

## Inhoudsopgave van de polisvoorwaarden OHRA Zorgverzekering

<b>Artikel 1</b>	Inleiding	<b>2</b>
<b>Artikel 2</b>	Hoe komt de zorgverzekering tot stand?	<b>2</b>
<b>Artikel 3</b>	Hoe eindigt de zorgverzekering?	<b>3</b>
<b>Artikel 4</b>	Wat moet u weten over de premie?	<b>4</b>
<b>Artikel 5</b>	Wanneer kunnen uw premie en/of voorwaarden worden aangepast?	<b>5</b>
<b>Artikel 6</b>	Hoogte van een eigen risico?	<b>5</b>
<b>Artikel 7</b>	Wat moet u weten over een eigen risico?	<b>5</b>
<b>Artikel 8</b>	Wat moet u doen om voor vergoeding van kosten in aanmerking te komen?	<b>6</b>
<b>Artikel 9</b>	Wanneer krijgt u geen uitkering?	<b>7</b>
<b>Artikel 10</b>	Wat te doen bij een klacht of geschil?	<b>8</b>
<b>Artikel 11</b>	Verwerking persoonsgegevens?	<b>8</b>
<b>Artikel 12</b>		
<b>Artikel 12.1</b>	Algemeen	<b>9</b>
<b>Artikel 12.2</b>	Huisartsenzorg	<b>10</b>
<b>Artikel 12.3</b>	Opname	<b>10</b>
<b>Artikel 12.4</b>	Verloskundige zorg en kraamzorg	<b>10</b>
<b>Artikel 12.5</b>	Medisch-specialistische zorg	<b>11</b>
<b>Artikel 12.6</b>	Verpleegkundige zorg	<b>13</b>
<b>Artikel 12.7</b>	Paramedische zorg	<b>14</b>
<b>Artikel 12.8</b>	Mondzorg	<b>14</b>
<b>Artikel 12.9</b>	Farmaceutische zorg	<b>16</b>
<b>Artikel 12.10</b>	Hulpmiddelenzorg	<b>16</b>
<b>Artikel 12.11</b>	Ziekenvervoer	<b>17</b>
<b>Artikel 12.12</b>	Buitenland	<b>18</b>
<b>Artikel 12.13</b>	Eerstelijnspsychologische zorg	<b>18</b>
<b>Artikel 12.14</b>	Specialistische geestelijke gezondheidszorg	<b>19</b>
<b>Artikel 12.15</b>	Persoonsgebonden Budget	<b>19</b>
<b>Tot slot</b>		
<b>Artikel 13</b>	Begripsomschrijvingen	<b>20</b>
<b>Bijlagen</b>		
<b>1. Lijst met aandoeningen voor langdurige fysiotherapie en oefentherapie</b>		
<b>2. Reglement PGB Experiment GGZ</b>		
<b>3. Premiebijlage</b>		

# Polisvoorwaarden OHRA Zorgverzekering

## Geldig vanaf 1 januari 2008

Deze polisvoorwaarden zijn van toepassing op de OHRA Zorgverzekering. In deze polisvoorwaarden en op het polisblad kunt u lezen welke rechten en plichten u en OHRA op grond van deze verzekeringsovereenkomst hebben. Voor zover in de polisvoorwaarden wordt verwezen naar wet- en regelgeving, de bijlagen van de polisvoorwaarden en de OHRA Reglementen Hulpmiddelen en Farmaceutische zorg, maken deze deel uit van deze polisvoorwaarden.

## Meer informatie

Belangrijke telefoonnummers voor u zijn:

### Vragen over:

**Relatiebeheer** 026 400 48 48  
Wijzigingen, Premie e.d.

**Klantenservice** 026 400 48 48  
Declaraties e.d. Zorgbemiddeling

### Aanvragen van:

**Klantenservice** 026 400 48 48  
Declaratie formulieren

**Hulpmiddelenlijn** 0900 112 11 22  
Hoog-laagbed, Bedpapegaai,  
Anti-decubitus kussen en -matras,  
Rollator, Sta-opstoel, Trippelstoel,  
Tens,  
Persoonsalarmering,  
Vernevelaar

**Kraamlijn** 0900 572 26 48  
Kraamzorg

**Thuiszorglijn** 023 751 16 94  
Thuiszorg

**Tefa Portanje** 0348 495 700  
Dieetpreparaten  
013 523 10 20  
Vivisol

Informatie is ook te vinden op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl)

