

DSW

zorgverzekeraar

Polisvoorwaarden 2012



(onder voorbehoud van toetsing door de NZa)

V11-11-28

Inhoud

Inleiding - Uw zorgverzekering: Goed om vooraf te weten

Deel 1 Algemeen Gedeelte

Artikel 1	Begripsomschrijvingen	6
Artikel 2	De grondslag van uw zorgverzekering	13
Artikel 3	Werkgebied	14
Artikel 4	Begin van de zorgverzekering	14
Artikel 5	Duur en opzegging van de zorgverzekering	14
Artikel 6	Andere momenten van beëindiging	16
Artikel 7	Premie	17
Artikel 8	Herziening van de premie	18
Artikel 9	Eigen risico	18
Artikel 10	Behandeling in het buitenland	20
Artikel 11	Overige voorwaarden	21
Artikel 12	Uw verplichtingen	22
Artikel 13	Algemene uitsluitingen	23
Artikel 14	Geschillen	24

Deel 2 Dekking en vergoeding

Artikel 15	Recht op zorg en vergoeding	25
Artikel 16	Huisartsenzorg	27
Artikel 17	Medisch-specialistische zorg (excl. specialistische geestelijke gezondheidszorg)	27
Artikel 18	Zwangerschap, bevalling en kraamzorg	30
Artikel 19	Revalidatie	33

Artikel 20	Orgaantransplantaties	34
Artikel 21	Dialyse zonder opname	35
Artikel 22	Mechanische beademing	36
Artikel 23	Onderzoek naar kanker bij kinderen	36
Artikel 24	Trombosedienst	37
Artikel 25	Erfelijkheidsonderzoek	37
Artikel 26	Audiologische zorg	38
Artikel 27	Paramedische zorg	38
Artikel 28	Mondzorg	41
Artikel 29	Farmacie	46
Artikel 30	Hulpmiddelenzorg	50
Artikel 31	Ziekenvervoer	52
Artikel 32	Eerstelijnspsychologische zorg (niet-specialistische GGZ)	54
Artikel 33	Specialistische GGZ	55
Artikel 34	Dyslexiezorg	56
Artikel 35	Stoppen-met-rokenprogramma	57
Bijlage 1	Premiebijlage	58
Bijlage 2	Overzicht eigen bijdragen in 2012	59
Bijlage 3	Lijst met gehanteerde afkortingen	60

Inleiding

Uw zorgverzekering: Goed om vooraf te weten

Dit zijn de polisvoorwaarden van uw basisverzekering. In onze voorwaarden staan uw en onze rechten en plichten. In deze inleiding ter verduidelijking staan géén rechten of plichten. Voor onze aanvullende verzekeringen bestaan aparte polisvoorwaarden en vergoedingenoverzichten.

In deze polisvoorwaarden verwijzen wij af en toe naar onze website voor meer informatie over een bepaald onderwerp. Mocht u niet over internet beschikken, dan kunt u ons bellen. Desgewenst sturen wij u de gevraagde informatie toe.

Als u een verzekering afsluit

Bij het afsluiten van uw zorgverzekering ontvangt u van ons het polisblad, uw verzekeringspas en een declaratieformulier.

a. Het polisblad

Hierop staan vermeld:

- de naam van de verzekerde(n);
- de hoogte van de premie;
- de hoogte van het eventueel gekozen vrijwillig eigen risico;
- de door u gekozen aanvullende verzekering.

b. Uw verzekeringspas

Met de verzekeringspas kunt u aantonen dat u verzekerd bent bij DSW Zorgverzekeraar.

U moet deze pas meenemen wanneer u naar het ziekenhuis, de apotheek of een andere zorgverlener gaat. Zo kan de zorgverlener controleren of u inderdaad bij ons verzekerd bent.

Op de achterkant van uw verzekeringspas staat de European Health Insurance Card (EHIC), de Europese zorgpas. Verblijft u tijdelijk in het buitenland, en binnen een EU- of EER-staat zoals omschreven in Deel 1, artikel 1 of in Australië, dan kunt u gebruik maken van deze zorgpas. De EHIC is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg; dit is zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, wanneer u op vakantie gaat of tijdelijk in het buitenland verblijft (bijvoorbeeld voor werk of studie). Als u de EHIC laat zien, hoeft u geen geld voor te schieten. Zorgverleners weten dan dat hun nota wordt betaald door DSW. Let op: buitenlandse ziekenhuizen zijn in het algemeen wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle buitenlandse zorgverleners.

c. Een declaratieformulier

U gebruikt deze als u nota's bij ons indient. Wij sturen u vervolgens automatisch een nieuw declaratieformulier zodra wij uw nota hebben verwerkt. U kunt een nieuw declaratieformulier ook downloaden via onze website; doet u dit via Mijn DSW, dan zijn standaard uw gegevens al ingevuld.

Duur zorgverzekering

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

stilzwijgend van jaar tot jaar. Wilt u uw zorgverzekering stoppen, dan dient u ons dit uiterlijk 31 december te laten weten.

Elk jaar een nieuw polisblad

Elk jaar krijgt u per 1 januari een nieuw polisblad. Als wij de premie of dekking van uw zorgverzekering aanpassen, ontvangt u daarover schriftelijk bericht van ons. U kunt dan de nieuwe voorwaarden bij ons of via internet opvragen. Uw oude polis en polisvoorwaarden zijn na de wijzigingsdatum uiteraard niet meer geldig.

Vrije keuze zorgverlener

Uw zorgverzekering is een restitutieverzekering. Dat wil zeggen dat u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg en volledig vrij bent in de keuze van zorgverlener. Wel contracteert DSW zoveel zorgverleners als mogelijk om afspraken te maken over de te leveren kwaliteit en de prijs voor de behandeling.

Aanvraag en machtiging

Sommige behandelingen krijgt u alleen vergoed als u vooraf een aanvraag heeft ingediend en een machtiging van ons heeft gekregen. Dit staat vermeld in Deel 2 van deze polisvoorwaarden. Om deze machtiging aan te vragen, stuurt de zorgverlener namens u:

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

Zodra u van ons een machtiging heeft gekregen, komt de zorg voor rekening van uw zorgverzekering.

Hoogte van de vergoeding

In deze polisvoorwaarden staat voor welke zorg u verzekerd bent. Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding gaan wij uit van de tarieven die gelden op het moment van uw behandeling. We onderscheiden drie situaties.

- a. Overeengekomen tarief
Als u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij een overeenkomst hebben voor die behandeling, vergoeden wij de behandeling volledig volgens dat overeengekomen tarief
- b. Wettelijk tarief
Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van instellingen voor Medisch Specialistische Zorg en specialistische GGZ. Hiervoor geldt dat wij uw behandeling vergoeden tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding.
Een overzicht van de gehanteerde tarieven bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u op www.dsw.nl.
- c. Vrije tarieven
Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Voor al onze marktconforme vergoedingen zie www.dsw.nl

Betaling van door u gemaakte zorgkosten

De zorgverlener kan de nota naar ons sturen of naar u.

- a. De zorgverlener stuurt de nota aan ons.

Wij hebben met veel zorgverleners en ook leveranciers afgesproken dat zij hun nota's rechtstreeks naar ons sturen. Wij vergoeden de nota aan hen volgens het geldende tarief. Soms betalen wij de zorgverlener meer dan het bedrag waarop u volgens uw zorgverzekering recht heeft, bijvoorbeeld als voor een behandeling een eigen bijdrage geldt of daarop een eigen risico van toepassing is.

U ontvangt in dat geval bericht met het verzoek het bedrag van het eigen risico of eigen bijdrage aan ons over te maken. Deze bedragen betaalt u op dezelfde manier als uw premie, dus via een automatische incasso of met een acceptgiro.

- b. De zorgverlener stuurt de nota aan u.

Soms stuurt de zorgverlener de nota wel direct naar u; dan betaalt u deze nota zelf en stuurt ons de originele nota (geen kopie, herinnering of aanmaning) en een volledig ingevuld declaratieformulier. Op dit formulier geeft u per nota op aan wie (welke verzekerde) de zorg is geleverd en wie de zorgverlener is. Na ontvangst van uw nota gaan wij na op welk bedrag u volgens uw zorgverzekering recht heeft. Wij betalen u dat hele bedrag, tenzij voor de behandeling een eigen bijdrage geldt of een eigen risico van toepassing is. Ook in het geval u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, kan het betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Wij sturen u bericht op welke vergoeding u recht heeft en op welke bank- of girorekening wij het bedrag overmaken.

Ook krijgt u een nieuw declaratieformulier van ons. Alle betalingen worden door ons gedaan op het rekeningnummer van de Verzekeringnemer, tenzij u of de verzekerde anders aangeeft.

Deel 1 Algemeen gedeelte

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Ambulancevervoer:	Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.
Apotheek:	De plaats waar geneesmiddelen bereid en/of geleverd worden.
Apotheekhoudend huisarts:	Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en volgens 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 BIG.
Audiologisch centrum:	Een zorginstelling die volgens de WTZi audiologische zorg mag verlenen.
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ):	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De AWBZ is een volksverzekering die Nederlanders verzekert tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Het gaat daarbij vooral om dure zorg, zoals thuiszorg, opname in een verpleeghuis of zorg in een instelling voor gehandicapten. Deze zorg wordt nooit op grond van de Zorgverzekeringswet vergoed.
Beademingscentrum:	Een zorginstelling die volgens de WTZi medisch-specialistische zorg in de vorm van beademing mag verlenen.

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).
Bekken(fysio)therapeut:	Degene die als fysiotherapeut staat geregistreerd volgens artikel 3 van de wet BIG en die daarnaast als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
Bureau Jeugdzorg:	Een bureau zoals beschreven in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg. Dit bureau beoordeelt of jeugdzorg nodig is en zorgt voor aansluiting op jeugdhulpverlening, de jeugdgeestelijke gezondheidszorg en justitiële jeugdinrichtingen.
Centrum voor bijzondere tandheelkunde:	Een universitair centrum of een centrum dat is aangesloten bij het Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen; het gaat daarbij om een behandeling die een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
Centrum voor mondzorg:	Praktijk voor tandheelkundige zorg, waar een of meer tandartsen, mondhygiënisten of andere bevoegde zorgverleners werken.
Dagbehandeling:	Een opname die korter duurt dan 24 uur.
Diagnose Behandel Combinatie (DBC):	Een DBC beschrijft het totale traject van medisch-specialistische

zorg of specialistische GGZ door middel van een prestatiecode, die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In de DBC zijn de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven.

Het DBC-traject begint op het moment dat een verzekerde zich meldt met een zorgvraag (de DBC wordt geopend) en wordt afgesloten aan het einde van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Dialysecentrum:

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

Diëtist:

Degene die zich diëtist mag noemen volgens het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'. De diëtist is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Eerstelijnspsycholoog:

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat volgens artikel 3 van de wet BIG en voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Eerstelijnspsychologische 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 noodzakelijk.

Eigen bijdrage:

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar waarvan wettelijk bepaald is dat een verzekerde die 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. Een overzicht van alle eigen bijdragen is opgenomen in bijlage 2.

Eigen risico:

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar die alle verzekerden van 18 jaar of ouder zelf moeten betalen tot in totaal een vastgesteld bedrag per persoon per jaar. Zodra u het eigen risico helemaal heeft betaald, heeft u recht op (vergoeding van) zorg volgens de polisvoorwaarden. Er is altijd sprake van een verplicht eigen risico. Daarnaast kunt u kiezen voor een vrijwillig 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 zich ergotherapeut mag noemen volgens het '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.

Farmaceutische zorg:

De levering van geneesmiddelen en dieetpreparaten die zijn vastgelegd in het Besluit zorgverzekering en die zijn geleverd door een erkend en geregistreerd apotheker of apotheekhoudend huisarts. Tot de zorg behoort ook het daarbij behorende advies van en begeleiding door degene die het geneesmiddel ter hand stelt. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de nadere voorwaarden die DSW Zorgverzekeraar heeft opgenomen in het Reglement Farmaceutische zorg.

Fraude:

Het opzettelijk plegen of proberen te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering, door bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van een zorgverzekeringsovereenkomst betrokken personen en organisaties en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.

Fysiotherapeut:

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de wet BIG en die daarnaast als fysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Geboortecentrum:

Een instelling waarin eerstelijnsverloskundige bevallingen (poliklinisch) worden begeleid en 24-uurs professionele kraamzorg wordt geleverd in een huiselijke maar professionele omgeving, aanpalend aan een ziekenhuis waardoor tweedelijnszorg direct beschikbaar is. Deze bevalling is gelijkgesteld aan een bevalling in het ziekenhuis zonder medische indicatie.

Gezondheidszorgpsycholoog:

Degene die als gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd staat zoals bepaald in artikel 3 van de wet BIG.

GGZ-instelling:

Instelling die geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in verband met een psychiatrische aandoening mag leveren, al dan niet gepaard gaande met verblijf. Deze instelling moet als zodanig toegelaten zijn.

Huidtherapeut:

Degene die zich huidtherapeut mag noemen volgens het '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).

Hulpmiddelenzorg:

De zorg die voorziet in vergoeding van aanschaf, bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie

van de bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Instelling voor medisch-specialistische zorg:

Een instelling voor medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in de WTZi. Dit is bijvoorbeeld een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

In-vitrofertilisatiepoging:

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:

- 1^e het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- 2^e de follikelpunctie;
- 3^e de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- 4^e het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Kaakchirurg:

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

Ketenzorg:

Zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Kinderfysiotherapeut:

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de wet BIG en die daarnaast als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Centraal

Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Kinder- en Jeugdpsycholoog:

Degene die beschikt over de kwalificatie Kinder- & Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog:

Een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch psycholoog geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 14 van de wet BIG.

