

DSW

Polisvoorwaarden in 2015

onder voorbehoud van goedkeuring door de Nza

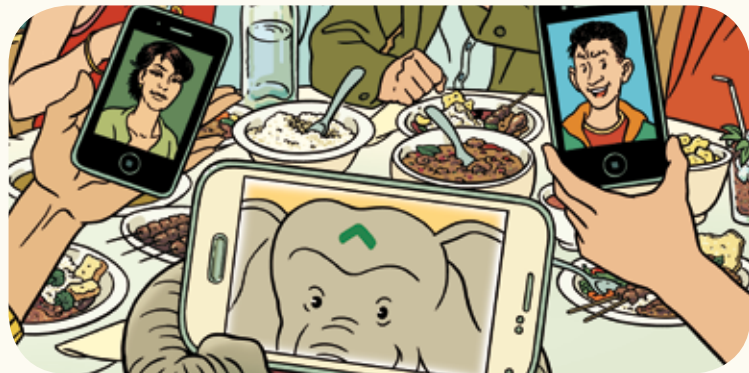


Inhoud

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	15
Artikel 6	Andere momenten van beëindiging van de zorgverzekering	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	24
Artikel 14	Geschillen	24



Deel 2 Dekking en vergoeding

Artikel 15	Recht op zorg en vergoeding	25
Artikel 16	Huisartsenzorg	27
Artikel 17	Verpleging en verzorging zonder verblijf	28
Artikel 17.1	Verpleging en Verzorging	28
Artikel 17.2	Intensieve kindzorg (IKZ)	29
Artikel 17.3	Palliatief Terminale Zorg (PTZ)	29
Artikel 17.4	Medisch Specialistische Verpleging in de Thuisituatie (MSVT)	30
Artikel 17.5	Persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (Pgb VV)	30
Artikel 18	Medisch-specialistische zorg (exclusief curatieve geestelijke gezondheidszorg)	30
Artikel 19	Voorwaardelijke toelating	33
Artikel 20	Zwangerschap, bevalling en kraamzorg	34
Artikel 21	Eerstelijnsdiagnostiek	37
Artikel 22	Ketenzorg	37
Artikel 23	Revalidatie	38
Artikel 24	Geriatrische revalidatie	39
Artikel 25	Orgaantransplantatie	40
Artikel 26	Dialyse zonder opname	41
Artikel 27	Mechanische beademing	42
Artikel 28	Onderzoek naar kanker bij kinderen	42
Artikel 29	Trombosedienst	42
Artikel 30	Erfelijkheidsonderzoek	43
Artikel 31	Audiologische zorg	44
Artikel 32	Paramedische zorg	44
Artikel 33	Mondzorg	47
Artikel 34	Farmacie	51
Artikel 35	Hulpmiddelenzorg	56
Artikel 36	Ziekenvervoer	57
Artikel 37	Generalistische Basis GGZ	60
Artikel 38	Gespecialiseerde Geestelijk Gezondheidszorg (GGZ)	61
Artikel 39	Zintuiglijk gehandicaptenzorg	64
Artikel 40	Stoppen-met-rokenprogramma	66
Bijlage 1	Premiebijlage 2015	67
Bijlage 2	Overzicht wettelijke eigen bijdragen in 2015	67
Bijlage 3	Lijst met gehanteerde afkortingen	68

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 vergoedingen-overzichten.

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-/EER-staat zoals omschreven in Deel 1, artikel 1 van de polisvoorwaarden 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 verwijzing of aanvraag van de behandelend 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 100% 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 curatieve GGZ, zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra, logopedie en Verpleging en Verzorging, exclusief MSVT. Hiervoor geldt dat wij uw behandeling vergoeden tot maximaal de door ons vastgestelde marktconforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt.

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 naar 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 naar 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 aan, 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. Wij kunnen u verzoeken om een schriftelijk betaalbewijs. 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 bankrekening wij het bedrag overmaken.

Ook krijgt u een nieuw declaratieformulier van ons. Alle betalingen worden door ons gedaan op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

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 Wet toelating zorginstellingen (WTZi) audiologische zorg mag verlenen.
Beademingscentrum:	Een zorginstelling die volgens de Wet toelating zorginstellingen (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.
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.
Crisiszorg:	Een behandeling voor een patiënt die spoedeisende hulp nodig heeft. Deze zorg wordt verleend door een behandelaar die werkt voor een regionale 24-uurs crisisdienst.
Curatieve GGZ:	Zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaande verblijf, voor zover deze zorg onder de dekking van een zorgverzekering valt en niet bij ministeriële regeling is bepaald dat deze als tot een ander cluster behorende kosten worden aangemerkt. Zowel Generalistische Basis GGZ als Gespecialiseerde GGZ vallen onder het begrip curatieve (geneeskundige) GGZ.
Dagbehandeling:	Een opname die korter duurt dan 24 uur.

DBC:	<p>Diagnose Behandel Combinatie. Een DBC beschrijft het totale traject van medisch-specialistische zorg of gespecialiseerde 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.</p> <p>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.</p>
Dialysecentrum:	Een zorginstelling die volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) medisch-specialistische zorg in de vorm van nierdialyse mag verlenen.
Dieetadvisering:	Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden.
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.
Eerstelijnsdiagnostiek:	Geneeskundige zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, voor zover dit diagnostische onderzoeken in opdracht van een eerstelijns zorgverlener betreft.
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:	<p>De EU-staten (Europese Unie) 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.</p> <p>Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.</p> <p>De EER-staten (Europese Economische Ruimte) zijn: Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.</p>

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 apothekhoudend 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 Farmacie.
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 voorwendselen.
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.
Generalistische Basis GGZ (GBGGZ):	De (aanvullende) diagnostiek en generalistische behandeling van lichte tot matig ernstige, niet complexe psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
Geriatrische revalidatie:	Geriatrische revalidatiezorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (meerdere aandoeningen) en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.
Gespecialiseerde GGZ:	Diagnostiek en specialistische behandeling van ingewikkelde psychische aandoeningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder. 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.
Gezondheidszorgpsycholoog:	De psycholoog die als gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld 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 zorginstelling moet zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).
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 Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Dit is bijvoorbeeld een ziekenhuis, categoriaal ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).
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:	Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.
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:	De psycholoog die geregistreerd staat in het register van Kinder- en Jeugdpsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
Klinisch fysicus audioloog:	Degene die als zodanig geregistreerd staat in het register van Klinisch Fysici.
Klinisch psycholoog:	Een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch psycholoog geregistreerd staat volgens de voorwaarden van artikel 14 van de wet BIG.
KNO-arts:	Een medisch specialist die is gespecialiseerd met betrekking tot aandoeningen van de hals, keel, neus en het oor.
Kraamcentrum:	Een instelling die volgens de Wet toelating zorginstellingen (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.
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).
Medisch Specialistische Verpleging Thuis:	Verpleegkundige zorg thuis, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg en vallend onder de directe verantwoordelijkheid en de regie van de behandelend medisch specialist.
Mondhygiënist:	Degene die als mondhygiënist 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.
Oogarts:	Een medisch specialist die is gespecialiseerd met betrekking tot aandoeningen van het oog.
Opname:	Opname en het daaropvolgende verblijf langer dan 24 uur in een (psychiatrisch) ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.
Optometrist:	Degene die als zodanig geregistreerd staat volgens artikel 34 van de wet BIG.
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:	De orthopedagoog of onderwijskundige die geregistreerd staat in het register van orthopedagoog-generalisten van de NVO.
Pedicure:	Gediplomeerd pedicure met aantekening 'voetverzorging bij diabetici' of een medisch pedicure.
Persoonsgebonden Budget VV:	Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging. Dit betreft een budget waarmee een verzekerde zelf de verpleging en verzorging kan inkopen.
Podotherapeut:	Erkend podotherapeut die is ingeschreven in het 'Kwaliteitsregister paramedici'. De podotherapeut is lid van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP).
Polis:	De akte waarin de tussen een verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd. Deze akte wordt ook wel polisblad genoemd.
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 is ingeschreven in het register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Dit register is ingesteld door de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS)
Psycholoog:	Degene die als psycholoog staat geregistreerd in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen of als gezondheidszorgpsycholoog staat geregistreerd in het BIG register.
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 revalidatie-technisch 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.
Revalidatie-instelling:	Zie onder 'instelling voor medisch-specialistische zorg'.
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.
Specialist ouderengeneeskunde:	Degene die als specialist ouderengeneeskunde is geregistreerd door de "Huisarts en Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratiecommissie" (HVRC).
Spoedeisende zorg:	Onvoorziene zorg die direct medische behandeling vereist.

Sportarts:	Degene die is ingeschreven als sportarts in het register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).
Tandarts:	Degene die als zodanig geregistreerd is volgens artikel 3 van de wet BIG.
Tandprotheticus:	Degene die is opgeleid volgens het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheids-gebied tandprotheticus'.
Trombosedienst:	Organisatie die geregeld het stollingsvermogen controleert van het bloed van verzekerden die therapie krijgen, teneinde stolling tegen te gaan.
Verblijf:	Zie onder 'Opname'.
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-/EER-staat.
Verloskundige:	Degene die als zodanig geregistreerd staat volgens artikel 3 van de wet BIG.
Verpleegkundig specialist::	Degene die als zodanig geregistreerd staat volgens artikel 3 en 14 van de wet BIG.
Verpleegkundige:	Degene die als zodanig geregistreerd staat 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. In de polisvoorwaarden gebruiken we ook de aanduidingen 'u' en 'uw'.
Verzekeringnemer:	Degene die de overeenkomst voor een zorgverzekering met ons is aangegaan.
Verzorgende individuele gezondheidszorg:	Degene die als zodanig geregistreerd staat volgens artikel 34 van de wet BIG.
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.
Wlz:	Wet Langdurige Zorg. De Wlz is een volksverzekering die Nederlanders verzekert tegen het risico van bijzondere ziektekosten. Het gaat daarbij om chronische zorg zoals opname in een verpleeghuis of zorg in een instelling voor gehandicapten. Deze zorg wordt nooit op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) vergoed. De Wlz gaat in op 1 januari 2015 en vervangt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

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.
ZBC:	Zelfstandig behandelcentrum. 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 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en opgenomen als aanspraak in de Zorgverzekeringswet (Zvw).
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.
Zorginstituut Nederland:	Centraal overheidsorgaan op het terrein van de wettelijke zorgverzekeringen (voorheen CVZ).
Zorgproduct:	Een prestatie, behorend tot de DBC-zorgproducten of tot de Overige Zorgproducten, zoals omschreven in de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
Zorgverlener:	Een zorginstelling, zorgaanbieder of beroepsbeoefenaar die de zorg verleent.
Zorgverzekeraar:	De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw) 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 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is goedgekeurd als zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

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 (Zvw);
- 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 naar 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 zorg-aanbieders 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 u 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. Onder de zorg en overige diensten vallen ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal vier jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

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 (Zvw).