## Artikel 1

### Inleiding

#### Grondslag van de zorgverzekering

De OHRA Zorgverzekering is een zorgverzekering die is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering, de daarbij behorende toelichting en de door de verzekeringnemer verstrekte informatie. Op grond van de Zorgverzekeringswet is iedereen die verplicht AWBZ verzekerd is, verplicht een zorgverzekering te sluiten. Dat is iedere ingezetene die rechtmatig in Nederland woont of in het buitenland woont en

vanwege in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen. OHRA heeft als een in heel Nederland werkzame zorgverzekeraar een acceptatieplicht ten aanzien van het door de overheid vastgestelde basispakket. De OHRA Zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen in Nederland en in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen.

#### Aanvullende verzekering

Als u één of meer aanvullende zorgverzekeringen heeft gesloten, verwijzen wij u voor uw rechten en plichten uit hoofde van die verzekering(en) naar de specifiek op die verzekering(en) van toepassing zijnde polisvoorwaarden.

#### Begripsomschrijvingen

In het slotartikel van deze polisvoorwaarden OHRA Zorgverzekering treft u een lijst aan met begripsomschrijvingen.

## Artikel 2

### Hoe komt de zorgverzekering tot stand?

#### 1. Uw aanvraag

Bij de beoordeling van uw aanvraag dient OHRA vast te stellen of u verzekeringsplichtig bent op grond van de Zorgverzekeringswet. Hiervoor moet OHRA de identiteit van alle te verzekeren personen vaststellen. Meestal zal dit zonder uw tussenkomst kunnen plaatsvinden.

#### 2. Totstandkoming van de zorgverzekering

De volgende drie situaties kunnen zich voordoen:

- U bent verzekeringsplichtig geworden op grond van de Zorgverzekeringswet  
Uw verzekeringsaanvraag en eventuele wettelijk vereiste nadere informatie en/of documenten dient OHRA binnen vier maanden na het ontstaan van uw verzekeringsplicht te ontvangen. Als OHRA op basis hiervan heeft vastgesteld dat u verzekeringsplichtig bent, wordt de zorgverzekering geacht met terugwerkende kracht tot stand te zijn gekomen op de ingangsdatum van uw verzekeringsplicht.
- U heeft al een zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet bij een andere zorgverzekeraar  
Als u uw zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar heeft opgezegd met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de premie en/of voorwaarden en u zich binnen een maand na de einddatum van uw vorige zorgverzekering bij de zorgverzekeraar heeft aangemeld, werkt de OHRA Zorgverzekering terug tot op de dag na die waarop uw vorige zorgverzekering is geëindigd. In alle overige gevallen moet de zorgverzekeraar uw verzekeringsaanvraag en eventuele wettelijk vereiste nadere informatie en/of documenten in ieder geval vóór de einddatum van uw vorige zorgverzekering hebben ontvangen. Als de zorgverzekeraar op basis hiervan heeft kunnen vaststellen dat u verzekeringsplichtig bent, komt de zorgverzekering tot stand op de dag volgend op de dag waarop uw eerdere zorgverzekering is geëindigd.
- U bent al langer verzekeringsplichtig op grond van de Zorgverzekeringswet maar (nog) niet verzekerd  
Hiervan is bijvoorbeeld sprake als OHRA uw aanvraag en/of de door OHRA gevraagde gegevens en/of documenten niet binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht of voor de beëindigingsdatum van uw eerdere zorgverzekering heeft ontvangen. In deze situatie gaat de zorgverzekering in op het moment dat OHRA uw verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering en eventuele gegevens en/of documenten

heeft ontvangen. Omdat op grond van de Zorgverzekeringswet een verzekeringsplicht bestaat, kan u namens het CVZ een van overheidswege vastgestelde boete worden opgelegd. De hoogte van deze boete bedraagt 130% van de verschuldigde premie over de periode dat u en/of de verzekeringsplichtige ten onrechte niet verzekerd was/waren, met een maximum van vijf jaar.

### 3. Ingangsdatum en looptijd zorgverzekering

De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum staat vermeld. Vanaf 1 januari van het daarop volgende jaar wordt de OHRA Zorgverzekering jaarlijks stilzwijgend verlengd voor de duur van één kalenderjaar, tenzij u uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar schriftelijk heeft opgezegd.