Kraamcentrum:

Een instelling die volgens de WTZi als kraamcentrum is toegelaten. Deze instelling verleent kraamzorg aan een vrouw in de thuissituatie, een geboortecentrum 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 thuisbevalling.

Kraamzorg:

De zorg die wordt verleend door een gediplomeerde kraamverzorgende die moeder en kind verzorgt en die is verbonden aan een ziekenhuis, kraamcentrum, geboortecentrum of kraamhotel.

Logopedist:

Degene die zich logopedist mag noemen volgens het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'. De logopedist staat geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Machtiging:

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

- a. wij deze zorg zien als zorg die valt onder de dekking van uw zorgverzekering;
- b. u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;
- c. u recht heeft op die zorg volgens de polisvoorwaarden;
- d. vergoeding van de aangevraagde zorg plaatsvindt tegen het met de gecontracteerde zorgverlener afgesproken tarief dan wel tegen het wettelijk of marktconforme tarief bij een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Magistrale bereiding:

Het bereiden van geneesmiddelen in de apotheek.

Manueel therapeut:

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de wet BIG en die daarnaast als manueel therapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Medisch adviseur:

De (para)medisch deskundige die ons adviseert in (para)medische aangelegenheden.

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 mondhygiënist die is opgeleid volgens de eisen van het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut' en het 'Besluit functionele zelfstandigheid'.

Oedeemtherapeut:

Degene die als fysiotherapeut geregistreerd staat volgens artikel 3 van de wet BIG en die daarnaast als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten, of een huidtherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit opleidingseisen en deskundigheid huidtherapie en geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

**Oefentherapeut Cesar/
oefentherapeut Mensendieck:**

Degene die zich oefentherapeut mag noemen volgens het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'. De oefentherapeut is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Opname:

Opname en het daaropvolgende verblijf langer dan 24 uur in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.

Orthodontist (beugeltandarts):

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

Orthopedagoog-Generalist:

Degene die in het bezit is van een registratie als Orthopedagoog-

Generalist van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Polis:

De akte waarin de tussen een verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd. Deze akte wordt ook wel polisblad genoemd. (Zie inleiding).

Polisvoorwaarden:

De voorwaarden met een overzicht van de rechten en plichten van de verzekeringnemer, de verzekerde en de zorgverzekeraar ten opzichte van elkaar, indien een verzekeringsovereenkomst wordt gesloten.

Psychiater:

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 'psychiater' staat, kan ook 'zenuwarts' gelezen worden.

Psychotherapeut:

Degene die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 3 van de wet BIG.

Rationele farmacotherapie:

Een behandeling met een geneesmiddel in een vorm die voor de betrokken verzekerde geschikt is en waarvan de effectiviteit uit wetenschappelijke literatuur is gebleken en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Revalidatie:

Medisch-specialistisch, paramedisch, gedragswetenschappelijk en

revalidatietechnisch onderzoek, advisering en behandeling. Een team van verschillende soorten deskundigen verleent de zorg, onder leiding van een medisch specialist (revalidatiearts). Het team is verbonden aan een volgens de WTZi toegelaten instelling voor revalidatie.

SOS International:

Alarmcentrale die u ter plaatse kan helpen als u medische problemen krijgt tijdens uw (tijdelijk) verblijf in het buitenland en bij welke instantie u een buitenlandse ziekenhuisopname altijd binnen 2 x 24 uur dient te melden.

Specialistische GGZ:

Diagnostiek en specialistische behandeling van ingewikkelde psychische aandoeningen. De behandeling kan gepaard gaan met voorschrijven van medicijnen, crisisopvang en opname in een GGZ-instelling. Het is noodzakelijk dat bij de behandeling een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) betrokken is.

Spoedeisende zorg:

Onvoorziene zorg die direct medische behandeling vereist.

Tandarts:

Degene die als zodanig geregistreerd is volgens artikel 3 van de wet BIG.

Tandprotheticus:

Degene die is opgeleid volgens het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Trombosedienst:

Organisatie die geregeld het stollingsvermogen controleert van het bloed van mensen die therapie krijgen, teneinde stolling tegen te gaan.

Verblijf:	Opname met een duur van 24 uur of langer.
Verdragsland:	Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen, anders dan EU- of EER-staat.
Verloskundige:	Degene die als zodanig geregistreerd is volgens artikel 3 van de wet BIG.
Verpleegkundige:	Degene die als zodanig geregistreerd is volgens artikel 3 van de wet BIG.
Verwijzing:	Het advies van een zorgverlener of zorginstelling aan een verzekerde om zich onder behandeling te stellen van of een behandeling voort te zetten bij een andere zorgverlener of zorginstelling. Voor spoedeisende zorg is nooit een verwijzing nodig.
Verzekerde:	Iedereen die als zodanig op de polis is vermeld.
Verzekeringnemer:	Degene die de verzekeringsovereenkomst, de zorgverzekering met ons is aangegaan.
Voorschrift:	De vaststelling door een zorgverlener of zorginstelling welke zorg, onderzoek, behandeling of therapie de verzekerde om medisch professionele redenen nodig heeft.
Wet BIG:	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.

WMG-tarief:	Het op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) goedgekeurde of vastgestelde tarief, dan wel het maximumtarief voor een prestatie of geheel van prestaties door een orgaan (instelling en/of persoon) voor gezondheidszorg geleverd.
Zelfstandig behandelcentrum (ZBC):	Zie onder 'instelling voor medisch-specialistische zorg'.
Ziekenhuis:	Zie onder 'instelling voor medisch-specialistische zorg'.
Zitting:	Een direct contact tussen zorgverlener en verzekerde met als doel een behandeling of consult volgens een prestatiebeschrijving beschreven door de NZa en opgenomen als aanspraak in de Zorgverzekeringswet.
Zorggroep:	Een organisatie (van overwegend eerstelijnszorgaanbieders) die met zorgverzekeraars contracten sluit om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren met als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren.
Zorgverzekeraar:	De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. De verzekeringsonderneming waarop deze polisvoorwaarden van toepassing zijn, is 'De Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar u.a.'. In deze polisvoorwaarden gebruiken wij ook de aanduidingen 'DSW', 'DSW Zorgverzekeraar', 'wij' en 'ons'.
Zorgverzekering:	Een verzekering die door de NZa is goedgekeurd als zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 De grondslag van uw zorgverzekering

lid 1 De basis

Omdat u bij ons een zorgverzekering heeft afgesloten, is er sprake van een verzekeringsovereenkomst tussen u en DSW. Deze overeenkomst 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 heeft ingevuld.

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

lid 2 Interpretatieverschillen

Hoewel wij de verzekeringsovereenkomst zo volledig en nauwkeurig mogelijk hebben geformuleerd, kan er verschil ontstaan over de uitleg ervan. In die situaties is de tekst van de relevante wet- en regelgeving beslissend.

lid 3 De verzekeringspas

Naast de polis ontvangt u bij inschrijving ook uw verzekeringspas. Op vertoon van deze pas kunt u terecht bij zorgaanbieders op wiens zorg u volgens de polisvoorwaarden recht heeft. Op de achterzijde van de pas vindt u de EHIC (zie ook de Inleiding).

lid 4 Aard van uw zorgverzekering

Uw zorgverzekering is een restitutieverzekering, dat wil zeggen dat u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg en vrij bent in de keuze van zorgverlener. De zorgaanbieders kunnen de nota's rechtstreeks naar ons sturen als wij dit met hen hebben afgesproken. In andere gevallen kunt u de nota's zelf naar ons toesturen.

Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd. Zie www.dsw.nl voor het 'overzicht zorgverleners' met wie wij afspraken hebben gemaakt.

lid 5 Inhoud en omvang van zorg

In deze polisvoorwaarden staat voor welke behandelingen een verzekerde recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg worden 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 heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen; dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

Artikel 3 Werkgebied

De zorgverzekering kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige volgens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 4 Begin van de zorgverzekering

lid 1 Datum van ingang van de verzekering

De zorgverzekering gaat in op de datum waarop wij uw volledig ingevulde verzoek ontvangen om de zorgverzekering bij ons af te sluiten. Deze ingangsdatum vermelden wij op uw polis. Als u als verzekeringnemer op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek heeft aangegeven de zorgverzekering op een latere datum te willen laten ingaan, gaat de zorgverzekering op die latere datum in.

lid 2 Verzekerd met terugwerkende kracht

Er zijn twee 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 ontstaat.
- b. als u de zorgverzekering bij ons afsluit binnen een maand nadat u uw zorgverzekering bij een andere verzekeraar heeft beëindigd. Uw zorgverzekering gaat dan bij ons in op de eerste dag nadat uw oude zorgverzekering is geëindigd.

Artikel 5 Duur en opzegging van de zorgverzekering

Als verzekeringnemer heeft u het recht de zorgverzekering op te zeggen in de volgende situaties:

- aan het einde van het jaar (zie lid 1),
- als u een zorgverzekering voor iemand anders heeft afgesloten die nu voor zichzelf een andere zorgverzekering sluit (zie lid 2),
- bij een wijziging van de polisvoorwaarden in uw nadeel (zie lid 3),
- als u verandert van werkgever en u collectief verzekerd bent (zie lid 4),
- bij een verandering van de premie in uw nadeel (zie lid 5).

Indien de zorgverzekering eindigt, ontvangt u van ons een bewijs van uitschrijving.

In lid 6 ziet u wanneer er geen recht is om de zorgverzekering op te zeggen.

lid 1 Aan het einde van het jaar

Als verzekeringnemer mag u uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk op 31 december schriftelijk opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw zorgverzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de zorgverzekering

niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar.

Het opzeggen kan op de volgende manieren plaatsvinden:

- Door gebruik te maken van de opzegservice. Zorgverzekeraars hebben een opzegservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u als verzekeringnemer uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt.
- Door u als verzekeringnemer. U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk opzeggen.

lid 2

Als u een zorgverzekering voor iemand anders heeft afgesloten

Heeft u als verzekeringnemer iemand anders verzekerd, dan kunt u ook in de loop van het jaar de zorgverzekering voor die verzekerde opzeggen, wanneer deze persoon via een andere zorgverzekering wordt verzekerd. U moet ons wel een bewijs sturen van inschrijving van deze persoon bij een andere zorgverzekeraar.

Als u de zorgverzekering schriftelijk opzegt, nadat de nieuwe zorgverzekering is ingegaan, dan eindigt de zorgverzekering op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop u als verzekeringnemer heeft opgezegd.

Als u de zorgverzekering schriftelijk opzegt, nadat de nieuwe zorgverzekering is ingegaan, dan eindigt de zorgverzekering na afloop van een volledige maand.

lid 3

Bij een wijziging van de voorwaarden in uw nadeel

Wij hebben het recht de polisvoorwaarden te wijzigen. Is de wijziging in uw nadeel, dan heeft u als verzekeringnemer het recht de zorgverzekering schriftelijk op te zeggen. U heeft hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u over de wijziging informeerden.

Uw zorgverzekering eindigt dan op de dag waarop de wijziging ingaat. Het recht tot opzeggen geldt niet als de wijziging van de voorwaarden het gevolg is van een wetswijziging.

lid 4

Bij verandering van werkgever bij wie u collectief verzekerd bent

U kunt uw zorgverzekering opzeggen wanneer u collectief verzekerd bent via een werkgever en in dienst treedt bij een andere werkgever met een andere collectieve zorgverzekering; dit kan vanaf de dag dat uw oude dienstverband eindigt tot 30 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.

lid 5

Bij wijziging van de premiegrondslag

Wij informeren u minstens zes weken van te voren over een wijziging in de premiegrondslag. Bij verhoging van de premiegrondslag heeft u als verzekeringnemer het recht uw zorgverzekering schriftelijk op te zeggen vanaf de dag dat wij u deze mededeling doen tot de dag waarop de

verhoging ingaat. Uw zorgverzekering eindigt dan op de dag dat de premieverhoging ingaat. Zie ook artikel 8.

lid 6 **Geen recht van opzegging**

De opzegmogelijkheden die wij hiervoor in de leden 1, 2 en 4 hebben aangegeven, gelden niet in de volgende situatie:

- a. u heeft de verschuldigde premie niet op tijd aan ons betaald; en
- b. wij hebben u hiervoor een aanmaning gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal veertien dagen aan ons te betalen; en
- c. wij hebben de dekking van de zorgverzekering niet opgeschort (geschorst); en
- d. wij hebben niet binnen veertien dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u de premie en eventuele incassokosten aan ons heeft betaald, kunt u alsnog gebruik maken van de opzegmogelijkheden, als bedoeld in de leden 1, 2 en 4.

Artikel 6 **Andere momenten van beëindiging van de zorgverzekering**

Uw zorgverzekering kan eindigen:

- in situaties waarin de wet dit heeft bepaald (zie lid 1);
- als u onrechtmatig verzekerd bent (zie lid 2);
- als u onrechtmatig handelt (zie lid 3).

lid 1 **Situaties waarin de wet de beëindiging heeft bepaald**

De Zorgverzekeringswet bepaalt dat de zorgverzekering in bepaalde situaties moet eindigen. 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 als verzekerde daardoor buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk twee maanden van tevoren op de hoogte;
- c. een op uw polis genoemde verzekerde overlijdt. Wij moeten binnen dertig dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht;
- d. de verzekeringsplicht van een op de polis genoemde verzekerde eindigt doordat deze niet meer op basis van de AWBZ verzekerd is of als militair in werkelijke dienst gaat. De verzekeringnemer moet ons dit zo snel mogelijk laten weten.

In bovenstaande gevallen zullen wij u zo snel als mogelijk op de hoogte stellen onder vermelding van de redenen van de beëindiging en de beëindigingsdatum.

lid 2 **Onrechtmatige inschrijving**

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

lid 3 **Onrechtmatig handelen**

Onder bepaalde omstandigheden zouden wij, als deze omstandigheden eerder bekend waren geweest, geen zorgverzekering hebben gesloten.