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

lid 1 Algemeen

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

- aan het einde van het jaar (zie lid 2);
- als u een zorgverzekering voor iemand anders heeft afgesloten die nu voor zichzelf een andere zorgverzekering sluit (zie lid 3);
- bij een wijziging van de polisvoorwaarden in uw nadeel (zie lid 4);
- als u verandert van werkgever en u collectief verzekerd bent (zie lid 5);
- bij een verandering van de premie in uw nadeel (zie lid 6).

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

In lid 7 ziet u wanneer er geen recht is om de zorgverzekering op te zeggen.

lid 2 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 3 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 volgend op de dag waarop u als verzekeringnemer namens die verzekerde heeft opgezegd.

lid 4 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 5 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 6 **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 7 **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; 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.

lid 8 **Bij aanmelding door het Zorginstituut Nederland**

- a. Een verzekerde die door het Zorginstituut Nederland bij DSW Zorgverzekeraar is aangemeld, kan deze verzekering vernietigen als hij aantoonbaar dat hij reeds bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was. Hij moet dit aantonen binnen twee weken nadat het Zorginstituut Nederland hem mededeling van aanmelding bij ons heeft gedaan.
- b. De door het Zorginstituut Nederland aangemelde verzekerde kan de verzekering niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.
- c. Wij kunnen de verzekering wegens dwaling vernietigen, indien achteraf blijkt dat de door het Zorginstituut Nederland bij ons aangemelde persoon niet verzekeringsplichtig was.

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

lid 1 **Algemeen**

Uw zorgverzekering kan eindigen:

- in situaties waarin de wet dit heeft bepaald (zie lid 2);
- als u onrechtmatig verzekerd bent (zie lid 3);
- als u onrechtmatig handelt (zie lid 4).

lid 2 **Situaties waarin de wet de beëindiging heeft bepaald**

De Zorgverzekeringswet (Zvw) bepaalt dat de zorgverzekering van rechtswege eindigt met ingang van de dag volgende op de dag waarop:

- 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 Wlz 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 reden van de beëindiging en de beëindigingsdatum.

lid 3 **Onrechtmatige inschrijving**

Als blijkt dat u een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) 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 4 **Onrechtmatig handelen**

Onder bepaalde omstandigheden zouden wij, als deze omstandigheden eerder bekend waren geweest, geen zorg-verzekering 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 (Zvw) binnen twee maanden na ontdekking per direct te beëindigen. Tevens zullen wij de onderzoekskosten op de verzekerde verhalen.

lid 5 **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 (Bijlage 1) 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**

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.

lid 4 **Geen verrekening met vergoedingen**

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

lid 5 **Niet tijdig betalen van de premie**

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.

lid 6 **Gevolgen van te laat betalen bij een achterstand van twee maanden of meer**

- a. 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 Zorginstituut Nederland voor het heffen van een bestuursrechtelijke premie.
- Nadat een betalingsachterstand ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, melden wij dit aan het Zorginstituut Nederland en aan u als verzekeringnemer. Vanaf dat moment int het Zorginstituut Nederland 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.
- b. De wettelijke regeling betreffende 'De gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie' (artikelen 18a tot en met 18g Zorgverzekeringswet) is van toepassing.

lid 7 **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 € 375,- per jaar. U moet dus de eerste € 375,- 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 verplicht 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 verplicht eigen risico kunt u, als u 18 jaar of ouder bent, kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Zonder verdere afspraak bedraagt het vrijwillig eigen risico € 0,-. Met uitzondering van het bepaalde in lid 8 en lid 9 van dit artikel 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 verplicht eigen risico. Indien u een vrijwillig eigen risico kiest, krijgt u korting op de premie zoals vermeld in de premiebijlage (Bijlage 1).

lid 4**Kosten die niet meetellen voor het eigen risico**

Sommige kosten tellen niet mee voor het eigen risico (zowel voor het verplicht als het vrijwillig risico). Die kosten krijgt u dus wel van ons vergoed, ook al heeft u uw eigen risico nog niet vol gemaakt. Hierop zijn echter ook weer uitzonderingen van toepassing. Het volgende schema verduidelijkt dit.

Vergoedingen vanuit de basisverzekering die niet meetellen voor het eigen risico	Uitzonderingen hierop (deze kosten tellen dus wel mee voor het eigen risico)
Huisartsenzorg	Medicijnen voorgeschreven en laboratoriumonderzoek aangevraagd door uw huisarts
Verloskundige zorg	Medicijnen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer naar het ziekenhuis vanwege zwangerschap of bevalling. Geavanceerd of uitgebreid echoscopisch onderzoek (GEO of GUO) op medische indicatie.
Kraamzorg	
Ketenzorg	
Verpleging en verzorging die verband houdt met geneeskundige zorg en niet gepaard gaat met verblijf	
Nacontroles van levende transplantatiedonoren die verband houden met de opname van de donor in verband met een selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal, gedurende ten hoogste 13 weken na het ontslag uit het ziekenhuis (bij levertransplantatie tot hoogstens een half jaar). Vervoerskosten van de donor.	
Hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt	

lid 5**Kosten DBC of zorgproduct**

De kosten van een DBC of zorgproduct tellen mee voor het eigen risico van het jaar waarin de DBC of het zorgproduct is gestart (openingsdatum).

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 (Zvw) 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 365 dagen (bij schrikkeljaren: 366 dagen). De uitkomst hiervan wordt vermenigvuldigd met de hoogte van het verplicht en vrijwillig 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 € 375,- 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 verplicht 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**

lid 1 **Algemeen**
Voor vergoeding van behandeling in het buitenland onderscheiden we:

- verzekerden die wonen in Nederland (zie lid 2);
- verzekerden die wonen of verblijven in een ander EU-/EER-land of verdragsland en al dan niet tijdelijk in Nederland of een ander verdragsland verblijven (zie lid 3);
- verzekerden die wonen of verblijven in het buitenland, maar niet in een EU-/EER-land of verdragsland (zie lid 4).

lid 2 **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 zorgverlener buiten Nederland. Als u zich wendt tot een niet door ons gecontracteerde zorgverlener buiten Nederland, dan krijgt u maximaal dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15.

lid 3 **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 zorgverlener. Zie hiervoor artikel 15;
- c. vergoeding van verzekerde zorg door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15.

lid 4 **Wonen/verblijven in buitenland, maar niet in EU-/EER-land of verdragsland en zorg in het buitenland**
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 buiten Nederland. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15.

lid 5 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 spoedopname 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 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 6 Bevoegde zorgverlener

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

lid 7 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 40 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 terecht komt 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 of zorgproduct beginnend voor de einddatum van uw zorgverzekering bij DSW, dan gaan wij ervan uit dat de kosten daarvan zijn gemaakt tijdens de periode waarin die zorgverzekering van kracht was.

lid 4 Registratie van persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gegevens gebruiken wij voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector.

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 124, 3700 AC te Zeist.

Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kunnen wij, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, uw persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door ons geraadpleegd worden via de centrale databank van Stichting CIS.

Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Hier vindt u ook het van toepassing zijnde privacyreglement.

lid 5 Verwerking van medische gegevens

De verwerking van medische gegevens vindt afzonderlijk plaats. Dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van onze 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 afwikkelen.

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. Indien u een nota van een zorgverlener zelf heeft betaald, kunnen wij u verzoeken om een schriftelijk betaalbewijs.

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 **Fraude**

U bent verplicht ons alle relevante en 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 misleiding vast te stellen. Gedurende dit onderzoek schorten wij onze verplichting tot uitbetaling van de vergoeding van uw declaratie(s) op;
- c. vorderen wij reeds uitgekeerde vergoeding(en), (onderzoeks)kosten, respectievelijk alle kosten die verband houden met de vaststelling van de fraude bij u terug;
- d. hebben wij bij vastgestelde fraude en/of misleiding het recht de zorgverzekeringsovereenkomst met onmiddellijke ingang te beëindigen;
- e. zullen wij intern registreren, registratie doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen en doen wij hiervan zo nodig aangifte bij Justitie;
- f. zullen wij gedurende vijf jaar geen nieuwe zorgverzekering met u sluiten.

Het bovenstaande geldt eveneens als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, zoals een verzekerde of een derde.

lid 5 **Doorgeven van belangrijke gebeurtenissen**

U bent verplicht gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren, binnen veertien 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.

Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt, doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres bekend heeft gemaakt.

