteerde zorg (tijdig) voorhanden is, heeft u recht op gedeeltelijke vergoeding van de kosten. De zorgverzekeraar dient de hoogte van de maximale vergoedingen vast te stellen. Het College tarieven gezondheidszorg/de Zorgautoriteit i.o. heeft voor diverse vormen van zorg, krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg, tarieven goedgekeurd of vastgesteld. Voor vormen van zorg waarvoor een dergelijk tarief geldt is overwegend een percentage van dit tarief als uitgangspunt genomen. Voor de vormen van zorg waarvoor een dergelijk tarief niet geldt is een percentage van het gecontracteerde tarief als uitgangspunt genomen. De berekeningswijze staat in dit reglement vermeld.

Uw aanspraak op zorg volgt uit de Algemene Voorwaarden. De voorwaarden genoemd in de Algemene Voorwaarden gelden onverkort. Voorzover in dit reglement voorwaarden zijn gesteld gelden deze als nadere voorwaarden.

2 Algemene bepalingen

1. Ingevolge de Algemene Voorwaarden behorende bij de zorgverzekering op basis van zorg in natura wordt in dit reglement de kostenvergoeding, ook wel vrijwillige restitutie genoemd, nader uitgewerkt. Dit reglement geldt als aanvulling op en maakt onderdeel uit van de Algemene Voorwaarden.
2. Voor restitutie kan slechts in aanmerking komen de zorg, waarop de verzekerde ingevolge de Algemene Voorwaarden, en de daarvan onderdeel uitmakende reglementen (waaronder het Reglement Hulpmiddelen en het Reglement Farmaceutische zorg) en gelet op de voor die zorg geldende voorwaarden een aanspraak heeft en slechts tot de in dit reglement bepaalde maxima, tenzij ingevolge een wettelijke bepaling een lager maximum is vastgesteld.

RESTITUTIE REGLEMENT ZORG-OP-MAATPOLIS

3. De zorgverzekeraar verstrekt als zorg in natura zorg waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat, indien met de betreffende zorgverlener een overeenkomst is gesloten.
4. Indien de verzekerde gebruik maakt van een aanspraak op restitutiebasis zijn de eigen bijdragen zoals genoemd in de Algemene Voorwaarden en de daarvan deel uitmakende reglementen, waaronder het Reglement Hulpmiddelen en het Reglement Farmaceutische zorg eveneens van toepassing.
5. Indien de verzekerde gebruik maakt van een aanspraak op restitutiebasis vervalt de mogelijkheid om dezelfde zorg in natura te verkrijgen. Indien de betreffende zorg reeds in natura is genoten vervalt de aanspraak op restitutie.
6. Een verzoek tot restitutie kan worden ingediend tot drie jaar na de datum waarop de zorg is geleverd. De nota gaat vergezeld van alle bescheiden welke ingevolge de Algemene Voorwaarden, danwel de daarop gebaseerde reglementen voor het tot gelding maken van de aanspraak, dienen te worden overlegd. De nota dient voldoende te zijn gespecificeerd.
7. Dit reglement treedt in werking op 1 januari 2007 en kan door de zorgverzekeraar te allen tijde worden gewijzigd, op de wijze door de zorgverzekeraar, met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens de Algemene Voorwaarden, in zijn statuten en/of huishoudelijk reglement geregeld. Een wijziging zal kenbaar worden gemaakt op de website van de zorgverzekeraar.

3 Algemene restitutiebepaling

Voor zover in de overige bepalingen niet anders is bepaald, geldt, voor de vormen van zorg waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, dat de zorgverzekeraar op restitutiebasis, maximaal negentig procent van het voor de betreffende zorg krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde of goedgekeurde tarief vergoedt.

4 Medisch-specialistische zorg

1. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een zorgverlener -voor zover geen sprake is van een extramuraal medisch specialist of Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)-, waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, voor zover het intramurale zorg betreft, negentig procent van de voor de betreffende zorg door de zorgverlener afgegeven, gespecificeerde nota, tot een maximum van negentig procent van het voor de betreffende zorg geldende WTG tarief.
2. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) een tarief is vastgesteld of

RESTITUTIE REGLEMENT ZORG-OP-MAATPOLIS

goedgekeurd, geleverd door een ziekenhuis waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, voor zover het extramurale zorg betreft, negentig procent van de voor de betreffende zorg door de zorgverlener afgegeven, gespecificeerde nota, tot een maximum van negentig procent van het voor de betreffende zorg geldende WTG tarief.

3. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een extramuraal medisch specialist of ZBC waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, vijfenzeventig procent van de voor de betreffende zorg door de zorgverlener afgegeven, gespecificeerde nota, tot een maximum van vijfenzeventig procent van het voor de betreffende zorg geldende WTG tarief.
4. Voor medisch-specialistische zorg in het B-segment, ook wel B-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) geen tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een zorgverlener -voorzover geen sprake is van een extramuraal medisch specialist of Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)-, waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis negentig procent van de voor de betreffende zorg door de zorgverlener afgegeven, gespecificeerde nota, tot een maximum van negentig procent van het gemiddeld door de zorgverzekeraar in haar kernwerkgebied (Zuid Nederland) gecontracteerde tarief.
5. Voor medisch-specialistische zorg in het B-segment, ook wel B-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg geen tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een extramuraal medisch specialist of ZBC waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis vijfenzeventig procent van de voor de betreffende zorg door de zorgverlener afgegeven, gespecificeerde nota, tot een maximum van vijfenzeventig procent van het gemiddelde door de zorgverzekeraar in haar kernwerkgebied (Zuid-Nederland) gecontracteerde tarief.
6. Voor medisch-specialistische zorg die is genoemd in de bovenstaande leden, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en die is geleverd door een zorgverlener buiten Nederland, waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis de voor de betreffende zorg door de zorgverlener afgegeven, gespecificeerde nota, tot een maximum van negentig procent van het WTG tarief (A-segment) dan wel gemiddeld gecontracteerde tarief (B-segment).

5 Paramedische zorg

Voor paramedische zorg waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg geen tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis maximaal negentig procent van het gemiddeld

RESTITUTIE REGLEMENT ZORG-OP-MAATPOLIS

door de zorgverzekeraar in haar kernwerkgebied (Zuid-Nederland) gecontracteerde tarief.

6 Mondzorg

Voor tandprothetische zorg waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat geleverd door een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis maximaal negentig procent van het gemiddelde door de zorgverzekeraar in haar kernwerkgebied (Zuid-Nederland) gecontracteerde tarief.

7 Farmaceutische zorg

1. Voor farmaceutische zorg waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg geen tarief is vastgesteld of goedgekeurd, (de zogenoemde “buiten-WTG-geneesmiddelen”), geleverd door een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis maximaal negentig procent van het gemiddelde door de zorgverzekeraar in haar kernwerkgebied (Zuid-Nederland) gecontracteerde tarief.
2. Voor zorg betreffende dieetpreparaten waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat, geleverd door een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis maximaal negentig procent van het gemiddelde door de zorgverzekeraar gecontracteerde tarief.

8 Hulpmiddelenzorg

1. Voor hulpmiddelen waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat geleverd door een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis maximaal negentig procent van het gemiddelde door de zorgverzekeraar gecontracteerde tarief.
2. Voor hulpmiddelen waarvoor door de zorgverzekeraar een bedrag is gerestitueerd gelden dezelfde gebruikstermijnen als welke gelden bij een verschaffing als zorg in natura. Indien aan de verzekerde een bedrag is gerestitueerd voor een hulpmiddel, waarvan achteraf blijkt dat dit hulpmiddel voor de verzekerde niet doelmatig of niet adequaat is, heeft de verzekerde binnen de geldende gebruikstermijnen, geen recht meer op verschaffing als zorg in natura of vergoeding op basis van restitutie van eenzelfde of een soortgelijk hulpmiddel, tenzij er sprake is van een wijziging van de functionele beperking van de verzekerde.

RESTITUTIE REGLEMENT ZORG-OP-MAATPOLIS

9 Vervoer

1. Voor zittend ziekenvervoer waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat, geleverd door een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis maximaal negentig procent van het laagst door de zorgverzekeraar in haar kernwerkgebied (Zuid-Nederland) gecontracteerde tarief.
2. Voor ambulancevervoer waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat, geleverd door een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis maximaal negentig procent van het laagst in haar kernwerkgebied (Zuid-Nederland) door Ctg-zaio, op het moment dat het vervoer heeft plaatsgevonden, afgegeven tarief.