Deze omstandigheden doen zich voor indien een verzekerde zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging.

Wij hebben in die situaties het recht zowel de aanvullende zorgverzekering als de zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet binnen twee maanden na ontdekking per direct te beëindigen. Tevens zullen wij de onderzoekskosten op de verzekerde verhalen.

lid 4 **Detentie**

De zorgverzekering wordt op basis van de wet opgeschort tijdens de periode dat een verzekerde gedetineerd is na een rechterlijke uitspraak. Zodra de detentie eindigt, worden de rechten en plichten weer van kracht.

Artikel 7 **Premie**

lid 1 **Premie voor de zorgverzekering**

Voor de zorgverzekering moet u als verzekeringnemer premie betalen. Voor verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar, betaalt u geen premie. Vanaf de eerste dag van de maand nadat een verzekerde 18 jaar is geworden, is pas premie verschuldigd.

lid 2 **Hoogte van de premie**

De te betalen premie is gelijk aan de premiegrondslag, met aftrek van eventuele kortingen:

- a. Premiegrondslag
Op uw polis staat de premiegrondslag per verzekerde per maand. Op de premiebijlage staat de grondslag van de premie per verzekerde per jaar vermeld.
- b. Korting bij vrijwillig eigen risico
Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico (zie artikel 9), krijgt u korting. Deze korting is een vast bedrag dat van de premiegrondslag afgaat en staat ook op uw polis vermeld. Hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe hoger de korting.
- c. Betalingskorting
U kunt tevens met ons afspreken of u de premie per maand, per kwartaal, per half jaar of per jaar vooruitbetaalt. Als u per maand betaalt, krijgt u geen korting. Hoe langer de termijn is die u

vooruitbetaalt, hoe hoger de korting. De betalingskorting gaat af van de verschuldigde premie en staat eveneens op de polis vermeld.

lid 3 Premiebetaling/niet tijdig betalen van de premie

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, half jaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kunnen wij na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van veertien dagen, te rekenen vanaf de dag van de aanmaning. Indien na de tweede aanmaning geen betaling plaatsvindt, is de verzekeringnemer een vergoeding van € 20,- verschuldigd voor administratiekosten.

lid 4 Geen verrekening met vergoedingen

U mag de te betalen premie niet verrekenen met door ons te betalen vergoedingen.

lid 5 Gevolgen van te laat betalen bij een achterstand van twee maanden of meer

Wij informeren u bij het ontstaan van een betalingsachterstand van twee maandpremies en bieden een betalingsregeling aan voor de premie, incassokosten en rente.

Bij een achterstand in de betaling van vier maandpremies, delen wij u mee dat bij een betalingsachterstand van zes maandpremies melding zal worden gedaan aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) voor het heffen van een bestuursrechtelijke premie.

Nadat een betalingsachterstand ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, melden wij dit aan het CVZ en aan u als verzekeringnemer. Vanaf dat moment int het CVZ de bestuursrechtelijke premie bij u als verzekeringnemer.

Indien wij maatregelen treffen tot incasso van onze vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor uw rekening. Deze vorderingen zullen worden voorgelegd aan de bevoegde rechter.

lid 6 Premie bij wijziging zorgverzekering

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

Artikel 8 Herziening van de premie

lid 1 **Ons recht tot wijziging premiegrondslag**
Wij kunnen de premiegrondslag veranderen. Wij mogen deze verandering pas laten ingaan zes weken nadat we deze aan u hebben doorgegeven.

lid 2 **Uw recht tot opzeggen bij verhoging van premiegrondslag**
U mag de zorgverzekering opzeggen als wij de premiegrondslag verhogen. Wij moeten uw opzegging wel hebben ontvangen voor de verhoging daadwerkelijk ingaat.

Artikel 9 **Eigen risico**

lid 1 **Verplicht eigen risico**
Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 220,- per jaar. U moet dus de eerste € 220,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering van ons zou hebben ontvangen, zelf betalen. Pas daarna vergoeden wij u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het verplichte eigen risico staat op de polis vermeld. De hoogte van het verplicht eigen risico stelt de overheid jaarlijks vast en is bij alle zorgverzekeraars gelijk.

lid 2 **Vrijwillig eigen risico**
Naast het verplichte eigen risico kunt u, als u 18 jaar of ouder bent, kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Zonder verdere afspraak bedraagt het vrijwillige eigen risico € 0,-. Met uitzondering van artikel 9, leden 8 en 9 kiest u een vrijwillig eigen risico voor de duur van een jaar en kunt u deze gedurende het jaar niet wijzigen.

lid 3 **Hoogte vrijwillig 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 bovenop het verplichte eigen risico. Indien u een vrijwillig eigen risico kiest, krijgt u korting op de premie zoals vermeld in de premiebijlage.

lid 4 **Kosten die niet meetellen voor het eigen risico**
Sommige kosten tellen niet mee voor het eigen risico (zowel voor het verplichte als het vrijwillige). Die kosten krijgt u dus wel van ons vergoed, ook al heeft u uw eigen risico nog niet vol gemaakt. Op die kosten zijn ook weer uitzonderingen van toepassing. Het volgende schema verduidelijkt dit.

Uitzonderingen: wat telt niet mee voor het eigen risico?	Uitzondering op de uitzondering: wat telt wel mee?
Huisartsenzorg	Medicijnen voorgeschreven en laboratoriumonderzoek aangevraagd door uw huisarts
Verloskundige zorg	Medicijnen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer naar het

	ziekenhuis vanwege zwangerschap of bevalling.
Kraamzorg	-
Ketenzorg	-
Nacontroles van levende donoren van een nier of lever ten behoeve van nier- of levertransplantaties	-

lid 5 Kosten DBC

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

lid 6 Kosten voor eigen rekening

Kosten die u op grond van de polisvoorwaarden zelf moet betalen, tellen niet mee voor het eigen risico. Wij brengen die kosten dus niet in mindering op het nog openstaande bedrag aan verplicht eigen risico. Zo kan er in de Zorgverzekeringswet voor bepaalde zorg een eigen bijdrage gelden. Ook kan er een maximumvergoeding gelden en kunnen de kosten dit maximum overstijgen. Het gaat met andere woorden om kosten die wij niet aan u zouden vergoeden en die u dus toch al zelf zou moeten betalen.

lid 7 Terugvordering en verrekening van het eigen risico

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

lid 8 Berekening eigen risico bij aanmelding/opzegging gedurende het jaar

Als uw zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt, berekenen wij de hoogte van het eigen risico voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering loopt. Wij tellen daartoe het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door het totaal aantal dagen in dat jaar (365, behalve bij schrikkeljaren). De uitkomst hiervan wordt vermenigvuldigd met de hoogte van het verplichte en vrijwillige eigen risico en afgerond op hele euro's.

lid 9 Eigen risico wanneer een verzekerde 18 jaar wordt

Tot 18 jaar is het eigen risico € 0,-. Vanaf 18 jaar bedraagt het verplicht eigen risico € 220,- voor een heel jaar en kan de verzekerde tevens kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Wij vragen u uiterlijk in de maand voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd van een verzekerde of deze kiest voor een vrijwillig eigen risico, en zo ja, hoe hoog. Als een verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt, is hij vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt premieplichtig. De hoogte van het eigen risico wordt vervolgens bepaald op dezelfde wijze als in lid 8 is beschreven.

lid 10 **Eerst verplicht daarna vrijwillig eigen risico vol maken**

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplichte eigen risico vol. Als dat vol is, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillig 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.

Artikel 10 **Behandeling in het buitenland**

Voor vergoeding van behandeling in het buitenland onderscheiden we:

- verzekerden die wonen in Nederland (zie lid 1);
- verzekerden die wonen of verblijven in een EU/EER-land of verdragsland en al dan niet tijdelijk in Nederland of een ander verdragsland verblijven (zie lid 2);
- verzekerden die wonen of verblijven in het buitenland, maar niet in een verdragsland (zie lid 3).

lid 1 **Wonen in Nederland en zorg in buitenland**

Als u in Nederland woont, heeft u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland. Als u zich went tot een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland, dan krijgt u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of instelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 lid 3.

lid 2 **Wonen/verblijven in een ander EU/EER-land of verdragsland en zorg in dat land, Nederland of ander verdragsland**

In deze situaties heeft u naar keuze recht op:

- a. vergoeding van 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 door ons gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- c. vergoeding van verzekerde zorg door een **niet** door ons gecontracteerde zorgaanbieder of 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. Zie hiervoor artikel 15 lid 3.

lid 3 **Wonen in buitenland, maar niet in EU/EER-land of Verdragsland**

Woont of verblijft u buiten Nederland in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op een vergoeding van de kosten van verzekerde 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. Zie hiervoor artikel 15 lid 3.

lid 4 Vergoeding en machtiging

Als u zorg inroept waarbij u opgenomen moet worden of in een instelling moet verblijven, de zogenoemde intramurale zorg, is het vereist om vooraf van ons toestemming te hebben gekregen. Indien sprake is van medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, geldt deze toestemmingseis niet. U dient een 'spoed'opname altijd binnen 2 x 24 uur aan SOS International te melden.

Het toestemmingsvereiste is niet van kracht als u zorg inroept die niet gepaard gaat met opname of verblijf, de zogenoemde extramurale zorg. Als u in een ander land dan uw woonland zorg inroept van een zorgverlener of instelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, dan is het wellicht vooraf onduidelijk of en, zo ja, in hoeverre u die zorg vergoed krijgt. Daarom raden wij u in alle gevallen aan, zoals aangegeven in artikel 15 lid 7, bij voorziene zorg in het buitenland altijd vooraf contact met ons op te nemen. Wij kunnen u dan aangeven:

- a. of u verzekerd bent voor die zorg;
- b. of u in uw situatie op die zorg redelijkerwijs bent aangewezen;
- c. hoe hoog de vergoeding zal zijn;
- d. of u voor deze zorg bij zorgverleners terecht kunt met wie wij een overeenkomst hebben gesloten.

lid 5 Bevoegde zorgverlener

Zorg in het buitenland komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien deze wordt verleend door een zorgverlener of zorginstelling die in het desbetreffende land bevoegd is deze zorg te verlenen.

lid 6 Vergoeding van medisch noodzakelijke zorg

Als u in het buitenland medisch noodzakelijke zorg inroept, dat wil zeggen zorg die naar het oordeel van onze medisch adviseur redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland, dan zullen wij deze zorg volledig vergoeden.

Artikel 11 Overige voorwaarden**lid 1 Recht op andere zorg dan in voorwaarden omschreven**

In de artikelen 15 tot en met 34 staat voor welke zorg u volgens deze zorgverzekering recht heeft op vergoeding. U kunt echter ook recht hebben op vergoeding van andere vormen van zorg. De voorwaarden hiervoor zijn dat:

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

lid 2 Opname in andere dan verzekerde klasse

Als u opgenomen wordt in een ziekenhuis en daar terechtkomt in een andere klasse dan de klasse waarvoor u verzekerd bent, vergoeden wij aan u het tarief van de laagste klasse.

lid 3 **Begin en einde van recht op vergoeding van kosten van zorg**

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van zorg waarop u volgens de polisvoorwaarden recht heeft als u die zorg heeft gehad in de periode dat deze zorgverzekering loopt. Als wij een declaratie ontvangen van een DBC 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 van kracht was.

lid 4 **Registratie van persoonsgegevens**

Wij nemen de persoonsgegevens die u ons bij de aanvraag van de zorgverzekering of later verstrekt, op in ons gegevensbestand. Wij gebruiken deze persoonsgegevens alleen voor doelen die zijn genoemd in de polisvoorwaarden of in geldende privacyregelgeving en die we bij het College Bescherming Persoonsgegevens hebben gemeld.

Naam-, adres- en woonplaatsgegevens (NAW-gegevens) van de verzekerde worden via VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg) beschikbaar gesteld aan zorgverleners om het recht op verzekering te kunnen controleren en vervolgens rechtstreeks bij ons te kunnen declareren.

lid 5 **Verwerking van medische gegevens**

De verwerking van medische gegevens vindt afzonderlijk plaats. Dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur, die een geheimhoudingsplicht heeft. Deze medische gegevens worden uitsluitend gebruikt voor het aangaan of uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst en het leveren van de overeengekomen dienst(en) waarvoor de medische gegevens zijn aangeleverd. Medische gegevens worden alleen aan anderen binnen het bedrijf verstrekt indien zij de gegevens voor de uitvoering van hun werkzaamheden nodig hebben.

Deze andere personen hebben op die momenten dezelfde geheimhoudingsplicht als de medisch adviseur op grond van zijn medisch beroepsgeheim heeft.