### 4. Toezending polisblad

De verzekeringsovereenkomst tussen u en OHRA wordt vastgelegd op het polisblad, dat u na de totstandkoming van de zorgverzekering, en vervolgens jaarlijks van OHRA zult ontvangen.

Daarnaast ontvangt u een OHRA Zorgpas. Als u gebruik gaat maken van de diensten van een zorgverlener, dient u deze OHRA Zorgpas te tonen aan uw zorgverlener.

### 5. Bedenktijd

U kunt de zorgverzekering binnen veertien dagen na dagtekening van het eerste polisblad schriftelijk opzeggen. Hierdoor wordt de OHRA Zorgverzekering geacht niet te zijn gesloten.

### 6. Controle van gegevens op het polisblad

De gegevens op uw aanvraag worden geacht van u afkomstig te zijn. U dient de gegevens op het polisblad zorgvuldig te controleren. Als de gegevens op het polisblad niet juist en/of niet volledig zijn, moet u OHRA hiervan binnen 30 dagen na ontvangst van het polisblad op de hoogte stellen. Doet u dit niet, dan worden de gegevens op het polisblad geacht juist en volledig te zijn.

### 7. Mededelingen en toezeggingen van OHRA

Mededelingen en toezeggingen die OHRA aan u doet of heeft gedaan, zijn uitsluitend bindend voor zover OHRA deze schriftelijk heeft bevestigd. Kennisgevingen aan u gericht aan het bij OHRA laatst bekende adres worden geacht u te hebben bereikt.

### 8. Onrechtmatige inschrijving

Als na de totstandkoming van de zorgverzekering blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen verzekeringsplicht (meer) bestond. OHRA zal de betaalde premie vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de sindsdien door OHRA betaalde vergoedingen en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen. Geen recht op premierestitutie bestaat als u uw meldingsplicht zoals in artikel 8.2 van deze polisvoorwaarden staat vermeld, niet bent nagekomen.

## Artikel 3

### Hoe eindigt de zorgverzekering?

De OHRA Zorgverzekering kan op de volgende manieren eindigen:

#### 1. De zorgverzekering eindigt van rechtswege

De zorgverzekering eindigt van rechtswege op de dag volgend op:

- het overlijden van een verzekerde;
- de dag dat een verzekerde niet meer verzekeringsplichtig is op grond van de Zorgverzekeringswet. Dit is het geval als een verzekerde niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ. Voor meer informatie hierover kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**;
- de dag dat OHRA ten gevolge van wijziging of intrekking van haar vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden.

#### 2. U kunt de zorgverzekering beëindigen

U kunt de zorgverzekering beëindigen door middel van een schriftelijke opzegging:

- uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het daarop volgende kalenderjaar;
- bij aanpassing van de premie en/of polisvoorwaarden zoals bedoeld in artikel 5 van deze polisvoorwaarden;
- als u een ander dan uzelf heeft verzekerd en deze verzekerde zich intussen elders op grond van de Zorgverzekeringswet heeft verzekerd.

In dat geval moet u bewijsstukken van deze andere zorgverzekering kunnen overleggen.

De opzegging gaat in:

- op de ingangsdatum van deze andere zorgverzekering als de opzegging voor die ingangsdatum door OHRA is ontvangen;
  - op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u heeft opgezegd als de opzegging op of na de ingangsdatum van deze andere zorgverzekering door OHRA is ontvangen.
- in geval van uitdiensttreding bij een werkgever met een collectieve ziektekostenverzekering in combinatie met de mogelijkheid zich collectief te verzekeren via de nieuwe werkgever. In dat geval moet u bewijsstukken van deze andere zorgverzekering overleggen.

**De opzegging gaat in:**

- per datum indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dit de eerste van de maand is of
- per de eerste van de maand volgend op de datum van indiensttreding bij de nieuwe werkgever. Deze opzegmogelijkheid geldt voor zowel de werknemer als voor de meeverzekerde gezinsleden.

## Tip

### Let op

Bij opzegging dient u aan te geven voor welke verzekerden u de zorgverzekering wilt beëindigen.

Zorgt u voor tijdige verzending van uw opzegging. Bij een eventueel geschil over uw opzegging moet u kunnen aantonen dat u (tijdig) heeft opgezegd. Mogelijkheden zijn versturen via de fax (faxnummer 070 310 02 30) of via aangetekende post.