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 datum waarop de zorg is verleend 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 Wlz en/of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015);
- b. de eigen bijdrage die u betaalt voor bevolkingsonderzoek;
- c. attesten, vaccinaties en keuringen (bijvoorbeeld aanstellingskeuringen of keuringen voor uw rijbewijs of vlieg brevet). Wij vergoeden deze kosten wel als dit in de Regeling zorgverzekering zo is bepaald;
- d. de griepvriek;
- 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;
- 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 het Nederlands zijn opgesteld;
- k. schade die veroorzaakt of ontstaan is door een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, 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 (Zvw) een aanvullende bijdrage krijgen, heeft u - naast dit percentage - recht op uitkering krachtens een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van deze wet.

Artikel 14 Geschillen

lid 1 Algemeen

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. 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 2 Nederlands recht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

lid 3 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.

b. *Naar de rechter of geschillencommissie*

U kunt naar de rechter stappen als u het niet eens bent met de uitkomst van onze heroverweging of als wij binnen 30 dagen na uw verzoek om heroverweging geen reactie hebben gegeven. 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. *Klacht indienen bij de NZa*

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.

d. *E-Court*

Als u uw kosten (premie daaronder begrepen) niet tijdig aan ons betaalt, kunnen wij om deze schulden te innen in een arbitraal geding gebruik maken van het scheidsgerecht Stichting e-Court. De wettelijke regels daarvoor en het Arbitrage Reglement dat op de internetsite www.e-court.nl staat vermeld, zijn van toepassing.

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 onder “zoek een zorgverlener”.

lid 3 Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wettelijk maximumtarief

Wanneer u naar een zorgverlener 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 curatieve GGZ, zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra, logopedie en Verpleging en Verzorging, exclusief MSVT. Hiervoor geldt dat wij uw behandeling vergoeden 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.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een zorgverlener 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. De aanspraak op vergoeding van deze kosten van de door een niet-gecontracteerde zorgverlener geleverde zorg is in beginsel persoonlijk. U kunt de aanspraak op vergoeding van deze kosten, met inbegrip

van alle voor u geldende polisvoorwaarden, echter overdragen op een niet-gecontracteerde zorgverlener door middel van een akte van cessie. Met deze akte van cessie gaan, naast de aanspraak op de vergoeding van de kosten al uw verplichtingen mede over op deze niet-gecontracteerde instelling. De vervolgens bij ons ingediende nota vergoeden wij met inachtneming van artikel 15, lid 3, alsmede artikel 15, lid 5, onder a.

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. In het geval van curatieve GGZ en zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra, kan echter uitsluitend betaling van nota's aan de zorgverlener plaatshebben, indien door de zorgverlener een papieren versie van de nota, vergezeld van een getekende akte van cessie, bij ons wordt ingediend.

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 verwijfsbrief 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 afgegeven machtiging geldt in principe niet langer dan 365 dagen (zie lid 11), en wordt afgegeven op basis van de geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden. De machtiging is niet meer geldig als de betreffende wet- of regelgeving wijzigt of als uw verzekering is gewijzigd of beëindigd (tenzij de ingangsdatum van de DOT- zorgproductcode (inclusief DBC) binnen de looptijd van uw verzekering ligt).

lid 8 Spoedeisende zorg

Gaat het om spoedeisende zorg dan handelen wij alsof u een machtiging heeft gekregen voor de zorg, ook al heeft u deze (uiteeraard) 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 Omzetplafond

DSW sluit voor ieder jaar contracten met zorgaanbieders. Ook voor 2015. In deze contracten staan afspraken over onder andere kwaliteit, veiligheid, maar mogelijk ook over maximale vergoedingen aan de zorgaanbieder in het jaar 2015 (het zogenaamde "omzetplafond"). Hierdoor kan het in incidentele gevallen voorkomen dat een zorgaanbieder aangeeft dat deze geen (financiële) ruimte meer heeft om zorg aan u te verlenen. Wij kunnen u in dat geval helpen bij het zoeken naar een zorgaanbieder bij wie u wel terecht kunt.

Welke afspraken DSW heeft gemaakt met welke zorgaanbieder, kunt u terugvinden op www.dsw.nl

In de volgende gevallen kunt u altijd terecht bij een zorgaanbieder, ondanks dat deze het omzetplafond heeft overschreden:

- Spoedeisende hulp;
- Crisiszorg van de regionale crisisdienst;
- Indien u al in behandeling bent bij de betreffende zorgaanbieder.

- lid 10** **Doorlopende zaken bij verandering zorgverzekeraar**
Als u uw zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar heeft beëindigd en u kreeg tijdens die vorige zorgverzekering een machtiging, 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. De vergoeding vindt plaats conform onze polisvoorwaarden.
- lid 11** **Mededelingen en toezeggingen**
Mededelingen en toezeggingen die wij aan u doen, binden ons uitsluitend als wij u die schriftelijk hebben bevestigd.
- lid 12** **Geldigheidsduur**
Als in de verzekeringsvoorwaarden staat vermeld dat vooraf een machtiging verplicht is, dan mag deze niet ouder zijn dan 365 dagen. Onze machtiging is dus maximaal 365 dagen geldig, tenzij wij uitdrukkelijk anders bepalen.
- lid 13** **Betalingen/Vergoedingen**
Alle betalingen worden door ons gedaan op het bij ons bekende rekeningnummer van de verzekeringnemer.
- lid 14** **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 zoals huisartsen die plegen te bieden. De ketenzorg wordt alleen vergoed als de betrokken huisarts is aangesloten 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 risicomanagement), zoals omschreven in de NZa beleidsregel "Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen" en de daarbij behorende zorgstandaarden volgt.
- 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 reizigersadviesing.
- lid 4** **Zorg van zorgverlener of instelling zonder overeenkomst**
Wettelijke maximumtarieven
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.

Vrije tarieven
Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 17 Verpleging en verzorging zonder verblijf

Bij verpleging en verzorging zonder verblijf onderscheiden we:

- Verpleging en verzorging (Artikel 17.1);
- Intensieve kindzorg (IKZ) (Artikel 17.2);
- Palliatief Terminale Zorg (PTZ) (Artikel 17.3);
- Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT) (Artikel 17.4);
- Persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (Pgb VV) (Artikel 17.5).

Artikel 17.1 Verpleging en Verzorging

17.1.1 Algemeen

De te leveren zorg omvat maximaal de zorg zoals geïndiceerd en dient door de zorgverlener te worden vastgelegd in een zorgplan. Het zorgplan bevat een beschrijving van de aard, duur en omvang van de te leveren zorg onder aftrek van gebruikelijke zorg en mantelzorg. Het zorgplan voldoet aan de richtlijn en het normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). U dient in te stemmen met het zorgplan en dit te ondertekenen.

Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden passend binnen de wettelijke aanspraak verpleging en verzorging, waarbij de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop.

17.1.2 Voorwaarden

Zorgverlener

Er is sprake van verpleegkundige zorg als deze wordt geleverd door een van de volgende zorgprofessionals: de verpleegkundig specialist (HBO master), de verpleegkundige (HBO-bachelor), de verpleegkundige niveau 4 en de verzorgende individuele gezondheidszorg niveau 3. Een uitzondering hierop betreft het Pgb VV.

Voorbehouden handelingen zoals omschreven in artikel 36 van de Wet BIG mogen zelfstandig of onder verantwoordelijkheid van een daarvoor in de Wet BIG aangewezen zorgverlener worden uitgevoerd. Overige handelingen (waaronder risicovolle handelingen) dienen te worden uitgevoerd door een daartoe aantoonbaar bevoegde en bekwame zorgverlener.

Het zorgplan dient opgesteld te worden door een verpleegkundig specialist of een verpleegkundige.

17.1.3. Uitsluitingen

Niet vergoed worden de kosten van:

- Verpleging en verzorging indien er sprake is van verblijf zoals omschreven in artikel 2.12 Besluit Zorgverzekering (BZv);
- Kraamzorg zoals omschreven in artikel 2.11 Besluit Zorgverzekering;
- Verpleging en verzorging indien er sprake is van een aanspraak op de Wlz, de WMO 2015 of de Jeugdwet;
- Hulpmiddelenzorg;
- Farmacie;
- Zorg zoals een huisarts die pleegt te bieden, inclusief de activiteiten van een praktijkondersteuner;
- Regiefunctie complexe wondzorg.

17.1.4. Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

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 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 17.2 Intensieve kindzorg (IKZ)

17.2.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden de zorg aan verzekerden tot achttien jaar met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap waarbij:

- a. Sprake is van behoefte aan permanent toezicht; of
- b. Vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

IKZ omvat naast de benodigde verpleging en verzorging ook de bijbehorende begeleiding en pedagogische ondersteuning en het bijbehorende vervoer en verblijf.

17.2.2 Aanvullende voorwaarden

Deze voorwaarden zijn aanvullend op de voorwaarden zoals gesteld bij artikel 17.1.2

Machtiging

U moet vooraf bij ons een machtiging hebben aangevraagd en verkregen. U heeft hiervoor een aanvraag nodig van een kinderarts. Bij de aanvraag moet de behandelend kinderarts de zorg omschrijven en motiveren.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een kinderverpleegkundige niveau 4 of 5 onder directe verantwoordelijkheid van een kinderarts.

17.2.3 Uitsluitingen

Zie artikel 17.1.3.

17.2.4 Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

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 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 17.3 Palliatief Terminale Zorg (PTZ)

17.3.1 Te vergoeden zorgkosten

PTZ omvat naast de benodigde verpleging en verzorging ook de bijbehorende begeleiding. In het licht van de aard en het doel van de palliatief terminale zorg, wordt geleverde mantelzorg niet in mindering gebracht op de indicatie.

17.3.2 Aanvullende voorwaarden

Deze voorwaarden zijn aanvullend op de voorwaarden zoals gesteld bij artikel 17.1.2

Verwijzing

U heeft een verklaring van de behandelend arts nodig.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend onder directe medische verantwoordelijkheid van de behandelend arts.