Artikel 12 **Uw verplichtingen**

lid 1 **Algemene verplichtingen**

U bent als verzekeringnemer/verzekerde verplicht:

- a. als u zorg inroept bij een zorgverlener zich te legitimeren door middel van een geldig rijbewijs, paspoort of Nederlandse identiteitskaart;
- b. aan de behandelend arts of medisch specialist te vragen om de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur, indien hij hierom vraagt;

- c. ons te helpen bij het verkrijgen van alle gewenste informatie om de verzekeringsovereenkomst goed uit te kunnen voeren. We houden ons hierbij aan wat hierover in de privacyregelgeving is geregeld;
- d. eventuele aanvang en beëindiging van detentie binnen een maand aan ons te melden. De dekking en premieplicht worden namelijk tijdens de duur van de hechtenis en gevangenschap tijdelijk opgeschort;
- e. de verzekeringspas niet meer te gebruiken na beëindiging van de zorgverzekering;
- f. bij beëindiging van de zorgverzekering de naam van de nieuwe zorgverzekeraar aan ons te melden, zodat wij de zorgverzekering correct kunnen afwickelen.

lid 2 Verplichtingen rond declaratie zorgkosten

Wanneer de zorgverlener de kosten niet rechtstreeks bij ons indient maar u een nota stuurt, bent u verplicht ons die originele nota tijdig, en bij voorkeur binnen 12 maanden na afloop van het jaar waarin de behandeling plaatsvond, aan ons op te sturen. Hierbij is de behandeldatum of de datum van de levering van de zorg bepalend en niet de declaratiedatum van de zorgverlener.

lid 3 Verplichtingen bij verhaal door DSW

- 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 zo spoedig mogelijk aan ons melden. Tevens moet u aangifte doen bij de politie, tenzij dit niet bijdraagt aan het verhaal door DSW. U bent verplicht ons behulpzaam te zijn en alle informatie te verstrekken bij eventueel verhaal van de kosten.
- b. Geen afspraken met andere partijen (derden)
U mag geen afspraken maken of overeenkomsten sluiten met anderen (derden) – ook verzekeraars - die onze verhaalsmogelijkheden (kunnen) benadelen, tenzij wij u hiervoor vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.
- c. Gevolgen bij niet meewerken
Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u niet meewerkt onze kosten te verhalen.

lid 4 Gevolgen geven van onjuiste informatie

U bent verplicht ons juiste informatie te geven. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, valse of misleidende stukken of doet u een onware opgave met betrekking tot uw ingediende declaratie of heeft u anderszins gehandeld met het opzet ons te benadelen dan:

- a. vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, ook voor dat deel waarover geen onware opgave is gedaan en/of een verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;

- b. zullen wij een onderzoek (laten) instellen om ons vermoeden van fraude en/of opzettelijke misleiding vast te stellen. Gedurende dit onderzoek is onze verplichting tot uitbetaling van de vergoeding van uw declaratie(s) opgeschort;
- c. vorderen wij reeds uitgekeerde vergoeding(en) en de gemaakte (onderzoeks)kosten bij u terug;
- d. hebben wij bij vastgestelde fraude en/of opzettelijke misleiding het recht de zorgverzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen;
- e. zullen wij registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen en doen wij hiervan zo nodig aangifte bij Justitie;
- f. zullen wij gedurende vijf jaar niet ingaan op uw verzoek een nieuwe zorgverzekering te sluiten.

Hetzelfde geldt als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert.

lid 5 Doorgeven van belangrijke gebeurtenissen

U bent verplicht gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren, binnen 14 dagen aan ons door te geven. Het gaat om zaken als:

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

Wij gaan ervan uit dat berichten die wij toesturen aan het laatste adres dat van u bij ons bekend is, bij u aankomen.

lid 6 Gang van zaken bij niet-nakomen verplichtingen

Als u de verplichtingen genoemd in lid 1 tot en met 3 van dit artikel niet nakomt en onze belangen zijn hierdoor geschaad, kunnen wij aanspraak maken op vermindering van de vergoedingsplicht tot maximaal het door ons geleden nadeel.

Volgens de wet moet u de originele nota binnen 36 maanden vanaf de notadatum naar ons sturen. Stuurt u de nota's later in, dan komen deze niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 13 Algemene uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de volgende zorg en kosten:

- 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 ziekte tijdens een reis;
- g. geneesmiddelen die u krijgt in het kader van een wetenschappelijk onderzoek;
- h. kraampakketten, verbandwatten en steriel hydrofielgaas bij verloskundige zorg;
- i. nota's voor afspraken die u niet bent nagekomen;
- j. kosten in verband met het vertalen van nota's die in een andere taal dan Nederlands zijn opgesteld;
- k. schade die veroorzaakt of ontstaan is door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals aangegeven is in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
- l. als zorg nodig is als gevolg van een 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, heeft u uitsluitend recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De genoemde Herverzekeringsmaatschappij 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, heeft u – naast dit percentage – recht op uitkering krachtens een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van deze wet of artikel 3.16 van dit besluit.

Artikel 14 Geschillen

U kunt klachten hebben over de uitvoering van uw zorgverzekering, de manier waarop u door ons bent behandeld, de verwerking van uw persoonsgegevens, of een zorgverlener of instelling. Van een geschil is sprake wanneer u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de zorgverzekering hebben genomen.

lid 1 Nederlands recht

Op deze overeenkomst is het Nederlandse recht van toepassing.

lid 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 te heroverwegen. Daarvoor moet u een schriftelijk verzoek aan onze Raad van Bestuur sturen. Wij streven er naar uw verzoek tot heroverweging binnen 30 dagen af te handelen.
- b. Naar de rechter of de geschillencommissie

U kunt naar de rechter stappen als u het niet eens bent met de uitkomst van onze heroverweging. U kunt het geschil ook voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). De SKGZ heeft een Ombudsman die bemiddelt en een Geschillencommissie die bindend adviseert.

- c. Als u onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vindt, kunt u daarover een klacht indienen bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een bindende uitspraak.

Deel 2 Dekking en vergoeding

Artikel 15 Recht op zorg en vergoeding

lid 1 Algemeen

U hebt recht op vergoeding van kosten van zorg zoals wij in deze polisvoorwaarden hebben beschreven, daarbij bent u volledig vrij in de keuze van zorgverlener. U kunt hierbij gebruik maken van:

- a. zorg verleend door een door ons gecontracteerde zorgverlener (gecontracteerde zorg) (zie lid 2); of
- b. zorg verleend door een zorgverlener die geen overeenkomst met ons heeft (niet-gecontracteerde zorg) (zie lid 3).

lid 2 Vergoeding bij gecontracteerde zorg

Wanneer u kiest voor gecontracteerde zorg, worden de kosten vergoed volgens de door ons overeengekomen tarieven. In dat geval vindt betaling rechtstreeks aan de zorgverlener plaats en ontvangt u geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage wordt veelal door de zorgverlener apart bij u in rekening gebracht. Een overzicht van gecontracteerde zorgverleners vindt u op www.dsw.nl.

lid 3 Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wettelijk Maximumtarief

Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling binnen Nederland gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van instellingen voor Medisch Specialistische Zorg en specialistische GGZ. Hiervoor geldt dat wij uw behandeling vergoeden tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding.

Voor al onze marktconforme vergoedingen zie www.dsw.nl

Vrije tarieven

Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Voor al onze marktconforme vergoedingen zie www.dsw.nl

lid 4 Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg

Alleen originele nota's die voorzien zijn van de naam, adresgegevens en geboortedatum van de verzekerde, naam en AGB-code van de behandelaar, de behandeldata, de aard van de behandeling en het per behandeling in rekening gebrachte bedrag worden door ons in behandeling genomen. De nota dient zodanig te zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden nagegaan tot welke vergoeding wij zijn gehouden. Als

u de nota zelf heeft ontvangen van de zorgverlener, bent u verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgverlener.

- lid 5** **Extra voorwaarden ten aanzien van de betaling van rekeningen**
- Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat ontvangt u van die zorgverlener een nota ter voldoening van de kosten van de geleverde zorg. Die nota kunt u bij ons indienen. Wij vergoeden de nota met inachtneming van artikel 15 lid 3. De aanspraak op vergoeding van kosten van de door een niet-gecontracteerde zorgverlener geleverde zorg is persoonlijk en niet overdraagbaar aan derden.
- a. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener
 U geeft ons toestemming met zorgverleners en leveranciers afspraken te maken over de betaling van nota's. Wij kunnen onder andere afspreken dat zij bepaalde of alle nota's rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen.
 - b. Te veel vergoed aan de zorgverlener
 Als u op grond van deze polisvoorwaarden geen recht heeft op vergoeding of op een lagere vergoeding dan het door ons aan de zorgverlener betaalde bedrag, dan bent u verplicht ons het verschil te betalen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer u een eigen bijdrage of eigen risico heeft of wanneer er een maximumvergoeding geldt. U betaalt dit verschil op dezelfde wijze als uw premie via automatische incasso of met een acceptgiro.
 - c. Verrekening
 Als wij een nota niet rechtstreeks aan de zorgverlener betalen maar aan u, dan mogen wij de aan u te betalen bedragen verrekenen met uw eventuele openstaande premie.

- lid 6** **Bemiddeling**
- De verzekerde heeft desgevraagd recht op zorgbemiddeling door DSW Zorgverzekeraar.

- lid 7** **Machtiging**
- Sommige behandelingen krijgt u alleen vergoed als u vooraf een aanvraag heeft ingediend en een machtiging van ons heeft gekregen. Dit staat dan vermeld bij de behandeling in kwestie. Om deze machtiging aan te vragen, stuurt u ons:
- a. een verwijsbrief of aanvraag van de behandelende huisarts, medisch specialist of tandarts; en
 - b. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.
- Zodra u van ons een machtiging heeft gekregen, mag de zorg voor rekening van uw zorgverzekering worden gegeven. Een door DSW Zorgverzekeraar afgegeven machtiging geldt niet langer dan de looptijd van de zorgverzekering, en is verstrekt onder voorbehoud van wijziging in wet- en regelgeving.

- lid 8** **Spoedeisende zorg**

Gaat het om spoedeisende zorg die niet kan worden uitgesteld, dan handelen wij alsof u een machtiging heeft gekregen voor de zorg, ook al heeft u deze (uiteraard) niet vooraf bij ons aangevraagd. U moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze zorg. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing vereist.

lid 9 Doorlopende zaken bij verandering zorgverzekeraar

Als u uw zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar heeft beëindigd en u kreeg tijdens die vorige zorgverzekering een akkoordverklaring, een verwijzing en/of een recept, dan blijven die geldig als u naar ons overstapt.

Deze zaken verlopen op de datum die de andere zorgverzekeraar daarin heeft aangegeven. Indien er geen einddatum is bepaald door de vorige zorgverzekeraar, dan is deze akkoordverklaring, verwijzing en/of recept één jaar geldig vanaf het moment dat u bent overgestapt. De vergoeding vindt plaats conform onze polisvoorwaarden.

lid 10 Betalingen/Vergoedingen

Alle betalingen worden door ons gedaan op het bij ons bekende rekeningnummer van de verzekeringnemer, tenzij de verzekerde anders aangeeft.

lid 11 Teruggave van originele nota's

Wij geven door u ingestuurde nota's, bijlagen en stukken niet terug, ook niet als u slechts een deel vergoed heeft gekregen, verrekening met eigen risico heeft plaatsgevonden of zelfs als u niets vergoed heeft gekregen. U kunt bij ons wel een gewaarmerkte kopie opvragen. Dit is een afdruk van uw gescande nota met een stempel waaruit blijkt dat deze afdruk identiek is aan de originele nota.

Artikel 16 Huisartsenzorg

lid 1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden de zorg die huisartsen plegen te bieden en onderzoek dat te maken heeft met deze huisartsenzorg. Als de betrokken huisarts aangesloten is bij een zorggroep waarmee wij een overeenkomst hebben afgesloten in het kader van ketenzorg voor chronische aandoeningen (onder andere COPD, Diabetes type 2 en Cardiovasculair risicomangement), omvat deze zorg ook de activiteiten van de huisarts, zoals overeengekomen met de betreffende zorggroep. Voor meer informatie zie www.dsw.nl.

lid 2 Voorwaarden

De zorg wordt verleend door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen BIG-geregistreerde arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

lid 3 Uitsluiting

Niet vergoed worden kosten van reizigersadvisering.

lid 4 Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst

Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij uw behandeling tot maximaal het marktconforme tarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

**Artikel 17 Medisch-specialistische zorg
(Exclusief specialistische geestelijke gezondheidszorg)**

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. Voor mondzorg door een kaakchirurg verwijzen wij naar artikel 28.

Binnen de medisch-specialistische zorg onderscheiden we:

- medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet klinisch) (zie lid 1),
- behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 2),
- verpleging zonder opname (zie lid 3).

In lid 4 leest u welke medisch-specialistische zorg wij niet vergoeden.

lid 1 Klinische en niet-klinische medisch-specialistische zorg

lid 1.1 Te vergoeden zorgkosten

lid 1.1.1 Ziekenhuisopname

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. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op 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.

lid 1.1.2 Medisch-specialistische zorg zonder opname

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door een instelling voor medisch-specialistische zorg. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

lid 1.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch specialisten plegen te bieden.

Machtiging

U moet vooraf bij ons een machtiging hebben aangevraagd en gekregen:

- voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 2.2)
- voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Voor meer informatie zie www.dsw.nl.

Voor andere medisch-specialistische zorg is dit niet vereist.

Verwijzing

- U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist (behalve als het gaat om spoedeisende zorg).
- Voor een zwangerschap en/of bevalling mag u ook een verwijzing van een verloskundige hebben.
- Voor een second opinion heeft u een aparte verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

lid 1.3 Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst

Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij uw behandeling tot maximaal het marktconforme tarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

lid 2 Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

lid 2.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als deze 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;
- c. verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
- d. de volgende aangeboren misvormingen:
 1. lip-, kaak- of gehemeltespelten;
 2. misvorming van het benig aangezicht;
 3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 4. geboortevlekken;
 5. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- f. de buikwand (abdominoplastiek), mits er sprake is van verminking of aantoonbare lichamelijke functiebeperking.

lid 2.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch specialisten plegen te bieden.

Machtiging

U moet bij ons vooraf toestemming hebben gevraagd en een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren.

Verwijzing

U heeft een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

lid 2.3 Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst

Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij uw behandeling tot maximaal het marktconforme tarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

Lid 3 Verpleging zonder opname

lid 3.1 Te vergoeden zorgkosten

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

lid 3.2 **Voorwaarden**

Algemeen

Het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg en die niet gepaard gaat met verblijf in een instelling voor medisch-specialistische zorg.

Verwijzing

U heeft een verwijzing van een medisch specialist.