### 3. OHRA kan de zorgverzekering beëindigen

OHRA kan de zorgverzekering beëindigen:

- a. bij wanbetaling: (er is sprake van wanbetaling als u niet voldoet aan de verplichtingen zoals beschreven in de artikelen 4.6 onder a, 4.7 en 4.8 van deze polisvoorwaarden)
- na schorsing in geval van wanbetaling zoals bedoeld in artikel 4.6 van deze polisvoorwaarden;
- b. bij fraude en/of opzet tot misleiding:  
met onmiddellijke ingang als OHRA ontdekt dat door of namens u enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn ingediend, een onjuiste opgave is gedaan, of anderszins is gehandeld met het opzet om OHRA te misleiden. Bij een geconstateerde misleiding en/of fraude die betrekking heeft op de OHRA Zorgverzekering, beëindigt OHRA ook uw aanvullende zorgverzekering(en) met onmiddellijke ingang.  
OHRA is in dit geval gehouden om melding hiervan te doen in het Fraude Informatie Systeem Holland (FISH). Ook vervalt ieder recht op uitkering en zal OHRA alle al gedane uitkeringen voor zover verband houdend met de geconstateerde misleiding en/of fraude van u terugvorderen. U heeft bovendien geen recht op premieruggave. Het eventuele bedrag aan een verplicht of vrijwillig eigen risico zoals bedoeld in artikel 6 van deze polisvoorwaarden zal niet naar rato worden aangepast.

OHRA zal in deze gevallen een verzoek tot het sluiten van een nieuwe zorgverzekering gedurende een periode van vijf jaar weigeren.

## Artikel 4

### Wat moet u weten over de premie?

#### 1. De verschuldigde premie

OHRA stelt de hoogte van de premie en eventuele toeslagen en/of kortingen op de premie vast. Deze staan op het polisblad vermeld. Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

#### 2. Verwerking eventuele premiekortingen

In geval van premiekorting(en) berekent OHRA de premie die u moet betalen als volgt: de eventuele korting in verband met het vrijwillige eigen risico en de collectiviteitskorting worden in mindering gebracht op de nominale premie. Op dit bedrag worden vervolgens eventuele andere kortingen, zoals bijvoorbeeld korting in verband met jaar- of kwartaalbetaling in mindering gebracht. U kunt slechts aan één collectief contract tegelijkertijd deelnemen.

#### 3. Premiebetaling vanaf 18 jaar

U bent OHRA premie verschuldigd met ingang van de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Vanaf de datum dat u OHRA premie verschuldigd bent, is een verplicht eigen risico van toepassing en kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico zoals bedoeld in artikel 6 van deze polisvoorwaarden.

#### 4. Betaling van de premie

- a. U bent verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen, vóór de eerste dag van de periode waarop de premie betrekking heeft. Bij aanvang of bij

mutatie van de verzekering kan de premieervaldag eenmalig een andere datum zijn.

- b. Premiebetaling per maand is alleen mogelijk als u OHRA machtigt om de premie automatisch te incasseren.
- c. Als u ervoor kiest de premie per kwartaal of per jaar te betalen, krijgt u van OHRA korting op de premie.
- d. Bij wijziging van de OHRA Zorgverzekering wordt uw premie opnieuw berekend waarbij de verschuldigde premie wordt gebaseerd op het aantal dagen dat nog resteert in het desbetreffende kalenderjaar.
- e. In geval van overlijden van een verzekerde vindt verrekening van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- f. U mag de premie niet verrekenen met van OHRA te ontvangen uitkeringen of teruggaves in verband met een eigen risico of premierestitutie.

#### 5. Beëindiging collectieve zorgverzekering

Als de collectieve contractant het collectief contract heeft beëindigd of als u niet meer kunt deelnemen aan het collectieve contract, vervalt de eventuele met het collectieve contract samenhangende premiekorting en/of vervallen eventuele collectieve afspraken. De zorgverzekering wordt op individuele basis voortgezet. De bedenktijd zoals genoemd in artikel 2.5 van deze polisvoorwaarden is niet van toepassing.