17.3.3 Uitsluitingen

Zie artikel 17.1.3.

17.3.4. **Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst**

Wettelijke maximumtarieven

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 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 17.4 **Medisch Specialistische Verpleging in de Thuisituatie (MSVT)**

17.4.1 **Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden verpleging in de thuisituatie die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg, met het oog op het herstel van de gezondheid, of het voorkomen van verergering van een ziekte of aandoening en die niet gepaard gaat met verblijf in een instelling voor medisch-specialistische zorg.

17.4.2 **Aanvullende voorwaarde**

Deze voorwaarde is aanvullend op de voorwaarden zoals gesteld bij artikel 17.1.2
U heeft een verwijzing (uitvoeringsverzoek) nodig van een medisch specialist.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een verpleegkundig specialist of verpleegkundige (bevoegd en bekwaam voor de geïndiceerde handelingen) onder directe verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

17.4.3 **Uitsluitingen**

Zie artikel 17.1.3.

17.4.4. **Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst**

Wettelijke maximumtarieven

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.

Artikel 17.5 **Persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (Pgb VV)**

Te vergoeden zorgkosten

In een aantal gevallen kunt u een persoonsgebonden budget (pgb) aanvragen. In welke gevallen en onder welke voorwaarden dit kan, staat omschreven in het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging. Dit reglement maakt deel uit van onze polisvoorwaarden.

Artikel 18 **Medisch-specialistische zorg (exclusief curatieve geestelijke gezondheidszorg)**

lid 1 **Algemeen**

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. Voor mondzorg door een kaakchirurg verwijzen wij naar artikel 33. Binnen de medisch-specialistische zorg onderscheiden we:

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

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

lid 2 **Klinische en niet-klinische medisch-specialistische zorg**

lid 2.1 **Te vergoeden zorgkosten**

lid 2.1.1 **Medisch-specialistische zorg met opname (klinische zorg)**

Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 1095 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, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Bij de telling van de 1095 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 1095 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 1095 dagen;
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 1095 dagen.

lid 2.1.2 **Medisch-specialistische zorg zonder opname (niet-klinische zorg)**

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, indien deze op de polikliniek worden uitgevoerd of toegediend.

lid 2.2 **Voorwaarden**

Algemeen

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

Machtiging

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

- voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
- 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, jeugd(gezondheidszorg)-arts, of medisch specialist, hier valt ook de sportarts onder. In het geval van spoedeisende zorg is geen verwijzing noodzakelijk.
- 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 2.3 **Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst**

Wettelijke maximumtarieven

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.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 3 **Behandelingen van plastisch-chirurgische aard**

lid 3.1 **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 aan-
doening 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 3.2 **Voorwaarden**

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die 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 nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

lid 3.3 **Zorg van zorgverlener of instelling zonder overeenkomst**

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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.

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

Voor vruchtbaarheidsgerelateerde zorg gelden de volgende beperkingen:

1. deze zorg wordt niet meer vergoed bij vrouwen van 43 jaar of ouder; behoudens voor zover het een IVF- poging betreft die reeds is aangevangen voordat de vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
2. een vrouw die op 31 december 2014 43 jaar of ouder was en bij wie een IVF-poging uiterlijk op die datum was aangevangen, heeft recht op afronding van die poging voor rekening van de zorgverzekering;
3. IVF bij vrouwen jonger dan 38 jaar wordt slechts vergoed als er bij de eerste twee IVF-pogingen slechts één embryo wordt teruggeplaatst per poging (bij de derde poging mogen er wel twee embryo's worden teruggeplaatst);
4. bij vrouwen van 38 jaar of ouder mogen er bij alle drie de pogingen één of twee embryo's worden teruggeplaatst per poging.

Een IVF-poging bestaat uit 4 fasen:

1. Hormonale behandeling die de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw bevordert.
2. De follikelpunctie.
3. De bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium.
4. Het een of meerdere keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Een poging gaat als poging voor de verzekering tellen als er een geslaagde follikelpunctie (fase 2) heeft plaatsgevonden. Alleen een poging die is geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat sprake is van een doorgaande zwangerschap, telt mee voor het aantal pogingen.

Een doorgaande zwangerschap is een zwangerschap van ten minste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie. Of, in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's, is een doorgaande zwangerschap een zwangerschap van ten minste 9 weken en 3 dagen te rekenen vanaf de implantatie. De terugplaatsing van alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. Een zwangerschap van ten minste 12 weken na de eerste dag van de laatste menstruatie, die zonder medisch ingrijpen is ontstaan, is ook een doorgaande zwangerschap.

De volgende zorg wordt niet vergoed:

- a. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per doorgaande zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd. Na de derde poging worden ook de daarbij behorende geneesmiddelen niet vergoed.
- b. eicel- en spermadonatie, cryopreservatie en transplantatie van ovariumweefsel;
- c. behandeling van verlamde of verslaptte 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 borst amputatie 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;
- k. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- l. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- m. behandeling met een redressiehelm in geval van plagiocephalie en brachycephalie zonder craniosynostose.

Artikel 19 Voorwaardelijke toelating

De zorg bedoeld in artikel 2 lid 5, laatste volzin omvat tevens:

- a. tot 1 januari 2016 behandeling van chronische aspecifieke rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, indien de verzekerde deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- b. tot 1 januari 2017 behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie, indien de verzekerde deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- c. tot 1 januari 2017 behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële trombolysie, indien de verzekerde deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie 'Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)';
- d. tot 1 januari 2018 behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfec-teerde pancreasnecrose, indien de verzekerde deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- e. tot 1 januari 2018 het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn, indien de verzekerde deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;

- f. een bepaalde vorm van chemotherapie (HIPEC) bij een colorectaal carcinoom;
- g. de PTED-behandeling bij patiënten met een lumbale hernia;
- h. autologe vettransplantaties bij borstreconstructies na een borstamputatie;
- i. vaccinaties met bepaalde 'dendritische cellen' bij patiënten met huidkanker;
- j. behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten (TILs) bij patiënten met huidkanker in een vergevorderd stadium;
- k. fampyra (extramuraal geneesmiddel bedoeld voor patiënten met multiple sclerose);
- l. benlysta (intramuraal geneesmiddel bedoeld voor patiënten met de auto-immuunziekte SLE).

Artikel 20 Zwangerschap, bevalling en kraamzorg

Bij bevalling (verloskundige zorg) en kraamzorg onderscheiden wij:

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

lid 1 Bevalling en 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 zoals (klinisch) verloskundigen en medisch specialisten die 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.

Kraamzorg in ziekenhuis

Kraamzorg in een ziekenhuis kan alleen voorkomen, aansluitend aan een bevalling, of indien er alsnog een medische noodzaak voor verblijf ontstaat, aansluitend op de bevalling. In dat geval is er sprake van "verblijf" in de zin van artikel 2.10 Besluit zorgverzekering en wordt er geen eigen bijdrage in rekening gebracht.

lid 2 Bevalling en kraamzorg zonder medische noodzaak in een instelling

lid 2.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden verloskundige zorg in een instelling. U heeft recht op vergoeding van deze zorg vanaf de dag van de bevalling. Bij de zorgverlening hoort tevens de assistentie van de kraamverzorgende (partusassistentie) die tijdens de bevalling wordt verleend. Deze assistentie wordt conform het Landelijk Indicatieprotocol kraamzorg (LIP) gegeven.

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 zoals verloskundigen die plegen te bieden.

Zorgverlener

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

Eigen bijdrage bevalling zonder medische noodzaak in een instelling

De eigen bijdrage voor zowel moeder als kind/kinderen bedraagt € 16,50 per persoon per dag voor verzorging verleend in een instelling, zonder dat hiervoor medische noodzaak is. Als de instelling meer dan € 117,50 per persoon per dag in rekening brengt, moet u het bedrag boven de € 117,50 ook zelf betalen.

lid 2.3 Uitsluitingen

Materiaalkosten, logieskosten, maaltijdkosten en gastovernachtingen worden niet vergoed.

lid 3 Bevalling en kraamzorg bij u thuis

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;
- de assistentie bij de bevalling (partusassistentie) tot maximaal drie uur na de bevalling;
- uw verzekering geeft recht op 24 uur tot maximaal 80 uur kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum, verdeeld over ten hoogste tien dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. De bepaling van het aantal uren is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en vindt plaats volgens landelijke indicatieafspraken in het Landelijk Indicatie Protocol kraamzorg. De verloskundige of de medisch specialist stelt in overleg met het kraamcentrum het aantal uren kraamzorg vast waar u recht op heeft en wij vergoeden deze uren;
- heeft u na de bevalling één of meer dagen doorgebracht in een instelling, dan wordt dit verrekend met het hierboven genoemde maximum aantal dagen kraamzorg waarop u recht heeft.

lid 3.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals verloskundigen en kraamverzorgenden die 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 kraamzorg.

Eigen bijdrage voor kraamzorg thuis

Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,15 per uur.

lid 4 Kraamzorg in een instelling zonder medische noodzaak nadat u elders bent bevallen

lid 4.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden:

- de inschrijving bij en intake door het kraamcentrum;
- uw verzekering geeft recht op 24 uur tot maximaal 80 uur kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum, verdeeld over ten hoogste tien dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. De bepaling van het aantal uren is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en vindt plaats volgens landelijke indicatieafspraken in het Landelijk Indicatie Protocol kraamzorg;
- heeft u na de bevalling één of meer dagen doorgebracht in een instelling, dan wordt dit verrekend met het hierboven genoemde maximum aantal dagen kraamzorg waarop u recht heeft.

lid 4.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden.