Zorgverlener

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

lid 3.3 **Uitsluiting**

Niet vergoed worden kosten van verpleging die noodzakelijk zijn in verband met thuisbeademing of palliatieve terminale zorg (pijnverzachtende zorg rond het levenseinde als genezen niet meer mogelijk is). Deze zorg wordt wel vergoed vanuit de AWBZ.

lid 4 **Overige uitsluitingen rond medisch-specialistische zorg**

De volgende zorg wordt niet vergoed:

- a. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment van een geslaagde follikelpunctie en het moment van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie of indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van ten minste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie dan wel een spontaan ontstane zwangerschap van 12 weken na de datum van de laatste menstruatie. Na deze derde poging per zwangerschap die u wilt laten ontstaan, worden ook de daarbij horende geneesmiddelen niet vergoed;
- b. eicel- en spermadonatie, cryopreservatie en transplantatie van ovariumweefsel;
- c. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden als geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- d. liposuctie van de buik;
- e. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd;
- f. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- g. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- h. sterilisatiebehandelingen;
- i. behandelingen om sterilisatie ongedaan te maken;
- j. behandelingen die besnijdenis (circumcisie) tot doel hebben.

Artikel 18 Zwangerschap, bevalling en kraamzorg

Bij bevalling (verloskundige zorg) en kraamzorg onderscheiden wij:

- bevalling en kraamzorg met medische noodzaak in een ziekenhuis (zie lid 1);
- bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum (zie lid 2);
- bevalling en kraamzorg bij u thuis of in een kraamhotel (zie lid 3);
- kraamzorg bij u thuis of in een kraamhotel, geboortecentrum nadat u bevallen bent in een ziekenhuis (zie lid 4);
- prenatale screening (zie lid 5).

lid 1 Bevalling/kraamzorg met medische noodzaak in een ziekenhuis

lid 1.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden de medisch-specialistische zorg, het verblijf, de verzorging en de verpleging in een ziekenhuis.

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.

lid 1.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die (klinisch) verloskundigen en medisch specialisten plegen te bieden.

Verwijzing

U heeft voor deze zorg een verwijzing nodig van de verloskundige of verloskundig actieve huisarts.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een medisch specialist of (klinisch) verloskundige.

lid 2 Bevalling zonder medische noodzaak in een ziekenhuis of geboortecentrum

lid 2.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden verloskundige zorg in een ziekenhuis of geboortecentrum. U heeft recht op vergoeding van deze zorg vanaf de dag van de bevalling. In lid 2.2 hieronder, geven wij aan wat u voor deze zorg zelf moet betalen.

lid 2.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die verloskundigen plegen te bieden.

Zorgverlener

De verloskundige zorg wordt verleend door een verloskundige, een verloskundig actieve huisarts of een medisch specialist.

Eigen bijdrage

De eigen bijdrage voor moeder en kind/kinderen bedraagt € 16,- per persoon per dag voor poliklinische bevalling zonder medische noodzaak. Als het ziekenhuis of geboortecentrum meer dan € 112,50 per persoon per dag in rekening brengt, moet u het bedrag boven de € 112,50 ook zelf betalen.

lid 3 Bevalling en kraamzorg bij u thuis of in een kraamhotel

lid 3.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden:

- de verloskundige zorg tijdens de zwangerschap, de bevalling en het kraambed
- de inschrijving bij en intake door het kraamcentrum of kraamhotel
- de assistentie bij de bevalling (partusassistentie) tot maximaal drie uur na de bevalling; tenminste 24 uur tot maximaal 80 uur kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of kraamhotel, verdeeld over ten hoogste tien dagen gerekend vanaf de dag van bevalling. Het aantal uren kraamzorg dat u krijgt, is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraamcentrum of kraamhotel met behulp van het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg.

lid 3.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die verloskundigen en kraamverzorgenden plegen te bieden.

Zorgverlener

De verloskundige zorg wordt verleend door een verloskundige of verloskundig actieve huisarts. De kraamzorg wordt verleend door: een kraamverzorgende hetzij in dienst van een kraamcentrum of als zelfstandige en die in beide gevallen werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol.

Eigen bijdrage

Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,- per uur.

lid 4 Kraamzorg bij u thuis, in een kraamhotel of geboortecentrum nadat u bent bevallen in een ziekenhuis

lid 4.1 Te vergoeden zorgkosten

lid 4.1.1 Kraamzorg thuis

Uw verzekering geeft recht op 24 uur tot maximaal 80 uur kraamzorg, verdeeld over ten hoogste tien dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. De verloskundige of de medisch specialist stelt in overleg met het kraamcentrum of het kraamhotel het aantal uren kraamzorg vast waar u recht op heeft en wij vergoeden deze uren. De bepaling van het aantal uren vindt plaats volgens landelijke indicatieafspraken in het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg. Heeft u na de bevalling één of meer dagen doorgebracht in een ziekenhuis, dan trekken we dit af van het hierboven genoemde maximaal aantal dagen kraamzorg waarop u recht heeft.

lid 4.1.2 Kraamzorg in kraamhotel/geboortecentrum

Wij vergoeden kraamzorg voor moeder en kind in een kraamhotel/geboortecentrum. Deze kraamzorg beschouwen wij als vervanging van kraamzorg thuis. Zie lid 4.1.1. voor de voorwaarden hiervan.

lid 4.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die kraamverzorgenden plegen te bieden.

Zorgverlener

De kraamzorg wordt verleend door:

- een kraamverzorgende in dienst van een kraamcentrum en die werkt volgens het Landelijk Indicatie Protocol; of
- een zelfstandige kraamverzorgende die werkt volgens dit Protocol.

Eigen bijdrage

Voor kraamzorg thuis of de kraamzorg in het kraamhotel of geboortecentrum geldt een eigen bijdrage van € 4,- per uur.

Voor een niet-medisch noodzakelijke bevalling in een instelling (geboortecentrum/ziekenhuis) geldt een hogere eigen bijdrage van de nota van deze instelling min € 192,-. Deze hoge eigen bijdrage is formeel opgehangen aan de kraamzorg, maar wordt in feite geheven voor het gebruik van de verloskamer in de instelling. Bij aansluitende kraamzorg in deze instelling blijft de hoge eigen bijdrage gelden, tenzij er alsnog een medische indicatie optreedt voor het verblijf. Als er alsnog sprake is van een medische indicatie dan geldt de eigen bijdrage voor de kraamzorg niet meer, want dan is er sprake van een ziekenhuisopname. Daarbij geldt dat bij zieke moeder – gezonde zuigeling de indicatie voor de moeder zich ook uitstrekt tot de zuigeling.

lid 4.3 Uitsluitingen

Bij kraamzorg in een kraamhotel of geboortecentrum worden materiaalkosten, maaltijdkosten en gastovernachtingen niet vergoed.

lid 5 Prenatale screening

lid 5.1 Te vergoeden zorgkosten

Alle zwangere vrouwen hebben recht op vergoeding van prenatale screening. Deze screening omvat:

- a. 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 de combinatietest (nekplooiemeting en serumtest) en het structureel echoscopisch onderzoek (SEO);
- b. de combinatietest, met dien verstande dat voor zwangere vrouwen die jonger zijn dan 36 jaar, hiervoor een medische indicatie moet bestaan;
- c. het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) in het tweede trimester van de zwangerschap.

lid 5.2 Voorwaarden

Algemeen

De counseling, de combinatietest en het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) 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. Deze voorwaarde van de vergunning geldt niet als er sprake is van een medische indicatie.

Verwijzing

Een verwijzing van een huisarts of verloskundige is nodig wanneer een medisch specialist de zorg verleent.

Zorgverlener

Prenatale screening wordt uitgevoerd door een medisch specialist, echoscopist, verloskundig actieve huisarts of verloskundige.

Artikel 19 Revalidatie

lid 1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden revalidatie in de volgende vormen:

- verblijf: revalidatie waarvoor u meer dagen opgenomen wordt.
- deeltijd- of dagbehandeling: revalidatie zonder verblijf.

lid 2 Voorwaarden

Algemeen

Wij vergoeden de kosten van revalidatie alleen wanneer:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen om een handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Het gaat om een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, verstandelijk vermogen of gedrag, en;

- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven de beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is en
- de zorg plaats vindt in een instelling voor revalidatie.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgverlener

De zorg wordt uitgevoerd door een team van verschillende soorten deskundigen (multidisciplinair team) onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts.

Artikel 20 Orgaantransplantatie

lid 1 Te vergoeden zorgkosten

lid 1.1 Vergoeding voor u als ontvanger van orgaan

Wij vergoeden:

- a. de transplantatie van weefsels en organen,
- b. de specialistisch geneeskundige zorg die te maken heeft met de selectie van de donor (degene die een orgaan/weefsel aan u afstaat) en met het operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de donor,
- c. het onderzoek, de verwijdering, het bewaren en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

lid 1.2 Vergoeding voor donor

De zorg waarop de donor aanspraak kan maken, komt voor rekening van de verzekering van de ontvanger van de getransplanteerde of te transplanteren organen.

Wij vergoeden de kosten van:

- a. de zorg die te maken heeft met de opname van deze donor voor de selectie en/of de verwijdering van het transplantatiemateriaal; vergoeding vindt plaats tot maximaal 13 weken na het einde van deze opname. Voor leverdonoren geldt een termijn van maximaal zes maanden.
- b. het vervoer binnen Nederland dat de donor nodig heeft in verband met:
 - de selectie, de opname en het ontslag uit een ziekenhuis;
 - de zorg tot 13 weken, of bij leverdonoren tot zes 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 vervoer om medisch noodzakelijke redenen met de eigen auto of met een taxi moet plaatsvinden, vergoeden wij deze kosten.

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 vergoeden wij de kosten van de donor die te maken hebben met de transplantatie, voor zover deze kosten verband houden met het feit dat de donor in het buitenland woont.

lid 2

Voorwaarden

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

Algemeen

- De transplantatie vindt plaats op basis van een indicatie die voor die vorm van transplantatie is aanvaard volgens de algemeen geldende medische opvattingen.
- De transplantatie van weefsels en organen vindt plaats in een EU- en EER-staat of in een andere staat als de donor daar woonachtig is en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

Machtiging

U moet vooraf bij ons een machtiging hebben aangevraagd en gekregen.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een medisch specialist.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een zorgverlener die voldoet aan de wettelijk gestelde minimumeisen voor weefsel- en orgaantransplantatie en is verbonden aan een wettelijk bevoegd en erkend transplantatiecentrum.

lid 3

Uitsluitingen

Niet vergoed worden:

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

Artikel 21 Dialyse zonder opname

lid 1

Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden in een dialysecentrum:

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

3. de psychosociale begeleiding van u en van personen die bij het uitvoeren van de dialyse helpen.

Vindt de dialyse bij u thuis plaats, dan heeft u daarnaast recht op vergoeding van:

- c. het opleiden door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- d. bruikleen, regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen) van de dialyseapparatuur met toebehoren;
- e. de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn om de dialyse uit te voeren;
- f. de redelijkerwijs te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel van de woning in de oorspronkelijke staat, voor zover daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- g. overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- h. de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

lid 2 Voorwaarden

Machtiging

U moet vooraf bij ons een machtiging hebben aangevraagd en gekregen.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een medisch specialist.

lid 3 Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst

Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij uw behandeling tot maximaal het marktconforme tarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

Artikel 22 Mechanische beademing

lid 1 Te vergoeden zorgkosten

lid 1.1 Beademing in beademingscentrum

Als de beademing plaatsvindt in een beademingscentrum, vergoeden wij:

- a. de noodzakelijke mechanische beademing;
- b. de medisch-specialistische zorg die hiermee te maken heeft.

lid 1.2 **Beademing bij u thuis**

Als de beademing bij u thuis plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum, vergoeden wij naast de vergoedingen opgenomen in lid 1.1:

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

lid 2 **Voorwaarden**

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een medisch specialist.

Zorgverlener

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

lid 3 **Uitsluitingen**

Niet vergoed worden de kosten van verpleging in verband met beademing bij u thuis, die noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg zoals omschreven in lid 1.2 hierboven. Deze zorg wordt namelijk vergoed vanuit de AWBZ.

Artikel 23 **Onderzoek naar kanker bij kinderen**

lid 1 **Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden de centrale (referentie)diagnostiek, de coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

lid 2 **Voorwaarden**

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een medisch specialist.

Zorgverlener/leverancier

De zorg wordt verleend door Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Artikel 24 **Trombosedienst**

lid 1 **Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden de volgende zorg door de trombosedienst:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters bij de verzekerde;
- b. de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken om de stollingstijd van uw bloed te bepalen. Deze onderzoeken worden verricht door of onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst;
- c. het beschikbaar stellen van de apparatuur met toebehoren door de trombosedienst waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten;

- d. de opleiding waarin u leert omgaan met de onder c genoemde apparatuur en de begeleiding die u krijgt bij het verrichten van deze metingen;
- e. het advies door de trombosedienst over de toepassing van geneesmiddelen waarmee u de bloedstolling kunt beïnvloeden.

lid 2 **Voorwaarden**

Voorschrift

De zorg is voorgeschreven door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgverlener/leverancier

De zorg wordt verleend door een trombosedienst.

Artikel 25 **Erfelijkheidsonderzoek**

lid 1 **Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden de centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten.

De zorg omvat:

- a. het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- b. de erfelijkheidsadvisering;
- c. de psychosociale begeleiding die verband houdt met deze zorg;
- d. onderzoek bij andere personen dan bij u als dit voor het advies aan u noodzakelijk is. Deze personen kunnen vervolgens ook vergoeding voor advies krijgen. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de (eigen) verzekerder(s) van de onderzochte andere persoon of personen.

lid 2 **Voorwaarden**

Machtiging

U moet vooraf bij ons een machtiging hebben aangevraagd en gekregen.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een klinisch geneticus die voldoet aan de wettelijk gestelde minimumeisen en die is verbonden aan een klinisch genetisch centrum.

lid 3 **Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst**

Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij uw behandeling tot maximaal het marktconforme tarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

Artikel 26 Audiologische zorg

lid 1 Te vergoeden zorgkosten

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.

lid 2 Voorwaarden

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een instelling voor medisch-specialistische zorg of een audiologisch centrum.