#### 6. Gevolgen van niet tijdige betaling

- a. U dient ervoor te zorgen dat OHRA de premie vóór elke premieervaldag volledig heeft ontvangen. Als u niet tijdig voldoet aan uw verplichting tot het betalen van de volledige premie zal OHRA u na de premieervaldag schriftelijk aanmanen. OHRA geeft u vervolgens een termijn van veertien dagen om alsnog aan uw betalingsverplichtingen te voldoen, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn géén dekking wordt verleend voor zorgkosten gemaakt vanaf de vijftiende dag na genoemde aanmaning. U blijft de premie verschuldigd aan OHRA. De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op die, waarop OHRA het volledige verschuldigde bedrag en de eventuele kosten heeft ontvangen.
- b. OHRA heeft bij schorsing van haar verplichtingen vanwege wanbetaling of fraude het recht de zorgverzekering definitief te beëindigen zoals bepaald in artikel 3.3 van deze polisvoorwaarden. In deze gevallen wordt u door OHRA schriftelijk op de hoogte gebracht.

## Tip

### Let op

OHRA handhaaft de schorsing van de dekking van de OHRA Zorgverzekering en vergoedt dus geen zorgkosten wanneer zij slechts een gedeelte van de verschuldigde bedragen heeft ontvangen.

- c. Als OHRA maatregelen treft tot incasso van haar vordering op u, komen alle kosten van incasso, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor uw rekening.
- d. De achterstallige bedragen worden vermeerderd met de wettelijke rente vanaf de datum dat u in verzuim bent. Van verzuim is sprake als u uw premie niet voldoet binnen de in de aanmaningsbrief gestelde betalingstermijn.
- e. OHRA behoudt zich het recht voor de achterstallige premie te verrekenen met uit te keren schadebetalingen of premierestitutie.

## 7. Niet tijdige betaling door de collectieve contractant

Bij een collectieve zorgverzekering kan afgesproken zijn, dat de collectieve contractant ervoor zorgt dat OHRA de premie op tijd ontvangt. Ontvangt OHRA de premie niet op tijd, dan wordt u hierover geïnformeerd. U kunt dan alsnog zelf de premie voldoen. Als u niet binnen de door OHRA gestelde termijn betaalt, zal OHRA overgaan tot schorsing van haar verplichtingen op grond van de zorgverzekering en zal zij uiteindelijk overgaan tot beëindiging van de zorgverzekering zoals bepaald in artikel 4.6 van deze polisvoorwaarden.

## 8. Assurantiebelasting

Als OHRA voor verzekerden in het buitenland over de verzekeringspremies belasting moet afdragen, dan zal OHRA deze bij u in rekening brengen. U bent verplicht deze belastingen binnen de door OHRA gestelde termijn te voldoen. Als u niet tijdig geheel voldoet aan de verplichting tot betaling, zal dit leiden tot schorsing van de dekking of beëindiging van de zorgverzekering zoals bepaald in artikel 4.6 van deze polisvoorwaarden.

## Artikel 5

### Wanneer kunnen uw premie en/of voorwaarden worden aangepast?

OHRA heeft het recht om de polisvoorwaarden en/of premie voor de door u gesloten OHRA Zorgverzekeringen en bloc te herzien. OHRA stelt u vóór de ingangsdatum van de voorgenomen wijziging(en) schriftelijk op de hoogte. U heeft het recht de OHRA Zorgverzekering op te zeggen per de ingangsdatum van de wijziging en in ieder geval gedurende zes weken na de dag waarop OHRA u de wijziging heeft meegedeeld. U heeft dit recht niet als de wijziging een premieverlaging of een verruiming of verbetering van de polisvoorwaarden inhoudt of als er sprake is van premie en/of polisvoorwaardenwijziging op grond van wettelijke regelingen of bepalingen.

## Artikel 6

### Hoogte van het eigen risico?

#### 1. Hoogte van een verplicht eigen risico

Iedere verzekerde van 18 jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 150,- per kalenderjaar. Dit eigen risicobedrag wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens deze polisvoorwaarden aanspraak wordt gemaakt.

#### 2. Hoogte van een vrijwillig eigen risico

Naast een verplicht eigen risico heeft iedere verzekerde van 18 jaar en ouder de mogelijkheid om een vrijwillig eigen risico per kalenderjaar in de OHRA Zorgverzekering op te nemen. Dit eigen risicobedrag wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens deze polisvoorwaarden aanspraak wordt gemaakt. U kunt kiezen uit:

- een eigen risico van € 100,- per verzekerde;
- een eigen risico van € 200,- per verzekerde;
- een eigen risico van € 300,- per verzekerde;
- een eigen risico van € 400,- per verzekerde;
- een eigen risico van € 500,- per verzekerde.