Zorgverlener

De kraamzorg wordt verleend door:

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

Eigen bijdrage voor kraamzorg in een instelling

Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4,15 per uur.

lid 4.3 Uitsluitingen

Bij kraamzorg in een instelling worden materiaalkosten, logieskosten, 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, waarbij informatie wordt 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);
- b. de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en invasieve diagnostiek, indien hiervoor een medische indicatie bestaat (uit de medische voorgeschiedenis blijkt een verhoogd risico op een kindje met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau) of een 'positieve' combinatietest;
- c. de combinatietest, indien hiervoor een medische indicatie bestaat (uit de medische voorgeschiedenis blijkt een verhoogd risico op een kindje met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau).

lid 5.2 Voorwaarden

Algemeen

De counseling en de combinatietest mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder die een vergunning heeft krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of een samenwerkingsafpraak met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat over een vergunning beschikt krachtens deze wet. 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 21 Eerstelijnsdiagnostiek

lid 1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden:

- laboratoriumonderzoek uitgevoerd door een instelling voor Medisch Specialistische Zorg en/ of een zelfstandig huisartsenlaboratorium;
- radiologisch onderzoek uitgevoerd door een instelling voor Medisch Specialistische zorg. De te vergoeden zorgkosten en voorwaarden voor prenatale screening vindt u terug in artikel 20;
- functieonderzoek uitgevoerd door een instelling voor Medisch Specialistische zorg of huisarts.

lid 2 Voorwaarden

Algemeen

Alleen medisch noodzakelijke diagnostiek komt voor vergoeding in aanmerking.

Verwijzing

U heeft voor deze zorg een verwijzing nodig van uw huisarts.

lid 3 Uitsluiting

Een algemene gezondheidscheck wordt niet vergoed.

lid 4 Zorg van zorgverlener of instelling zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

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.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 22 Ketenzorg

lid 1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden:

- de zorg geleverd in het kader van multidisciplinair georganiseerde chronische zorg op het gebied van COPD, Diabetes Mellitus type 2 en Cardio Vasculair Risicomanagement;
- voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus zoals omschreven in het standpunt van het Zorginstituut Nederland 'voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus', publicatienummer 284, volgnummer 29119025 (te raadplegen op onze website www.dsw.nl), geleverd door een pedicure met aantekening 'diabetisch voet', medisch pedicure of een podotherapeut.

lid 2 Voorwaarden

Algemeen

De ketenzorg wordt geleverd volgens de geldende zorgstandaarden die van toepassing zijn op de in lid 1 genoemde aandoeningen.

Verwijzing

U heeft voor deze zorg, met uitzondering van de betreffende huisartsenzorg, een verwijzing nodig van uw huisarts.

lid 3 Uitsluiting

- Acute zorgvragen tijdens de avond, nacht en het weekend.
- Diagnostisch onderzoek betreffende het vaststellen van de diagnose Diabetes Mellitus 2, COPD of het verhoogde vasculaire risico.
- Eerstelijnsdiagnostiek verricht op verzoek van de huisarts.
- Geneesmiddelenzorg, met uitzondering van medicamenteuze ondersteuning als onderdeel van het Stoppen met roken.
- Hulpmiddelenzorg.

lid 4 Zorg van zorgverlener of instelling zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

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 door de individuele zorgverlener 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij uw behandeling door de individuele zorgverlener 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 23 Revalidatie

lid 1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden revalidatie in de volgende vormen:

- verblijf;
- zonder verblijf (deeltijd- of dagbehandeling).

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.

Machtiging

Voor een behandeling in een niet door ons gecontracteerde instelling voor revalidatie, moet u bij ons vooraf een machtiging hebben aangevraagd en verkregen. Een overzicht van gecontracteerde zorgverleners vindt u op www.dsw.nl onder "zoek een zorgverlener".

Bij de aanvraag moet de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist) de diagnose, doelstelling en het behandelplan omschrijven en motiveren.

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.

lid 3 **Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst**

Wettelijke maximumtarieven

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.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 24 Geriatrische revalidatie

lid 1 **Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden geriatrische revalidatie in de volgende vormen:

- verblijf;
- deeltijd- of dagbehandeling en/of poliklinische behandeling volgend op verblijf in het kader van geriatrische revalidatie.

lid 2 **Voorwaarden**

Algemeen

- De zorg sluit binnen een week aan op een opname in een ziekenhuis, tenzij er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid en er sprake is van voorgaande medisch specialistische zorg voor deze aandoening; en
- In het ziekenhuis heeft triage voor de geriatrische revalidatiezorg plaatsgevonden; en
- U verbleef vóór de opname in het ziekenhuis niet in een Wlz instelling voor samenhangende zorg; en
- De behandeling wordt klinisch gestart en heeft eventueel vervolg met deeltijd- of dagbehandeling en/of poliklinische behandeling; en
- De zorg duurt in zijn geheel niet langer dan zes maanden.

Zorgverlener

De zorg wordt geleverd door een multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatiezorg onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

lid 3 **Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst**

Wettelijke maximumtarieven

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.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 25 **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, tenzij in dit artikel anders wordt bepaald.

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. De kosten van deze zorg worden tot maximaal dertien weken na het einde van deze opname vergoed. Voor leverdonoren geldt een termijn van maximaal zes maanden.
- b. het vervoer binnen Nederland dat de donor, die geen zorgverzekering in Nederland heeft, nodig heeft in verband met:
 - de selectie, de opname en het ontslag uit een ziekenhuis;
 - de zorg tot dertien 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, die geen zorgverzekering in Nederland heeft, 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.

Indien de donor een zorgverzekering in Nederland heeft, dan komen de kosten van dit vervoer ten laste van de zorgverzekering van de donor.

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-/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;
- c. kosten van het vervoer van de donor indien de donor een zorgverzekering in Nederland heeft.

Artikel 26 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:

- a. het opleiden door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- b. bruikleen, regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen) van de dialyseapparatuur met toebehoren;
- c. de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn om de dialyse uit te voeren;
- d. 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;
- e. overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen, voor zover daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- f. 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 of zorginstelling zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

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.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 27 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 vanwege de medisch-specialistische zorg zoals omschreven in lid 1.2 hierboven. Deze zorg wordt vergoed vanuit de Wlz.

Artikel 28 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 29 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 30 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.

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 of zorginstelling zonder overeenkomst

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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 31 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 32 Paramedische zorg

lid 1 Fysiotherapie en oefentherapie

lid 1.1 Te vergoeden zorgkosten

lid 1.1.1. Als u 18 jaar of ouder bent

Wij vergoeden fysiotherapie en/of oefentherapie:

- a. vanaf de eenentwintigste behandeling als u beperkingen heeft als gevolg van een aandoening die staat op de 'Lijst van aandoeningen' (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;
- b. vanaf de eerste behandeling maximaal negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie.

lid 1.1.2. Als u jonger dan 18 jaar bent

Wij vergoeden fysiotherapie en/of oefentherapie:

- a. vanaf de eerste behandeling als u beperkingen heeft als gevolg van een aandoening die staat op de 'Lijst van aandoeningen' (Bijlage 1 van het 'Besluit zorgverzekering'). Vergoeding vindt plaats per aandoening en uiterlijk tot de maximumperiode genoemd op deze lijst indien medisch noodzakelijk;
- b. als u beperkingen heeft als gevolg van een aandoening die niet op de 'Lijst van aandoeningen' 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.

Vaststellen aandoening die op de lijst, (Bijlage 1 bij het 'Besluit zorgverzekering') staat

Een arts of medisch specialist dient een schriftelijke verklaring af te geven waaruit de medische indicatie van een dergelijke aandoening blijkt.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door de hieronder genoemde zorgverleners:

Betreft	Zorgverlener
Fysiotherapie	Fysiotherapeut
Manuele therapie	Manuele therapeut
Bekken therapie	Bekken therapeut
Kinderfysiotherapie	Kinderfysiotherapeut
Geriatricfysiotherapie	Geriatricfysiotherapeut
Oedeem therapie	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 of zorginstelling zonder overeenkomst**

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 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

De behandeling van de ergotherapeut 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 of instelling zonder overeenkomst**

Wettelijke maximumtarieven

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.

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 zoals logopedisten die plegen te bieden. De behandeling van de logopedist heeft een geneeskundig doel. Verwacht wordt dat de behandeling een verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen tot gevolg heeft. Dit doel moet een in redelijkheid te bereiken doel zijn.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een logopedist.

lid 3.3 Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

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 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. Wilt u weten met welke zorgverleners of instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de 'Zoek een zorgverlener' link op onze website.

lid 3.4 Uitsluitingen

Wij vergoeden geen behandelingen met een onderwijskundig doel en behandelingen van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid.

lid 4 Dieetadvisering

lid 4.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden:

- a. de voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden, tot een maximum van drie behandelingen per jaar;
- b. de voorlichting en advisering op het gebied van voeding en eetgewoonten als het onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg (Diabetes type 2 bij volwassenen, COPD en VRM Ketenzorg) voor maximaal drie behandelingen per jaar. Voor vergoedingen wordt verwezen naar artikel 15 en naar onze website www.dsw.nl.

lid 4.2 Voorwaarden

Algemeen

Dieetadvisering zoals vermeld in lid 4.1, sub b van dit artikel wordt uitsluitend vergoed als het onderdeel is van de gecoördineerde, multidisciplinaire zorg (Ketenzorg) als u lijdt aan een chronische obstructieve longziekte (COPD), of aan diabetes type 2 bij volwassenen of 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 alleen een verwijzing nodig van een arts of medisch specialist indien de zorg onderdeel uitmaakt van voornoemde Ketenzorg.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een diëtist.

lid 4.3 **Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst**

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 markt conforme vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15.