Artikel 27 Paramedische zorg

lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie

lid 1.1 Te vergoeden zorgkosten

lid 1.1. a. Als u 18 jaar of ouder bent

Wij vergoeden – vanaf de eenentwintigste behandeling – fysiotherapie en/ of oefentherapie als u beperkingen heeft als gevolg van een aandoening die staat op de 'Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie' (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Vergoeding vindt plaats per aandoening en uiterlijk tot de maximumperiode genoemd op deze lijst indien medisch noodzakelijk. Zie www.dsw.nl.

lid 1.1. b. Wij vergoeden - vanaf de eerste behandeling - maximaal negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

lid 1.1.3 **Als u jonger dan 18 jaar bent**

- a. Wij vergoeden fysiotherapie en/of oefentherapie – vanaf de eerste behandeling – als u beperkingen heeft als gevolg van een aandoening die staat op de 'Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie' (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Vergoeding vindt plaats per aandoening en uiterlijk tot de maximumperiode genoemd op deze lijst indien medisch noodzakelijk.
- b. Wij vergoeden ook fysiotherapie en/of oefentherapie als u beperkingen heeft als gevolg van een aandoening die niet op de 'Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie' staat; in dat geval vergoeden we per aandoening maximaal negen behandelingen per indicatie per jaar. Als er na deze negen behandelingen nog een medische noodzaak is voor verdere behandeling, dan vergoeden wij maximaal negen extra behandelingen voor die aandoening; het maximum aantal te vergoeden behandelingen bedraagt dus achttien.

lid 1.2 **Voorwaarden**

Deze voorwaarden gelden voor verzekerden van alle leeftijden.

Algemeen

Het gaat om zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Hieronder vallen bijvoorbeeld ook therapieën die worden aangeboden door manueel therapeuten, bekkentherapeuten, (kinder)oefentherapeuten en oedeemtherapeuten. Een in redelijkheid te bereiken doel, met een medische noodzaak, is de reden voor de behandeling.

Verwijzing

Gaat het om een aandoening die op de lijst (Bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering) staat, dan is een verwijzing van een arts of medisch specialist vereist; in andere gevallen is geen verwijzing nodig.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door de hieronder genoemde zorgverleners:

Betreft	Zorgverlener
Fysiotherapie	Fysiotherapeut
Manuele therapie	Manuele therapeut
Bekkentherapie	Bekkentherapeut
Kinderfysiotherapie	Kinderfysiotherapeut
Geriatricfysiotherapie	Geriatricfysiotherapeut
Oedeemtherapie	Oedeem- of huidtherapeut
Oefentherapie	Oefentherapeut Cesar of Mensendieck
Kinderoefentherapie	Kinderoefentherapeut Cesar of Mensendieck

Zorg verleend door zorgverleners die niet in bovenstaand overzicht zijn vermeld, komt niet voor vergoeding in aanmerking.

lid 1.3 **Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst**
Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding
Dit kan betekenen dat u de nota niet altijd volledig vergoed krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

lid 2 **Ergotherapie**

lid 2.1 **Te vergoeden zorgkosten**
Wij vergoeden voor maximaal tien behandeluren per jaar de advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.

lid 2.2 **Voorwaarden**
Algemeen
Het gaat om zorg die ergotherapeuten plegen te bieden. De behandeling heeft als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Dit doel moet een in redelijkheid te bereiken doel zijn.

Zorgverlener
De zorg wordt verleend door een ergotherapeut.

lid 2.3 **Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst**
Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u de nota niet altijd volledig vergoed krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

lid 3 **Logopedie**

lid 3.1 **Te vergoeden zorgkosten**
Wij vergoeden de behandeling door een logopedist.

lid 3.2 **Voorwaarden**
Algemeen
Het gaat om zorg die logopedisten plegen te bieden. De behandeling heeft een geneeskundig doel. Verwacht wordt dat de behandeling een verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen is gevolg heeft. Dit doel moet een in redelijkheid te bereiken doel zijn.

Zorgverlener
De zorg wordt verleend door een logopedist.

lid 3.3 Uitsluitingen

Wij vergoeden geen behandelingen met een onderwijskundig doel en behandelingen van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid. Zie ook artikel 34 voor dyslexiezorg.

lid 3.3 Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst

Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u uw nota niet volledig vergoed krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

lid 4 Dieetadvisering

lid 4.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden de voorlichting en advisering op het gebied van voeding en eetgewoonten als het onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg (Ketenzorg) voor maximaal vier behandeluren per jaar. Voor vergoedingen wordt verwezen naar artikel 16 en naar onze website www.dsw.nl.

lid 4.2 Voorwaarden

Algemeen

Dieetadvisering wordt uitsluitend vergoed als het onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg (Ketenzorg) aan een verzekerde die lijdt aan een chronische obstructieve longziekte (COPD), of aan diabetes of die een vasculair risico heeft (VRM).

De zorg omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden

Dieetadvisering als onderdeel van ketenzorg wordt alleen vergoed wanneer de verwijzend huisarts aangesloten is bij een zorggroep waarmee wij een overeenkomst hebben afgesloten in het kader van ketenzorg voor chronische aandoeningen.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een arts of medisch specialist.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een diëtist.

lid 4.3 Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst

Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling 100% tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

Artikel 28 Mondzorg

Bij mondzorg onderscheiden wij:

- mondzorg voor verzekerden van alle leeftijden (zie lid 1)
- mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar (zie lid 2)

lid 1 Mondzorg voor verzekerden van alle leeftijden

lid 1.1 Kaakchirurgie

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op kaakchirurgie op grond van artikel 28 lid .1. sub m.

lid 1.1.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden zorg die medisch specialisten voor mond-, kaak- en aangezichts chirurgie plegen te bieden, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en eenvoudige extracties. Onder deze zorg is tevens bedoeld het verblijf in een ziekenhuis dat medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.

lid 1.1.2 Voorwaarden

Machtiging

De meest gebruikelijke kaakchirurgische behandelingen worden door ons vergoed, maar voor onderstaande behandelingen moet eerst een aanvraag worden ingediend en een machtiging door ons zijn afgegeven:

- parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen);
- tandheelkundige behandelingen onder narcose;
- een kaakoperatie(osteotomie);
- omslagplooiverdieping of kaakopbouw, sinusliftting en/of kaakverhoging;
- implantaten ten behoeve van een volledige overkappingsprothese.

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, dan is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk.

Verwijzing

Voor behandeling bij de kaakchirurg heeft u een verwijzing van een tandarts of huisarts nodig.

Zorgverlener

De zorg kan worden verleend door een kaakchirurg.

lid 1.2 Volledige gebitsprothese ((kunstgebit) door tandarts of tandprotheticus)

lid 1.2.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden:

- a. 75% van de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembare volledige gebitsprothese of een volledige noodprothese (volledige immediaat prothese) voor de boven- en/of onderkaak;
- b. de kosten van de reparatie en/of het rebasen van een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese.

lid 1.2.2 Voorwaarden

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven wanneer:

1. de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, meer dan € 560,- per onder- of bovenkaak bedragen;
2. de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen drie jaar na aanschaf wordt vervangen;
3. wanneer de volledige boven- en of onderprothese gemaakt en geplaatst wordt door een zorgverlener die is verbonden aan een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, dan is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk.

Eigen bijdrage

25% van de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembare volledige gebitsprothese, een volledige noodprothese (volledige immediaatprothese) voor de boven- en/of onderkaak.

Wanneer een gewone volledige prothese wordt vervaardigd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, bedraagt de eigen bijdrage € 125,- per kaak.

Zorgverlener

De zorg kan worden verleend door een tandarts, tandprotheticus of door een bevoegde zorgverlener die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT).

lid 1.3 Implantaten met een overkappingsprothese (klikgebit)

lid 1.3.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden het plaatsen van tandheelkundige implantaten en het plaatsen van de drukknoppen of de staaf en de overkappingsprothese:

- a. wanneer er sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel; en
- b. wanneer er sprake is van een zeer ernstig geslonken geheel tandeloze kaak en waarbij de implantaten dienen om een uitneembare volledige prothese te bevestigen; en
- c. wanneer er eerst een goede, normale volledige prothese vervaardigd is.

Wij vergoeden de kosten van de reparatie en/of het rebasen van een bestaande uitneembare volledige implantaat gedragen gebitsprothese.

lid 1.3.2 Voorwaarden

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven.

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.

Als de behandeling niet in de praktijk kan plaatsvinden, maar bij u thuis dient te gebeuren, dan is een schriftelijke verklaring van de huisarts of de specialist noodzakelijk.

Eigen bijdrage

Er geldt een eigen bijdrage van € 125,- per kaak voor de volledige overkappingsprothese op implantaten.

Zorgverlener

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, tandprotheticus of door een bevoegde zorgverlener die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT).

lid 1.4 Bijzondere orthodontie

lid 1.4.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden orthodontische zorg wanneer er sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel en waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere vakgebieden dan de tandheelkunde nodig is.

lid 1.4.2 Voorwaarden

Machtiging

Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven.

Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.

Zorgverlener

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist of door een bevoegde zorgverlener die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT).

lid 1.5 Mondzorg in bijzondere gevallen

lid 1.5.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden de mondzorg in bijzondere gevallen, wanneer een gebit zonder die mondzorg niet de normale functie kan houden of krijgen die het zonder de aandoening zou hebben gehad wanneer er sprake is van:

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

lid 1.5.2 Voorwaarden

Machtiging

- Voor bijzondere tandheelkunde moet voorafgaande aan de behandeling toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven. Bij die aanvraag moet een schriftelijke motivering van de tandarts aanwezig zijn, een behandelingsplan met röntgenfoto en een kostenbegroting.
- Voor behandelingen onder narcose dient vooraf bij ons toestemming te zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn afgegeven.
- Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.

Wij kunnen onze machtiging intrekken als de mondzorg niet meer noodzakelijk is, u de mondhygiëne ernstig verwaarloost of u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.

Eigen bijdrage

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder die recht hebben op vergoeding op basis van lid 1.5.1 sub a en voor extreem angstige volwassenen, op basis van lid 1.5 sub b, geldt dat een eigen bijdrage verschuldigd is voor bijzondere tandheelkundige hulp voor:

- preventief onderzoek;
- incidenteel consult;
- extractie (het trekken van tanden of kiezen);
- parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen);
- endodontische zorg (behandeling van de tandzenuw);
- het in de oorspronkelijke staat brengen van gebitselementen met (niet-)plastische materialen (vullingen);
- niet-volledige prothetische voorzieningen.

De eigen bijdrage die verschuldigd is, is gelijk aan de eigen bijdrage die betaald zou moeten worden voor deze behandelingen wanneer de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

Zorgverlener

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist of door een bevoegde zorgverlener die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT).

lid 2 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Als aanvulling op de bovengenoemde vergoedingen geldt voor verzekerden tot 18 jaar een uitgebreider vergoedingenpakket.

lid 2.1 Te vergoeden zorgkosten

- a. één periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, of vaker indien dit tandheelkundig gezien nodig is;
- b. het incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen / gebitsreiniging;
- d. tweemaal per jaar het aanbrengen van fluoride bij verzekerden bij wie de eerste blijvende gebitselementen zijn doorgebroken of vaker indien dit tandheelkundig gezien nodig is en wij hiervoor toestemming hebben verleend;
- e. sealing (het aanbrengen van een beschermend laklaagje op de bovenkant van de kiezen);
- f. parodontale zorg (behandeling van de steunweefsels (tandvlees) van tanden en kiezen);
- g. anesthesie (verdoving);
- h. endodontische zorg (behandeling van de tandzenuw);
- i. het in de oorspronkelijke staat brengen van tanden of kiezen met plastische materialen (vulling);
- j. gnathologische zorg (behandeling van het kaakgewricht);
- k. uitneembare gebitsprothesen;
- l. het vervangen van ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden en het plaatsen van tandheelkundige implantaten inclusief kroon- of brug; het betreft tanden die niet zijn aangelegd of die u mist als direct gevolg van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg;
- n. röntgenonderzoek.

lid 2.2 Voorwaarden

Machtiging

- a. Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn verleend voor een behandeling met meer dan twee fluorideapplicaties per jaar, zoals genoemd onder lid 2.1, punt d, hierboven.
- b. Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging van ons zijn verleend voor een behandeling die valt onder lid 2.1 sub l. Wanneer er meerdere behandelaars noodzakelijk zijn, vraagt iedere behandelaar zijn eigen behandeldeel aan.

Zorgverlener

De zorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist of door een bevoegde zorgverlener die is verbonden aan een universitair centrum voor mondzorg of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT).

lid 2.3 Uitsluitingen

Niet vergoed worden:

- a. orthodontie en bijbehorend röntgenonderzoek, tenzij lid 1.2. van toepassing is;
- b. kronen en bruggen, tenzij lid 2.1 sub I van toepassing is;
- c. onder lid 2.1 sub I is geen vergoeding mogelijk om ontbrekende kiezen te vervangen door middel van implantaten.

lid 3 Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst

Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

Artikel 29 Farmacie

Wij onderscheiden:

- Farmaceutische zorg (lid 2);
- Geneesmiddelen (lid 3 t/m 6).