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico krijgt u korting op de premie. Deze korting staat vermeld op bijlage 3 van deze

polisvoorwaarden en op uw polisblad. U kunt er ook voor kiezen om vrijwillig géén eigen risico in uw zorgverzekering op te nemen.

## Artikel 7

### Wat moet u weten over het eigen risico?

In die gevallen waarin op grond van deze polisvoorwaarden een bedrag voor eigen rekening van verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van een eigen risico.

#### 1. Uitzonderingen op een verplicht en vrijwillig eigen risico

Op een eigen risico worden de kosten van de volgende zorgonderdelen buiten beschouwing gelaten:

- huisartsenzorg; met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
- verloskundige zorg en kraamzorg;
- in bruikleen verstrekte hulpmiddelen. Als u in plaats van de bruikleenverstrekking kiest voor vergoeding van kosten, dan valt de vergoeding niet onder de uitzondering. Als de hulpmiddelenvergoeding wordt verstrekt in de vorm van een persoonsgebonden budget, dan valt het budgetbedrag niet onder de uitzondering;
- mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar zoals bedoeld in artikel 12.8.a, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese.

#### 2. Behandeldatum bepalend voor toepassing eigen risico

Voor de toepassing van het eigen risico is de behandel- of leveringsdatum van zorg bepalend.

#### Bijzonderheid

Als kosten van een DBC worden gedeclareerd, is de aanvangsdatum van de DBC bepalend voor de toepassing op een verplicht en vrijwillig eigen risico.

#### 3. Volgorde verplicht eigen risico en vrijwillig eigen risico

Zorgkosten die ten laste van deze zorgverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op een verplicht eigen risico, zoals bedoeld in artikel 6.1 van deze polisvoorwaarden en worden daarna bij de berekeningen van een eventueel vrijwillig eigen risico zoals bedoeld in artikel 6.2 van deze polisvoorwaarden betrokken.

#### 4. Eigen risico bij aangaan en beëindiging zorgverzekering

Een verplicht en vrijwillig eigen risicobedrag zoals bedoeld in artikel 6 van deze polisvoorwaarden wordt vastgesteld per 1 januari van enig jaar. Als de zorgverzekering niet gedurende het gehele kalenderjaar van kracht is, wordt het bedrag aan eigen risico berekend over het aantal dagen dat de zorgverzekering van kracht is of, als de verzekerde 18 jaar werd, over de dagen dat verzekerde premie verschuldigd was.

#### Voorbeeld

Ingangsdatum van de verzekering is 1 maart.

Een verplicht eigen risico bedraagt per jaar € 150,-. Een verplicht eigen risico voor het desbetreffende kalenderjaar bedraagt:

€ 150,- : 365 x (365-59 dagen)= € 125,75.

Dit bedrag wordt afgerond naar € 126,-.

Als u naast een verplicht eigen risico, kiest voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- bedraagt het vrijwillig eigen risico in het betreffende kalenderjaar:

€ 500,-: 365 x (365-59 dagen) = € 419,18.

Dit bedrag wordt afgerond naar € 419,-.

### 5. Wijzigen vrijwillig eigen risico

U kunt een vrijwillig eigen risico zoals bedoeld in artikel 6.2 van deze polisvoorwaarden uitsluitend per 1 januari van ieder kalenderjaar wijzigen. U dient dit vóór 1 februari van het kalenderjaar waarop de wijziging van toepassing is, aan OHRA door te geven.

## Artikel 8

### Wat moet u doen om voor vergoeding van kosten in aanmerking te komen?

#### 1. Uw verplichtingen

Om voor vergoeding van kosten in aanmerking te komen bent u verplicht:

- u te legitimeren aan de hand van een geldig identiteitsbewijs en uw OHRA Zorgpas te tonen als u gebruik maakt van de diensten van een zorgverlener;
- medewerking te verlenen aan OHRA, de medisch adviseur of hen die met de controle belast zijn bij het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- de medisch adviseur en de betrokken zorgverlener op verzoek te machtigen alle medische informatie uit te wisselen en de behandelend zorgverlener te machtigen de reden van (poli-)klinische behandeling bekend te maken aan de medisch adviseur. Als een zorgverlener en/of zorginstelling toestemming vraagt voor de vergoeding van kosten voor een medische behandeling, bent u verplicht medewerking te verlenen aan de medisch adviseur teneinde rechtstreeks medische informatie bij de betrokken zorgverlener en/of zorginstelling in te winnen. Dit uitsluitend voor zover dat noodzakelijk is voor de beoordeling van het verzoek tot vergoeding van zorgkosten en met inachtneming van de privacyregelgeving;
- OHRA zo snel mogelijk met een daarvoor bestemd aangifteformulier in kennis te stellen van zorgkosten die het gevolg zijn van een ongeval of andere gebeurtenissen die mogelijk verhaalbaar zijn op een aansprakelijke derde. U kunt het aangifteformulier telefonisch opvragen bij OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**. Hierbij bent u verplicht OHRA alle medewerking te verlenen deze kosten te verhalen en alles na te laten wat de verhaalsmogelijkheden van OHRA kan schaden.

Als u de verplichtingen in dit artikel niet nakomt, vervalt ieder recht op uitkering voor zover de redelijke belangen van OHRA hierdoor zijn geschaad.

#### 2. Meldingsplicht

U bent verplicht alle gebeurtenissen en/of wijzigingen die voor de verzekering van belang kunnen zijn binnen 30 dagen aan OHRA te melden. U kunt hierbij denken aan:

- verhuizing (naar het buitenland);
- einde verzekeringsplicht op grond van de Zorgverzekeringswet;
- echtscheiding;
- geboorte;
- overlijden;
- in werkelijke diensttreding als militair;
- aanvang detentie en einde detentie;

- aanvang of beëindiging van de deelname aan een collectief contract.

Als u niet voldoet aan deze meldingsplicht, vervalt ieder recht op uitkering voor zover de redelijke belangen van OHRA hierdoor zijn geschaad. Bovendien heeft u tot de dag, waarop OHRA de mededeling van de wijziging heeft ontvangen, geen recht op een eventuele vermindering of terugbetaling van de premie.

#### 3. Vergoeding gedurende looptijd zorgverzekering

U heeft - met inachtneming van deze polisvoorwaarden - recht op vergoeding van zorgkosten voor zover de kosten zijn gemaakt tijdens de periode waarin deze zorgverzekering van kracht is. Hierbij is de behandel- of leveringsdatum bepalend, niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Ingeval de nota betrekking heeft op een DBC worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de DBC binnen de looptijd van de zorgverzekering valt.

#### 4. Grondslag van de vergoeding

OHRA vergoedt de kosten ten hoogste op basis van het door of namens OHRA met zorgverleners overeengekomen tarief. Als geen tarief is overeengekomen vergoedt OHRA de kosten tot maximaal het op grond van de WVG vastgestelde tarief. Als voor een verzekerde zorgvorm geen WVG-tarief geldt of als met de desbetreffende zorgverlener geen tarief is overeengekomen, vindt vergoeding plaats tot maximaal het voor Nederland geldende marktconforme bedrag, tenzij in het artikel anders is bepaald.

#### 5. Declareren van kosten

Voor een goede en snelle verwerking van uw declaraties maakt OHRA zoveel mogelijk gebruik van elektronische declaratie. Zorgverleners sturen hun declaratie in dat geval niet naar u, maar rechtstreeks naar OHRA. OHRA betaalt in dat geval de zorgverlener. Is er geen overeenkomst voor rechtstreekse betaling gesloten tussen OHRA en de zorgverlener, dan kunt u gebruik maken van een declaratieformulier.

## Tip

### Let op

Onderstaande richtlijnen zijn belangrijk voor u:

- gebruik altijd het OHRA declaratieformulier;
- gebruik de bijbehorende retourenvelop;
- stuur alleen originele nota's in.  
U ontvangt deze niet retour. Maak, voordat u de nota's instuurt, kopieën voor uw eigen administratie. Nota's dienen zo gespecificeerd te zijn dat zonder verdere navraag daaruit kan worden opgemaakt welke vergoeding OHRA moet verlenen op basis van de omvang van de dekking;
- controleer altijd of de vermelde behandelingen en data op de nota's juist zijn;
- hebben de kosten betrekking op een ongeval, geef dit dan duidelijk aan op het declaratieformulier;
- verstuur de nota's uiterlijk binnen zes maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de kosten zijn gemaakt;  
U kunt - 24 uur per dag - een nieuw declaratieformulier bestellen via OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48** of aanvragen via **www.ohra.nl**.