Artikel 33 **Mondzorg**

lid 1 **Algemeen**

Bij mondzorg onderscheiden wij:

- Mondzorg voor verzekerden van alle leeftijden (zie lid 2);
- Mondzorg specifiek voor verzekerden jonger dan 18 jaar (zie lid 3);
- Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (zie lid 4).

lid 2 **Mondzorg voor verzekerden van alle leeftijden**

lid 2.1 **Kaakchirurgie**

lid 2.1.1 **Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden zorg zoals medisch specialisten voor mond-, kaak- en aangezichtschirurgie die 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 2.1.2 **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, sinuslifting 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 2.1.3 Kaakchirurgie door een zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

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 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 2.2 Klikgebit (volledige overkappingsprothese op implantaten)

lid 2.2.1 Te vergoeden zorgkosten

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

- 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 uitneembaar klikgebit te bevestigen; en
- c. wanneer er eerst een goed, normaal volledig kunstgebit vervaardigd is.

lid 2.2.2 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 het klikgebit 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 2.3 Bijzondere orthodontie

lid 2.3.1 Te vergoeden zorgkosten

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

lid 2.3.2 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.

Zorgverlener

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

lid 2.4 Mondzorg in bijzondere gevallen

lid 2.4.1 **Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden de mondzorg in bijzondere gevallen, waaronder het plaatsen van een implantaat, 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; of
- b. een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of
- c. een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.

lid 2.4.2 **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, de mondhygiëne ernstig verwaarloosd wordt en/of u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt.

Eigen Bijdrage

Voor tandheelkundige zorg als bedoeld in lid 2.4.1 sub a; lid 2.4.1 sub b en lid 2.4.1 sub c ten behoeve van een volwassen extreem angstige verzekerde, betaalt de verzekerde van 18 jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien de afwijking 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 3 **Mondzorg specifiek voor verzekerden jonger dan 18 jaar**

Als aanvulling op de in lid 2 vergoedingen geldt voor verzekerden tot 18 jaar een uitgebreider vergoedingenpakket.

lid 3.1 **Te vergoeden tandheelkundige kosten**

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben recht op vergoeding van:

- 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. het aanbrengen van fluoride bij verzekerden vanaf de leeftijd dat de eerste blijvende gebitselementen zijn doorgebroken, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
- 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 kunstgebitten;
- 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 ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige zorg;
- n. röntgenonderzoek.

lid 3.2 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 3.1 sub d.
- b. Er moet vooraf bij ons toestemming zijn aangevraagd en een machtiging door ons zijn verleend voor een behandeling die valt onder lid 3.1 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 3.3 Uitsluitingen

Niet vergoed worden:

- a. orthodontie en bijbehorend röntgenonderzoek, tenzij lid 2.3 van toepassing is;
- b. kronen en bruggen, tenzij lid 3.1 sub l van toepassing is;
- c. onder lid 3.1 sub l is geen vergoeding mogelijk om ontbrekende kiezen te vervangen door middel van implantaten.

lid 4 Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

lid 4.1 Kunstgebit (volledige gebitsprothese) door tandarts of tandprotheticus

lid 4.1.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden:

- a. 75% van de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig kunstgebit of een volledige noodkunstgebit (volledige immediaatprothese) voor de boven- en/of onderkaak;
- b. de kosten van de reparatie en/of het rebasen van een bestaande uitneembare volledige gebitsprothese.

lid 4.1.2 Voorwaarden

Machtiging

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

1. de totale kosten van het volledig (nood)kunstgebit vervaardigd en geplaatst door een tandarts of tandprotheticus, inclusief techniekkosten, meer dan € 560,- per onder- of bovenkaak bedragen;
2. het volledig kunstgebit (met uitzondering van het volledige noodkunstgebit) binnen drie jaar na aanschaf wordt vervangen;
3. wanneer de volledige boven- en/of onder (nood)kunstgebit 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

Er geldt een eigen bijdrage van 25% van de kosten voor het aanmeten en plaatsen van een uitneembaar volledig (nood) kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak.

Wanneer het volledig (nood) kunstgebit wordt vervaardigd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, bedraagt de eigen bijdrage € 125,- per boven- of onderkaak.

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).

Artikel 34 Farmacie

lid 1 Inleiding

Wij onderscheiden:

- Farmaceutische zorg (lid 3);
- Geneesmiddelen (lid 4 tot en met 8).

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:

- geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 4);
- zelfzorggeneesmiddelen (zie lid 5);
- geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (zie lid 6);
- andere niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen (zie lid 7);
- dieetpreparaten (zie lid 8).

lid 2 Algemene informatie

lid 2.1 Reglement Farmacie

Wij hanteren voor de nadere voorwaarden met betrekking tot de toegang tot farmaceutische zorg een Reglement Farmacie. Het Reglement maakt deel uit van deze polisvoorwaarden. Voor meer informatie zie www.dsw.nl.

lid 2.2 Geneesmiddelen Vergoedingensysteem (GVS)

De overheid heeft bepaald welke geneesmiddelen onder welke voorwaarden en bij welke medische indicatie voor vergoeding in aanmerking komen. Het 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 34 lid 2.3). Daarnaast kennen sommige geneesmiddelen extra voorwaarden (zie artikel 34 lid 2.4).

lid 2.3 Eigen bijdrage

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

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 u kunt 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 (apotheekbereiding) 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 2.4** **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 Farmacie staan de geneesmiddelen waarbij wij vooraf toetsen of u 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 2.5** **Medische noodzaak**
- Naast merkgeneesmiddelen (*spécialités*) zijn er ook merkloze middelen (generieken) met dezelfde werkzame stof, dezelfde sterkte en dezelfde toedieningsvorm. De apotheker dient het goedkoopste merkloze geneesmiddel af te leveren, tenzij de voorschrijvend arts (huisarts of specialist) van mening is dat er sprake is van aangetoonde medische noodzaak.
- Uw apotheker weet welk middel hij u kan leveren.
- Als u zonder dat medische noodzaak is aangetoond, toch het duurdere merkgeneesmiddel of een duurder merkloos geneesmiddel neemt, moet u zelf de kosten van dit geneesmiddel voorschieten. U kunt deze nota bij ons indienen en krijgt u van ons de prijs van de marktconforme vergoeding (het goedkoopste geneesmiddel in het cluster) vergoed.
- lid 3** **Farmaceutische zorg**
- Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:
- a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
 1. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet;
 2. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet; of
 3. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
- lid 3.1** **Te vergoeden zorgkosten**
- Wij vergoeden de terhandstelling van geneesmiddelen zoals beschreven in artikel 34 lid 4 tot en met 8.
- lid 3.2** **Zorg van apotheker of apothekhoudend huisarts zonder overeenkomst**
- Vrije tarieven*
- Wanneer u naar een apotheker of apothekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de farmaceutische zorg 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.
- lid 4** **Geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen**
- lid 4.1** **Te vergoeden zorgkosten**
- Wij vergoeden de geregistreerde geneesmiddelen zoals beschreven in artikel 34 lid 2.2
- lid 4.2** **Voorwaarden**
- Algemeen*
- Het gaat om geregistreerde geneesmiddelen in het GVS.

Machtiging

Voor geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden (zie artikel 34 lid 2.4) gelden, is een machtiging nodig.

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 apotheehoudend huisarts.

lid 4.3 Uitsluitingen

Niet vergoed worden:

- a. geneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering niet vergoed mogen worden;
- b. maagzuurremmers die u korter dan zes maanden gebruikt;
- c. de eerste uitgifte van maagzuurremmers die u langer dan zes maanden gebruikt;
- d. anticonceptiva voor een verzekerde van 21 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 inenting 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 sub f van de Geneesmiddelenwet;
- k. andere kosten (zoals administratie- of verzendkosten).

lid 4.4 Zorg van apotheker of apotheehoudend huisarts zonder overeenkomst

Vrije tarieven

Wanneer u naar een apotheker of apotheehoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de geregistreerde geneesmiddelen behalve de zelfzorggeneesmiddelen 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.

lid 5. Zelfzorggeneesmiddelen

lid 5.1 Te vergoeden zorgkosten

Onder strikte voorwaarden (zie lid 4.2) 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 5.2 Voorwaarden

Algemeen

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

Machtiging

De in lid 5.1 genoemde zelfzorggeneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden, zie artikel 34 lid 2.4. 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 5.3 Uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding van de in lid 5.1 genoemde zelfzorggeneesmiddelen tijdens de eerste vijftien dagen dat u het zelfzorggeneesmiddel gebruikt.

lid 5.4 Zorg van apotheker of apotheekhoudend huisarts zonder overeenkomst

Vrije tarieven

Wanneer u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de zelfzorggeneesmiddelen 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.

lid 6 Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt

lid 6.1 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 rationele farmacotherapie gaat.

lid 6.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om rationele farmacotherapie.

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 6.3 Uitsluitingen

Niet vergoed worden geneesmiddelen die uitwisselbaar zijn met een geregistreerd geneesmiddel waar u recht op heeft, zie artikel 34 lid 2.2.

lid 6.4 Zorg van apotheker of apotheekhoudend huisarts zonder overeenkomst

Vrije tarieven

Wanneer u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt 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.

lid 7 **Andere niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen**

lid 7.1 **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 die arts) én 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 lid 1 onder mm van de Geneesmiddelenwet en die bestemd zijn voor gebruik door individuele patiënten van die arts onder zijn toezicht.

lid 7.2 **Voorwaarden**

Algemeen

Het gaat om rationele farmacotherapie.