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:

- geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 3);
- zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 4);
- geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt en andere (niet in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen (zie lid 5);
- dieetpreparaten (zie lid 6).

lid 1 Algemene informatie

lid 1.1 Het Reglement Farmacie maakt deel uit van deze polisvoorwaarden. Hierin vindt u een verdere uitwerking van de polisvoorwaarden. Voor meer informatie zie www.dsw.nl.

lid 1.2 Geneesmiddelen Vergoedingensysteem (GVS) en Reglement Farmaceutische zorg

De overheid heeft bepaald welke geneesmiddelen onder welke voorwaarden en bij welke medische indicatie voor vergoeding in aanmerking komen. Het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) regelt de vergoeding van geregistreerde geneesmiddelen. Op deze lijst zijn alle geneesmiddelen geplaatst die zorgverzekeraars kunnen vergoeden.

Deze lijst wordt Bijlage 1 van de Regeling Zorgverzekering genoemd. Het GVS is zodanig opgesteld dat voor alle verzekerden geschikte geneesmiddelen beschikbaar zijn zonder dat zij hiervoor zouden moeten bijbetalen.

Voor sommige geneesmiddelen in het GVS geldt een eigen bijdrage (zie artikel 29, lid 1.2).

Daarnaast kennen sommige geneesmiddelen extra voorwaarden (zie artikel 29, lid 1.3).

Wij hanteren voor de vergoeding van geneesmiddelen en dieetpreparaten een Reglement Farmaceutische zorg. Dit Reglement maakt deel uit van deze zorgverzekering. Zie voor meer informatie www.dsw.nl.

lid 1.3 Eigen bijdrage

Het GVS maakt onderscheid tussen geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn (a) en geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn (b). geneesmiddelen.

- a. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen
Deze geneesmiddelen zijn in groepen verdeeld volgens bepaalde criteria en opgenomen in Bijlage 1a van het GVS. Voor elke groep (cluster) geneesmiddelen heeft de overheid een vergoedingslimiet vastgesteld (de maximale vergoeding die een verzekerde kan krijgen). Is het geneesmiddel dat u krijgt voorgeschreven uit die groep duurder, dan betaalt u zelf de kosten boven de vergoedingslimiet als eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor een magistrale bereiding (apothekbereiding) met een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage geldt.
- b. Niet onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen
Deze unieke geneesmiddelen staan in het GVS in Bijlage 1b en worden volledig vergoed. Hiervoor geldt dus geen eigen bijdrage.

lid 1.4 Extra voorwaarden

In Bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering is een overzicht van geneesmiddelen opgenomen waarvoor extra voorwaarden gelden die te maken hebben met de indicatie waarbij het middel wordt gebruikt. Dit geldt ook voor dieetpreparaten. In Bijlage 2 van het Reglement Farmaceutische zorg staan de geneesmiddelen waarbij wij vooraf toetsen of een verzekerde aan de voorwaarden voldoet. Deze lijst kan tussentijds worden aangepast door wijzigingen in de wet- en regelgeving. De wijzigingen worden geplaatst op onze website www.dsw.nl.

lid 1.5 Andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft

Dit zijn niet-geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet mogen worden verhandeld. Hierbij kan het gaan om:

- apothekbereidingen (magistrale bereiding);
- geneesmiddelen die niet in Nederland beschikbaar zijn, maar wel in een ander land en die op verzoek van een arts binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die een

ziekte heeft, die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;

- geneesmiddelen die in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling bij de apotheek op initiatief van een arts, die volgens zijn specificaties in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel mm van de Geneesmiddelenwet en die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht.

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een behandelend arts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige. Wij vergoeden het voorgeschreven geneesmiddel uitsluitend voor de daarbij vermelde indicatie.

Zorgverlener/leverancier

De geneesmiddelen zijn ter hand gesteld door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

lid 1.6 Zorg van apotheker/apotheekhoudend huisarts zonder overeenkomst

Wanneer u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken, dan vergoeden wij de afgeleverde geneesmiddelen en de farmaceutische zorg 100% tot maximaal het door ons vastgestelde marktconforme tarief. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

lid 2 Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg verstaan we de terhandstelling van geneesmiddelen, advies en begeleiding zoals apothekers en apotheekhoudend huisartsen die plegen te bieden.

lid 2.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden de terhandstelling van geneesmiddelen zoals beschreven in artikel 29, lid 1.

lid 3 Geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen

lid 3.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden de geneesmiddelen zoals beschreven in artikel 29, lid 1.

lid 3.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om geregistreerde geneesmiddelen in het GVS. Bij geneesmiddelen met extra voorwaarden gelden de voorwaarden in artikel 29, lid 1.3.

Machtiging

Voor geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden, is een machtiging nodig, zie artikel 29, lid 1.3.

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een behandelend arts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige.

Zorgverlener/leverancier

De geneesmiddelen zijn ter hand gesteld door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

lid 3.3

Uitsluitingen

Niet vergoed worden:

- a. geneesmiddelen die volgens de Regeling Zorgverzekering niet vergoed mogen worden;
- b. maagzuurremmers die een verzekerde korter dan zes maanden gebruikt;
- c. de eerste uitgifte van maagzuurremmers die een verzekerde langer dan zes maanden gebruikt;
- d. anticonceptiva voor een verzekerde van eenentwintig jaar en ouder;
- e. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit;
- f. homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
- g. voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitaminen;
- h. geneesmiddelen en inentingën die tot doel hebben een ziekte te voorkomen in verband met een reis;
- i. geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- j. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40, lid 3, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- k. andere kosten (zoals administratie- of verzendkosten).

lid 4.

Zelfzorggeneesmiddelen

lid 4.1

Te vergoeden zorgkosten

Onder strikte voorwaarden (zie lid 3.2) worden alleen die zelfzorggeneesmiddelen vergoed, die behoren tot één van de volgende zes groepen:

- a. laxeermiddelen (middelen tegen verstopping in de darmen);
- b. kalktabletten;
- c. geneesmiddelen bij allergie;
- d. geneesmiddelen tegen diarree;
- e. geneesmiddelen om de maag leeg te maken;
- f. kunsttranen.

lid 4.2 **Voorwaarden**

Algemeen

U gebruikt het zelfzorggeneesmiddel langer dan zes maanden en het is voorgeschreven om een chronische ziekte te behandelen.

Machtiging

De in lid 3.1 genoemde zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden, zie artikel 29, lid 1.3. Deze voorwaarden worden door de apotheker gecontroleerd.

Voorschrift

De zelfzorggeneesmiddelen zijn voorgeschreven door een behandelend arts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige. De voorschrijver geeft op het recept aan dat het middel wordt voorgeschreven voor chronisch gebruik.

Zorgverlener/ leverancier

De zelfzorggeneesmiddelen zijn ter hand gesteld door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

lid 4.3 **Uitsluitingen**

U heeft geen recht op vergoeding van de in lid 3.1 genoemde zelfzorggeneesmiddelen tijdens de eerste vijftien dagen dat u het zelfzorggeneesmiddel gebruikt.

lid 5 **Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt**

lid 5.1 **Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden geneesmiddelen die door een apotheker in opdracht van een arts op kleine schaal zijn gemaakt (magistrale bereidingen), indien het om rationale farmacotherapie gaat.

lid 5.2 **Voorwaarden**

Algemeen

Het gaat om rationale farmacotherapie. Zie voor de toelichting artikel 29, lid 1.4.

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een behandelend arts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige.

Zorgverlener/ leverancier

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

lid 5.3 **Uitsluitingen**

Niet vergoed worden geneesmiddelen die uitwisselbaar zijn met een geregistreerd geneesmiddel waar een verzekerde recht op heeft, zie artikel 29, lid 2.3.

lid 6 Andere niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen

lid 6.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden:

- geneesmiddelen die niet in Nederland beschikbaar zijn, maar wel in een ander land en die op verzoek van een arts binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die een ziekte heeft, die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- geneesmiddelen die in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling bij de apotheek op initiatief van een arts, die volgens zijn specificaties in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel mm van de Geneesmiddelenwet en die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht.

lid 6.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om rationele farmacotherapie. Zie voor de toelichting artikel 29, lid 1.4.

Voorschrift

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een behandelend arts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige. Wij vergoeden het voorgeschreven geneesmiddel uitsluitend voor de daarbij vermelde indicatie.

Zorgverlener

De geneesmiddelen zijn ter hand gesteld door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

lid 7 Dieetpreparaten

lid 7.1 Te vergoeden zorgkosten

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

lid 7.2 Voorwaarden

Algemeen

Het voorgeschreven dieetpreparaat is genoemd in bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering. Uitsluitend wanneer u niet uitkomt met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u heeft:

- a. een stofwisselingsstoornis; of
- b. een voedselallergie; of
- c. een resorptiestoornis; of

- d. een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgesteld meetinstrument); of
- e. dieetpreparaten nodig volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen.

Machtiging

De voorschrijver vult het 'landelijk formulier verklaring dieetpreparaten' in en schrijft daarnaast het recept uit. Degene die het middel aflevert, controleert of u aan de extra voorwaarden voldoet, zie artikel 29, lid 1.3. Voor voeding die door middel van een infuus in de bloedbaan wordt toegediend, hoeft u vooraf geen machtiging aan te vragen.

Voorschrift

De dieetpreparaten zijn voorgeschreven door een behandelend arts, medisch specialist of een diëtist.

Zorgverlener

De dieetpreparaten zijn ter hand gesteld door een apotheek.

Artikel 30 Hulpmiddelenzorg

lid 1 Reglement Hulpmiddelen

De overheid heeft een aantal hulpmiddelen aangewezen die voor vergoeding in aanmerking komen. Niet alle hulpmiddelen worden vergoed. Wij hebben de hulpmiddelen die wij volgens de zorgverzekering vergoeden, opgenomen in een Reglement Hulpmiddelen. In dit Reglement staan:

- a. de nadere voorwaarden om recht te hebben op vergoeding van de hulpmiddelenzorg;
- b. de eisen die wij aan het hulpmiddel stellen;
- c. de hoogte van de eigen bijdrage en een eventueel van toepassing zijnde wettelijke maximumvergoeding;
- d. de hulpmiddelen die in uitzondering op artikel 15 in bruikleen worden verstrekt;
- e. de verplichtingen die u heeft ten aanzien van het aan u in eigendom of bruikleen verstrekte hulpmiddel.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polisvoorwaarden. Voor meer informatie zie www.dsw.nl.

lid 2 Eigen bijdrage/maximumvergoeding

Voor bepaalde hulpmiddelen geldt een eigen bijdrage of een wettelijke maximumvergoeding (zie Reglement Hulpmiddelen en Regeling Zorgverzekering). 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 wij voor het hulpmiddel in kwestie geen overeenkomst hebben

gesloten, dan vergoeden wij deze zorg tot maximaal het wettelijke of marktconforme bedrag in Nederland. Zie lid 7 en artikel 15. Op deze vergoeding houden wij de eigen bijdrage in.

lid 3 **Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden de hulpmiddelen en verbandmiddelen die genoemd zijn in de Regeling Zorgverzekering. Bepaalde categorieën hulpmiddelen worden niet concreet genoemd maar hun functie is algemeen omschreven, de zogenaamde functiegericht omschreven hulpmiddelen. Wij houden ons daarbij ook aan de maximumbedragen en eigen bijdragen die zijn genoemd in de Regeling Zorgverzekering. De (functiegericht) omschreven hulpmiddelen staan ook in het Reglement Hulpmiddelen, met de voorwaarden voor verstrekking en vergoeding.

lid 4 **Voorwaarden**

Algemeen

- U voldoet aan de voorwaarden die wij in de polisvoorwaarden en het Reglement Hulpmiddelen bij dat hulpmiddel hebben aangegeven.
- Voor vergoeding van verbandmiddelen moet er sprake zijn van een ernstige aandoening, waarbij u op een langdurige behandeling met deze verbandmiddelen bent aangewezen, ook wel chronische wondzorg genoemd.

Machtiging

In het Reglement Hulpmiddelen geven wij per hulpmiddel aan of u vooraf een machtiging moet vragen en wat de voorwaarden zijn die wij aan deze machtiging stellen. U, of iemand namens u, moet de aanvraag tijdig schriftelijk indienen. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat dit op tijd gebeurt. Wij laten u per brief weten of wij een machtiging afgeven. Als u het hulpmiddel afneemt van een leverancier met wie wij voor dat hulpmiddel een overeenkomst hebben gesloten, laten wij ook aan deze leverancier weten dat wij een machtiging afgeven. Bijlage 3 van de Regeling Zorgverzekering bevat een overzicht van de hulpmiddelen waarvoor de zorginhoudelijke voorwaarde 'bijzondere individuele zorgvragen' geldt. Wilt u een hulpmiddel dat in deze bijlage staat, dan kunt u een schriftelijk gemotiveerde aanvraag voor dit hulpmiddel indienen. Onze (medisch) adviseur onderzoekt vervolgens of sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.

Verwijzing en voorschrift

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

lid 5 **Uitsluitingen**

Niet voor vergoeding in aanmerking komen:

- a. kosten die boven de wettelijke maximumvergoeding uitkomen; u vindt de maximumbedragen in het Reglement Hulpmiddelen;
- b. de kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat hierbij 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;

- c. hulpmiddelen waarop u recht kunt hebben uit de AWBZ/Wmo/WIA of hulpmiddelen waarop aanspraak bestaat vanuit de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'.

lid 6 **Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst**

Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

Artikel 31 Ziekenvervoer

Wij onderscheiden:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer (zie lid 1);
- ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi, in dit artikel 'Zittend ziekenvervoer' genoemd (zie lid 2).

lid 1 **Ziekenvervoer per ambulance**

lid 1.1 **Te vergoeden zorgkosten**

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 heeft voor reizen over een grotere afstand. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet. Is vervoer per ambulance niet mogelijk, dan heeft u recht op ziekenvervoer met een ander vervoermiddel.

lid 1.2 **Voorwaarden**

Algemeen

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

Machtiging

Een machtiging is alleen nodig als u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of als u met een ander vervoermiddel vervoerd moet worden. In spoedeisende gevallen is deze akkoordverklaring niet nodig.