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 apothekhoudend huisarts.

lid 7.3 **Zorg van apotheker of apothekhoudend huisarts zonder overeenkomst**

Vrije tarieven

Wanneer u naar een apotheker of apothekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de andere niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen 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.

lid 8 **Dieetpreparaten**

lid 8.1 **Te vergoeden zorgkosten**

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

lid 8.2 **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 34 lid 8.2. 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.

lid 8.3 Zorg van apotheker of apothekhoudend huisarts zonder overeenkomst

Vrije tarieven

Wanneer u naar een apotheker of apothekhoudend huisarts gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten, dan vergoeden wij de dieetpreparaten 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 35 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 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 de door ons vastgestelde marktconforme vergoedingen (zie 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

Voor welke hulpmiddelen u een machtiging moet aanvragen en welke voorwaarden hierbij gelden, staat beschreven in het Reglement Hulpmiddelen. Bij gecontracteerde leveranciers is het mogelijk dat zij, in samenspraak met u, de machtigingsprocedure uitvoeren. Indien wij geen overeenkomst hebben met de leverancier, bent u zelf verantwoordelijk voor het aanvragen van de machtiging.

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 bij ons indienen.

Verwijzing en voorschrift

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

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. 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 Wlz/Wmo2015/WIA of hulpmiddelen waarop aanspraak bestaat vanuit de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'.

lid 6 Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst

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 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 36 Ziekenvervoer

Wij onderscheiden:

- ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1 lid 1 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 lid 1 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.

Vervoertraject

Vergeod worden de kosten van het vervoer:

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

lid 1.3 Uitsluitingen

De zorg omvat niet ziekenvervoer per ambulance in het kader van begeleiding op grond van artikel 3.1.1 Wlz gedurende een dagdeel. Als het ziekenvervoer medisch noodzakelijk is, valt die aanspraak onder de Wlz.

lid 2 Zittend ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi)

lid 2.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden:

- a. 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. Aan de hand van de aanvraag wordt vastgesteld welk soort vervoer (openbaar vervoer, auto of taxi) u nodig heeft. Als u om medische redenen niet met het openbaar vervoer of eigen vervoer kan reizen, 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 € 0,31 per kilometer. Voor de berekening van het aantal kilometers gaan we uit van de snelste route volgens de ANWB-routeplanner.

- b. 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 u:

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

In de bovengenoemde situaties kan aanspraak worden gemaakt op zittend ziekenvervoer, wanneer het om zorg gaat die onder de dekking van deze zorgverzekering valt .

Buiten de hiervoor genoemde situaties kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule indien in verband met de behandeling van een ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer, en het niet vergoeden van de kosten van dat vervoer voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. U kunt 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 € 97,- per jaar.

lid 2.3**Uitsluitingen**

Er is geen recht op:

- a. ziekenvervoer per ambulance in het kader van begeleiding op grond van artikel 3.1.1 Wlz gedurende een dagdeel. Als het ziekenvervoer medisch noodzakelijk is, valt die aanspraak onder de Wlz;
- b. zittend ziekenvervoer als de te ontvangen zorg vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering.

lid 2.4**Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst***Vrije tarieven*

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 wordt vervoerd door een vervoerder waar wij geen overeenkomst mee hebben gesloten, dan vergoeden wij uw zittend ziekenvervoer 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 37 Generalistische Basis GGZ

Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) maakt, samen met de gespecialiseerde GGZ, onderdeel uit van de curatieve geestelijke gezondheidszorg.

lid 1 Te vergoeden zorgkosten

Onderstaande prestaties worden vergoed.

1. Generalistische Basis GGZ Kort;
2. Generalistische Basis GGZ Middel;
3. Generalistische Basis GGZ Intensief;
4. Generalistische Basis GGZ Chronisch;
5. Onvolledig behandeltraject.

lid 2 Voorwaarden GBGGZ

Algemeen

Het gaat om geneeskundige zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters die plegen te bieden. De zorg is gericht op de diagnostiek en behandeling van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Verwijzing

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

Voorwaarden verwijzing

- De verwijzing is gedateerd;
- De verwijzing is voorafgaand aan de behandeling afgegeven;
- De verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verwijzend arts;
- De verwijzing bevat de (elektronische) handtekening van de verwijzend arts;
- De verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verzekerde;
- De verwijzing bevat een duidelijke zorgvraag en een voorlopige diagnose;
- Uit de verwijzing blijkt dat er sprake is van een vermoeden op een DSM IV stoornis;
- De verwijzing is een gerichte verwijzing naar Generalistische Basis GGZ ;

Een verwijzing is maximaal één jaar geldig.

Voorwaarden

hoofdbehandelaar

De behandeling wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een van de volgende hoofdbehandelaren:

- een BIG geregistreerde GZ-psycholoog;
- een Psychiater;
- een Klinisch psycholoog;
- een Psychotherapeut;
- een Kinder- en jeugdpsycholoog (alleen voor behandeling van psychiatrische stoornissen van verzekerden van 18 tot en met 22 jaar bij wie de behandeling al was gestart bij de betreffende behandelaar op het moment dat de 18-jarige leeftijd nog niet was bereikt en bij wie de zorg doorloopt met het bereiken van de 18-jarige leeftijd);
- een Orthopedagoog Generalist (alleen voor behandeling van psychiatrische stoornissen van verzekerden van 18 tot en met 22 jaar bij wie de behandeling al was gestart bij de betreffende behandelaar op het moment dat de 18-jarige leeftijd nog niet was bereikt en bij wie de zorg doorloopt met het bereiken van de 18-jarige leeftijd).

De hoofdbehandelaar dient de zorg grotendeels persoonlijk te verlenen, maar mag voor maximaal 40% van de tijd gebruik maken van een medebehandelaar. Toegestane medebehandelaren zijn behandelaren die een opleiding hebben afgerond tot een beroep dat voorkomt op de beroepenlijst uit de Spelregels DBC-registratie GGZ 2015.

Lid 3 **Uitsluitingen GBGGZ**

Het volgende komt niet voor vergoeding in aanmerking:

- De behandeling van aanpassingsstoornissen;
- Hulp bij werk- en relatieproblematiek;
- Hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- Psychosociale hulp;
- Interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Wij volgen hierin o.a. het “Dynamisch overzicht van psychologische interventies binnen de GGZ die niet voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk (negatieve lijst)” van het Zorginstituut Nederland (ZIN). Dit overzicht vindt u terug op onze website. Uw hoofdbehandelaar kan u hier meer over vertellen.

lid 4 **Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst**

Wettelijke maximumtarieven

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 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. Wilt u weten met welke zorgverleners of instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de ‘Zoek een zorgverlener’ link op onze website.

Artikel 38 **Gespecialiseerde Geestelijk Gezondheidszorg (GGZ)**

Gespecialiseerde GGZ maakt onderdeel uit van de curatieve geestelijke gezondheidszorg.

Wij onderscheiden:

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

lid 1 **Gespecialiseerde GGZ zonder verblijf**

lid 1.1 **Te vergoeden zorgkosten**

Wij vergoeden:

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

lid 1.2 **Voorwaarden**

Algemeen

Het gaat om gespecialiseerde GGZ zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die 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. De zorg is gericht op de behandeling van een psychische stoornis/aandoening voor verzekerden van 18 jaar en ouder. dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Onder deze gespecialiseerde GGZ verstaan wij diagnostiek (het vaststellen van de stoornis) en specialistische behandeling van complexe psychische stoornissen.

Verwijzing/indicatiebesluit

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg. Wel is een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de acute situatie voorbij is.

Voorwaarden verwijzing

- De verwijzing is gedateerd;
- De verwijzing is voorafgaand aan de behandeling afgegeven;
- De verwijzing bevat de volledige NAW- gegevens van de verwijzend arts;
- De verwijzing bevat de (elektronische) handtekening van de verwijzend arts;
- De verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verzekerde;
- De verwijzing bevat een duidelijke zorgvraag en een voorlopige diagnose;
- Uit de verwijzing blijkt dat er sprake is van een vermoeden op een DSM IV stoornis;
- De verwijzing is een gerichte verwijzing naar gespecialiseerde GGZ.

Een verwijzing is maximaal één jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan één jaar wordt onderbroken, is er voor de vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een GGZ-instelling\of een vrijgevestigde psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut.

De hoofdbehandelaar is een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut.

De hoofdbehandelaar dient de zorg grotendeels persoonlijk te verlenen, maar mag gebruik maken van een medebehandelaar. Toegestane medebehandelaren zijn behandelaren die een opleiding hebben afgerond tot een beroep dat voorkomt op de beroepenlijst uit de Spelregels DBC-registratie GGZ 2015.

lid 1.3 Het volgende komt niet voor vergoeding in aanmerking:

- De behandeling van aanpassingsstoornissen;
- Hulp bij werk- en relatieproblematiek;
- Hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- Psychosociale hulp;
- Interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Wij volgen hierin o.a. het “Dynamisch overzicht van psychologische interventies binnen de GGZ die niet voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk (negatieve lijst)” van het Zorginstituut Nederland (ZIN). Dit overzicht vindt u terug op onze website. Uw hoofdbehandelaar kan u hier meer over vertellen.

lid 1.4 Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst

Wettelijke maximumtarieven

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 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.

Wilt u weten met welke zorgverleners of instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de ‘Zoek een zorgverlener’ link op onze website.

lid 2 Gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) met verblijf

lid 2.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden voor maximaal 1.095 dagen (3 jaar):

- 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, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen tijdens het verblijf.

Na deze 1.095 dagen kunt u op grond van de Wlz nog recht hebben op deze zorg.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

- wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- 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 1095 dagen;
- wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 1095 dagen.

De volgende vorm van opname telt ook mee:

- Niet-psychiatrische ziekenhuisopname.

lid 2.2

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om gespecialiseerde GGZ 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). De opname is noodzakelijk in het kader van de behandeling. De zorg is gericht op de behandeling van een psychische stoornis/aandoening voor verzekerden van 18 jaar en ouder. dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Onder deze gespecialiseerde GGZ verstaan wij diagnostiek (het vaststellen van de stoornis) en specialistische behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische stoornissen.

Verwijzing/indicatie

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg. Wel is een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de acute situatie voorbij is.

Voorwaarden verwijzing

- De verwijzing is gedateerd;
- De verwijzing is voorafgaand aan de behandeling afgegeven;
- De verwijzing bevat de volledige NAW- gegevens van de verwijzend arts;
- De verwijzing bevat de (elektronische) handtekening van de verwijzend arts;
- De verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verzekerde;
- De verwijzing bevat een duidelijke zorgvraag en een voorlopige diagnose;
- Uit de verwijzing blijkt dat er sprake is van een vermoeden op een DSM IV stoornis;
- De verwijzing is een gerichte verwijzing naar gespecialiseerde GGZ.

Een verwijzing is maximaal één jaar geldig. Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling echter langer dan één jaar wordt onderbroken, is voor een vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een GGZ-instelling.

De hoofdbehandelaar is een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut.

De hoofdbehandelaar dient de zorg grotendeels persoonlijk te verlenen, maar mag gebruik maken van een medebehandelaar. Toegestane medebehandelaren zijn behandelaren die een opleiding hebben afgerond tot een beroep dat voorkomt op de beroepenlijst uit de Spelregels DBC-registratie GGZ 2015.

Lid 2.3 **Het volgende komt niet voor vergoeding in aanmerking:**

- De behandeling van aanpassingsstoornissen;
- Hulp bij werk- en relatieproblematiek;
- Hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- Psychosociale hulp;
- Interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Wij volgen hierin o.a. het “Dynamisch overzicht van psychologische interventies binnen de GGZ die niet voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk (negatieve lijst)” van het Zorginstituut Nederland (ZIN). Dit overzicht vindt u terug op onze website. Uw hoofdbehandelaar kan u hier meer over vertellen.

lid 2.4 **Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst**

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorginstelling gaat, dient u een machtiging aan te vragen voor gespecialiseerde GGZ met verblijf. Om deze machtiging aan te vragen, stuurt de zorgverlener namens u:

- a. een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist;
- b. de klinische opname indicatie, conform de door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen;
- c. het voorgestelde behandelplan, inclusief aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
- d. de zorgverleners, inclusief hoofdbehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
- e. de onderbouwing van de te declareren deelprestatie inclusief inzet VOV-personeel in relatie tot de stoornis;
- f. de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.

Wettelijke maximumtarieven

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

Wilt u weten met welke zorgverleners of instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de ‘Zoek een zorgverleners’ link op onze website.

Artikel 39 **Zintuiglijk gehandicaptenzorg**

lid 1 **Te vergoeden zorgkosten**

Vergoed worden de kosten van multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren.

De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met een zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeem gerichte ‘mede’behandeling van ouders/verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met deze beperking. In die gevallen waarin er sprake is van het ‘meebehandelen’ vallen alle kosten onder de verzekering van de persoon met de zintuiglijke handicap.

lid 2**Voorwaarden***Algemeen*

Bij een visuele beperking:

U komt in aanmerking voor vergoeding van zintuiglijk gehandicaptenzorg indien:

- u een gezichtsscherpte van < 0.3 aan het beste oog heeft; of
- u een gezichtsveld van <30 graden heeft; of
- u een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog heeft met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Dit conform de richtlijnen van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) voor diagnostiek voor vaststelling van een visuele beperking.

Bij een auditieve beperking:

U komt in aanmerking voor vergoeding van zintuiglijk gehandicaptenzorg indien

- het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen; of
- als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

Dit conform de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC).

Bij een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis:

U komt in aanmerking voor vergoeding van zintuiglijk gehandicaptenzorg indien:

De stoornis is te herleiden tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Daarnaast is een voorwaarde dat de taalontwikkelingsstoornis primair is, dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologisch) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis. De taalontwikkelingsstoornis wordt gekarakteriseerd door ernstige problemen in de taalverwerving van de moedertaal. Het betreft hier niet taalverwervingsproblematiek in verband met een tweede taal/anderstaligheid. De objectieve vaststelling of er sprake is van een communicatieve beperking zoals hiervoor is aangegeven, geschiedt met multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door gespecialiseerde zorginstellingen. Daarbij is sprake van de inzet van een multidisciplinair team dat, al naar gelang de handicap, kan bestaan uit oogartsen, optometristen, KNO-artsen, audiologen, logopedisten, psychologen en maatschappelijk werkers.

Uitsluitingen onder zintuiglijk gehandicaptenzorg vallen niet:

- onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
- de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven;
- de zorg aan verzekerden met een auditieve beperking zoals deze geleverd worden door KNO-artsen en audiologische centra;
- de zorg aan verzekerden met een communicatieve beperking vanaf 23 jaar.

Verwijzing

Indien er sprake is van een visuele beperking, heeft u een verwijzing nodig van een oogarts. Is er sprake van een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, dan dient u te beschikken over een verwijzing van een klinisch fysisch audioloog van een audiologisch centrum of een KNO arts.

lid 3**Zorg van zorgverlener of instelling zonder overeenkomst***Wettelijke maximumtarieven*

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.

Artikel 40 Stoppen-met-rokenprogramma

lid 1 Te vergoeden zorgkosten

Vergoed worden de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma behelst de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met nicotinevervangers en/ of geneesmiddelen met als doel te stoppen met roken. De zorg omvat het éénmaal per kalenderjaar volgen van het programma.

lid 2 Voorwaarden

Algemeen

- De zorg vindt plaats op basis van consulten of groepstherapie.
- De zorg bestaat uit programma's die voldoen 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.

Verwijzing

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

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door:

- a. een huisarts;
- b. een medisch specialist;
- c. een verloskundige;
- d. een gezondheidszorgpsycholoog;
- e. andere door DSW voor het leveren van het stoppen-met-rokenprogramma aangewezen zorgverleners of organisaties.

Medicatie of zelfhulpmiddelen

Alleen wanneer een stoppen-met-rokenprogramma gevolgd wordt, kan aanspraak gemaakt worden op medicatie op voorschrift van een (huis)arts of op de volgende zelfhulpmiddelen: nicotinepleisters, nicotinetabletten of nicotinekauwgom. Hiervoor dient het aanvraagformulier 'aanvraag zelfhulpmiddelen en geneesmiddelen bij stoppen met roken' volledig ingevuld te zijn door de behandelaar en bij medicatie door de (huis)arts. Medicatie wordt alleen vergoed als deze is afgeleverd door een apotheker.

lid 3 Uitsluitingen

De kosten van het stoppen-met-rokenprogramma worden niet vergoed, wanneer u met een chronische aandoening integrale ketenzorg ontvangt. Het Stoppen-met-Rokenprogramma vormt een integraal onderdeel van deze ketenzorg.

lid 4 Zorg van zorgverlener of zorginstelling zonder overeenkomst

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling gaat en er geldt geen wettelijk tarief, 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.

Bijlage 1 Premiebijlage 2015

Grondslag van de premie

De Grondslag van de premie (genoemd in artikel 7 lid 2) bedraagt € 1.140,- 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 wettelijke eigen bijdragen in 2015

Zorg	Eigen bijdrage	Zie artikel
Bevalling zonder medische noodzaak in een instelling	<ul style="list-style-type: none">• € 16,50 per persoon per dag• het bedrag dat de instelling vraagt boven de € 117,50 per persoon per dag	20 lid 2.2
Kraamzorg in een instelling	€ 4,15 per uur	20 lid 4.2
Kraamzorg thuis	€ 4,15 per uur	20, lid 3.2
Het aanmeten en plaatsen van een volledig (nood)kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak	25% van de kosten	33 lid 4.1.2
Het vervaardigen van een volledige (nood)kunstgebit in CBT	€ 125,- per kaak (onder voorwaarden)	33 lid 4.1.2
Klikgebit op implantaten	€ 125,- per kaak (onder voorwaarden)	33 lid 2.2.2
Bijzondere tandheelkundige hulp	n nb	33 lid 2.4.2
Onderling vervangbare geneesmiddelen	het bedrag dat een geneesmiddel duurder is dan vergoedingslimiet uit het GVS	34 lid 2.3
Bepaalde hulpmiddelen	In het Reglement Hulpmiddelen wordt per hulpmiddel indien van toepassing onder 'Bijzonderheden' de eigen bijdrage weergegeven.	35 lid 2
Zittend ziekenvervoer	€ 97,- per jaar	36 lid 2.2

Bijlage 3 Lijst met gehanteerde afkortingen

AGB-code	Algemeen Gegevens Beheer - code (unieke code van zorgverlener)
ANWB	Algemene Nederlandse WielrijdersBond
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan
CBT	Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
CIS	Centraal Informatie Systeem
COBIJT	Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstructieve longziekte)
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DNA	Deoxyribonucleic acid (drager van erfelijke informatie)
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
IKZ	Intensieve kindzorg
IVF	In-vitrofertilisatie
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MR CLEAN	Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
MSVT	Medisch Specialistische Verpleging Thuis
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
PGB VV	Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging
PTZ	Palliatief Terminale Zorg
PUK	Psychiatrische universiteitskliniek
SGRC	Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie
SKGZ	Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
SKION	Stichting Kinderoncologie Nederland
SEO	Structureel echoscopisch onderzoek
VOV	Verpleegkundig, sociaalagogisch en verzorgend personeel
VRM	Vasculair risicomangement
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
Wlz	Wet Langdurige Zorg
WMG	Wet marktordering gezondheidszorg
WBO	Wet op het bevolkingsonderzoek
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
Zvw	Zorgverzekeringswet

Vragen?

Heeft u nog vragen? Ga naar www.dsw.nl of neem contact op met een van onze medewerkers van de afdeling Klantenservice via telefoonnummer (010) 2 466 466. Zij staan u graag te woord.

DSW Zorgverzekeraar • Postbus 173 • 3100 AD Schiedam

Altijd op de hoogte blijven? Volg ons!



DSW Zorgverzekeraar



@DSW_Zorg

DSW
zorgverzekeraar