Aanvraag

Het ziekenvervoer per ambulance is aangevraagd door een huisarts of medisch specialist.

Zorgverlener/leverancier

De zorg wordt verleend door een ambulancedienst met een erkende vergunning.

Vervoerstraject

Vergoed worden:

- de kosten van het vervoer naar een zorgverlener of een instelling van wie of waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten - met inachtneming van een eventueel eigen risico - geheel of gedeeltelijk ten laste van deze zorgverzekering komen;
- de kosten van het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zal gaan verblijven;
- de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
- de kosten van het vervoer van eerdergenoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen.

lid 1.3

Uitsluitingen

Niet vergoed wordt ziekenvervoer per ambulance in het kader van begeleiding op grond van artikel 6 Besluit van het zorgaanspraken AWBZ (Bza AWBZ) gedurende een dagdeel. Die aanspraak valt namelijk onder de AWBZ.

lid 2

Zittend ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi)

lid 2.1

Te vergoeden zorgkosten

- a. Wij vergoeden het zittend ziekenvervoer per eigen auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis als u een machtiging van ons heeft verkregen, tenzij u van ons een machtiging heeft voor reizen over een grotere afstand. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet. Is vervoer in deze vervoermiddelen niet mogelijk, dan heeft u recht op ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als u daarvoor vooraf van ons een machtiging heeft gekregen. In spoedeisende gevallen is deze machtiging niet nodig. Voor het zittend ziekenvervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,30 per kilometer. Voor de berekening van het aantal kilometers gaan we uit van de snelste route volgens de ANWB-routeplanner.
- b. Wij vergoeden bij het zittend ziekenvervoer ook de kosten van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van twee begeleiders, mits

deze begeleiding medisch noodzakelijk is en/of de te begeleiden verzekerde jonger is dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan we ook hulp- of blindengeleidehonden.

lid 2.2

Voorwaarden

Algemeen

Het zittend ziekenvervoer wordt vergoed omdat de verzekerde:

1. een nierdialyse moet ondergaan;
2. behandelingen met chemotherapie of radiotherapie tegen kanker moet ondergaan;
3. zich alleen met een rolstoel kan verplaatsen en dus niet met aangepast vervoer;
4. zo'n beperkt gezichtsvermogen heeft dat deze zich daardoor niet zonder begeleiding kan verplaatsen.

In de situaties genoemd onder 3 en 4 moet de zorg bij de zorgverlener of instelling waarnaar vervoer plaatsvindt, onder de dekking van deze zorgverzekering vallen.

Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer, en het niet vergoeden van de kosten van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de huisarts of medisch specialist.

Eventuele wijzigingen in die situatie dient u ons zo snel mogelijk door te geven. Voor meer informatie zie www.dsw.nl.

Machtiging

U moet vooraf bij ons toestemming hebben gevraagd en een machtiging van ons hebben gekregen.

Aanvraag

Het zittend ziekenvervoer is aangevraagd door een huisarts of medisch specialist.

Vervoerder

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

Eigen bijdrage

Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 93,- per jaar.

lid 2.3

Uitsluitingen

- a. Er is geen recht op ziekenvervoer per ambulance in het kader van begeleiding op grond van artikel 6 van het Besluit zorgaanpak AWBZ (Bza AWBZ) gedurende een dagdeel. Die aanspraak valt namelijk onder de AWBZ, mits het vervoer medisch noodzakelijk is.

- b. Er is geen recht op zittend ziekenvervoer als de te ontvangen zorg vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering.

lid 2.4 Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst

Bij uw declaratie van een niet-gecontracteerde vervoerder moet u een afsprakenkaart meezenden, waaruit wij kunnen opmaken waarop het ziekenvervoer betrekking heeft gehad. Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij uw behandeling tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

Artikel 32 Eerstelijnspsychologische zorg (niet-specialistische GGZ)

lid 1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden maximaal vijf zittingen eerstelijns psychologische zorg per jaar.

lid 2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die klinisch psychologen plegen te bieden.

Verwijzing

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

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist. U kunt in de begripsomschrijvingen lezen over welke kwalificaties de in dit artikel genoemde zorgverleners moeten beschikken.

Eigen bijdrage

Er geldt een eigen bijdrage van € 20,- per zitting.

Voor een internetbehandeltraject geldt een eigen bijdrage van € 50,- per traject.

lid 3 Zorg van zorgverlener zonder overeenkomst

Wanneer u naar een zorgverlener gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken dan vergoeden wij uw behandeling tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding Dit kan betekenen dat u geen

volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

Artikel 33 Specialistische GGZ

Wij onderscheiden:

- specialistische GGZ zonder verblijf (zie lid 1);
- specialistische GGZ met verblijf (zie lid 2).

lid 1 Specialistische GGZ zonder verblijf

lid 1.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden:

- a. de specialistische GGZ zonder verblijf;
- b. de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

lid 1.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt.

Verwijzing/indicatiebesluit

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist of een bedrijfsarts. Dit geldt niet voor acute zorg. Voor jeugdigen zoals bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit nodig van een Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg; gaat het om zorg als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ, dan is een verwijzing nodig van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (PAAZ), een psychiatrische universiteitskliniek (PUK) of een extramuraal werkend psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut.

Eigen bijdrage

Voor de DBC's tot 100 minuten geldt een eigen bijdrage van € 100,- per kalenderjaar.

Voor de DBC's vanaf 100 minuten geldt een eigen bijdrage van € 200,- per kalenderjaar.

Per kalenderjaar betaalt u maximaal € 200,- eigen bijdrage

Er geldt *geen* eigen bijdrage voor:

- Een DBC voor indirecte tijd;

- Een DBC voor crisiszorg;
- Gedwongen opnamen in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet BOPZ op begindatum van de DBC;
- Verzekerden die jonger dan 18 jaar zijn op de begindatum van de DBC.

lid 1.3 Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst

Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken dan vergoeden wij uw behandeling tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

lid 2 Specialistische GGZ met verblijf

lid 2.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden voor maximaal 365 dagen:

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

Na deze 365 dagen kunt u op grond van de AWBZ nog recht hebben op deze zorg. Voor de telling van de 365 dagen wordt verwezen naar artikel 17 lid 1.1.1.

lid 2.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden, in combinatie met opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

Verwijzing/indicatie

U heeft een verwijzing van een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts. Dit geldt niet voor acute zorg. Voor jeugdigen zoals bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit nodig van een Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg; gaat het om zorg als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ, dan is een verwijzing nodig van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (PAAZ) of een psychiatrische universiteitskliniek (PUK).

Eigen bijdrage

Voor verblijf in de instelling geldt een eigen bijdrage van € 145,- per maand. Op het moment dat een verzekerde 18 jaar wordt, is de verzekerde verplicht tot het betalen van de eigen bijdrage verblijf. De eigen bijdrage verblijf is verschuldigd naast de eigen bijdrage behandeling (zie lid 1.2).

Er geldt *geen* eigen bijdrage voor:

- Verzekerden die jonger dan 18 jaar zijn.

De eigen bijdrage verblijf in de instelling wordt als volgt berekend:

1. Over de eerste 31 dagen van het verblijf wordt geen eigen bijdrage geïnd.
2. Daarbij wordt een onderbreking van ten hoogste zeven dagen niet als een onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 31 dagen.
3. Indien u meer dan zeven dagen onderbreking heeft, begint de telling van de 31 dagen opnieuw.
4. Per DBC wordt éénmalig de 31 dagen telling toegepast. Als u eenmaal een eigen bijdrage verblijf moet betalen, en u wordt na een ambulante periode (ongeacht de duur) weer opgenomen dan geldt voor alle volgende verblijfsdagen een eigen bijdrage.
5. Als een vervolg-DBC wordt geopend, geldt opnieuw de 31 dagen telling.
6. Over een gedeelte van een maand is de bijdrage gelijk aan het bedrag per maand, vermenigvuldigd met twaalf maal het aantal dagen waarover de eigen bijdrage binnen die maand verschuldigd is en gedeeld door 365.

lid 2.3 Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat dan vergoeden wij uw behandeling tot maximaal het marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

Artikel 34 Dyslexiezorg

lid 1 Te vergoeden zorgkosten

Vergoed worden de kosten van diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie aan kinderen die basisonderwijs volgen en bij wie de zorg op zeven-, acht-, negen-, tien- of elfjarige leeftijd aanvangt.

lid 2 Voorwaarden

Algemeen

Er is sprake van 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 en die te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen. De zorg dient plaats te vinden volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Zie voor meer informatie www.dsw.nl.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een bevoegd en deskundig functionaris met bijbehorende expertise van de basisschool zoals beschreven in het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend onder verantwoordelijkheid van psychologen en orthopedagogen die zijn geregistreerd als Gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog), kinder- en jeugdpsycholoog en/of orthopedagoog-generalist met een specialisatie leren en cognitieve informatieverwerking, leer- en cognitieve functiestoornissen en diagnostiek en behandeling. Deze zorgverlener moet zijn aangesloten (A- of B-aansluiting) bij het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie en/of volwaardig zijn aangesloten (definitief keurmerk) bij het kwaliteitsinstituut Dyslexie.

lid 3 Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst

Wanneer u naar een zorgverlener of zorginstelling gaat waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken dan vergoeden wij uw behandeling tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

Artikel 35 Stoppen met roken programma

lid 1 Te vergoeden zorgkosten

Vergoed worden de kosten van gedragsmatige, geneeskundige ondersteuning bij het stoppen met roken. De zorg omvat dus uitsluitend de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg.

lid 2 Voorwaarden

Algemeen

De zorg vindt plaats op basis van huisarts consult. De zorg voldoet aan de CBO-richtlijn Tabaksverslaving en de norm voor goede zorg zoals beschreven in de zorgmodule Stoppen met Roken van het Partnership Stoppen met roken/Stivoro.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een huisarts;

lid 3 Zorg van zorgverlener/instelling zonder overeenkomst

Wanneer u naar een huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij 100% van het wettelijk maximumtarief voor een huisarts consult.

Bijlage 1 Premiebijlage

Grondslag van de premie

De Grondslag van de premie (genoemd in artikel 7 lid 2) bedraagt € 1.230,- per jaar.

Kortingen bij het vrijwillig eigen risico

Onderstaand staan voor de verschillende te kiezen eigen risico's de kortingen op de premie weergegeven (artikel 9 lid 3).

Eigen risico Korting op premiegrondslag

€ 100,-	€ 48,-
€ 200,-	€ 96,-
€ 300,-	€ 144,-
€ 400,-	€ 192,-
€ 500,-	€ 276,-

Bijlage 2 Overzicht eigen bijdragen in 2012

Zorg	Eigen bijdrage	Zie artikel
poliklinische bevalling of kraamzorg zonder medische noodzaak	<ul style="list-style-type: none"> € 16,- per persoon per dag (dus voor moeder en kind € 32,- per dag) het bedrag dat de instelling vraagt boven de € 112,50 	18, lid 3.2
kraamzorg thuis of de kraamzorg in het kraamhotel	€ 4,- per uur	18, lid 4.2
een implantaat gedragen overkappingsprothese, dan wel een volledige gebitsprothese die is vervaardigd in een CBT, door een tandarts of tandprotheticus	€ 125,- per kaak (onder voorwaarden)	28, lid 2
bijzondere tandheelkundige hulp	nnb	28, lid 2
onderling vervangbare geneesmiddelen	het bedrag dat een geneesmiddel duurder is dan vergoedingslimiet uit het GVS	29, lid 1.2
bepaalde hulpmiddelen (zie Reglement Hulpmiddelen en Regeling Zorgverzekering)	het bedrag dat uitkomt boven de maximumvergoeding van een hulpmiddel	30, lid 3
zittend ziekenvervoer	€ 93,- per jaar	31, lid 2.2
eerstelijnspsychologische zorg	€ 20,- per zitting	32, lid 2
gespecialiseerde GGZ	<p>Eigen bijdrage</p> <ul style="list-style-type: none"> € 100,- voor een DBC tot 100 minuten. € 200,- voor een DBC vanaf 100 minuten. De verzekerde betaalt per kalenderjaar maximaal € 200,- aan eigen bijdrage voor de behandeling <p>Eigen bijdrage verblijf</p> <ul style="list-style-type: none"> € 145,- per maand voor verblijf in de instelling. De eigen bijdrage verblijf is verschuldigd naast de eigen bijdrage voor de behandeling. Voor een nadere toelichting zie artikel 33 lid 1 en 2. 	33 lid 1 en 2.

Bijlage 3 Lijst met gehanteerde afkortingen

AGB-code	Algemeen Gegevens Beheer – code (unieke code van zorgverlener)
ANWB	Algemene Nederlandse Wielrijders Bond
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Bza AWBZ	Besluit zorgaanspraken AWBZ
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan
CBT	Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
COBIJT	Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstructieve longziekte)
CVR	Cardiovasculair risico
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EER	Europese Economische Ruimte
EHIC	European Health Insurance Card
EU	Europese Unie
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GVS	Geneesmiddelenvergoedingensysteem
HVRC	Huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor Verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NVO	Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PAAZ	Psychiatrische afdeling in een ziekenhuis
PUK	Psychiatrische universiteitskliniek
SGRC	Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie
SKGZ	Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Skion	Stichting Kinderoncologie Nederland
SEO	Structureel echoscopisch onderzoek
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
Wet BOPZ	Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
WMG	Wet marktordening gezondheidszorg
WBO	Wet op het bevolkingsonderzoek
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum

Ga naar www.dsw.nl of bel (010) 2 466 466

Vragen?

Heeft u nog vragen? Ga naar www.dsw.nl of neem contact op met een van onze medewerkers van de afdeling Klantenservice. Zij staan u graag te woord.

DSW Zorgverzekeraar • Postbus 173 • 3100 AD Schiedam