## 6. Uitkering aan u of aan een zorgverlener

- a. OHRA keert de vergoeding aan u uit op het bij OHRA bekende Nederlandse rekeningnummer.
- b. Indien en voor zover OHRA meer vergoedt dan waartoe zij krachtens de OHRA Zorgverzekering gehouden is, is OHRA gerechtigd het teveel betaalde alsmede onterecht verstrekte voorschotten met u te verrekenen of bij u terug te vorderen.
- c. Als OHRA met een instelling of zorgverlener rechtstreekse betaling is overeengekomen, is OHRA bevoegd om rechtstreeks aan de desbetreffende instelling of zorgverlener uit te keren.
- d. Als OHRA rechtstreeks aan een instelling of zorgverlener heeft uitgekeerd, is OHRA gerechtigd de kosten, die onder een verplicht en/of vrijwillig eigen risico zoals bedoeld in artikel 6 van deze polisvoorwaarden vallen, eigen bijdragen, overschrijding van de maximale vergoeding en onterechte betalingen met u te verrekenen of van u terug te vorderen.
- e. Indien en voor zover OHRA rechtstreeks aan een instelling of zorgverlener meer heeft uitgekeerd dan waartoe zij krachtens de OHRA Zorgverzekering gehouden is, wordt u geacht een volmacht tot incasso te hebben verleend op naam van OHRA van het voor de verzekerde aan de zorgverlener teveel betaalde.

## 7. Verjaring

Als OHRA uw verzoek om vergoeding van gedeclareerde zorgkosten geheel of gedeeltelijk afwijst, zal OHRA u hiervan schriftelijk op de hoogte brengen.

In geval van afwijzing verjaart uw rechtsvordering op OHRA door verloop van twaalf maanden na dagtekening van de schriftelijke afwijzing. Om te voorkomen dat uw vordering op OHRA verjaart, kunt u OHRA schriftelijk meedelen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op uitkering. Ook het instellen van een rechtsvordering tegen de afwijzing voorkomt dat uw vordering op OHRA verjaart.

## Artikel 9

### Wanneer krijgt u geen uitkering?

#### 1. Geen aanspraak op vergoeding van kosten

U heeft geen recht op vergoeding van kosten op grond van de OHRA Zorgverzekering voor:

- a. de eigen bijdrage voor vergoedingen van de AWBZ en de eigen bijdrage voor bevolkingsonderzoeken;
- b. alternatieve geneeswijzen;
- c. (aanstellings)keuringen, attesten en (griep- en reizigers)vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
- d. behandeling van verlamde of verslapt bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- e. liposuctie van de buik;
- f. het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- g. het operatief vervangen van een borstprothese na het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- h. (operatieve) behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- i. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde;
- j. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde;
- k. behandelingen gericht op besnijdenis;
- l. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis en de geneeskundige advisering hiervoor;
- m. kosten als gevolg van niet nagekomen afspraken;

- n. een kraampakket en/of benodigdheden ten behoeve van de verloskundige zorg;
- o. screening naar aangeboren afwijkingen tenzij er sprake is van zorg zoals bepaald in artikel 12.4 van deze polisvoorwaarden;
- p. zorg die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd dan wel ondoelmatig is;
- q. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3: 38 van de Wet op het financieel toezicht;

#### 2. Begrenzing dekking terrorismerisico

- a. Indien en voor zover met inachtneming van de begripsomschrijvingen binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor de gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:
  1. terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
  2. handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van OHRA terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar ter zake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT. Als de behoefte aan zorg het gevolg is van één of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de NHT hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op vergoeding van de kosten voor zorg tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft u in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.
- b. De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal één miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.
- c. 1. Op de herverzekering van OHRA bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen: het Protocol). Op grond van de in dit Protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan OHRA te doen;

2. De NHT is, met inachtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens OHRA, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.
3. Eerst nadat de NHT aan OHRA heeft meegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, ter zake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in lid a. bedoelde uitkering ter zake tegenover OHRA aanspraak maken.
4. De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor afspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit artikel wordt beschouwd.

### 3. Geen aanspraak op vergoeding van kosten in geval van fraude

U kunt geen aanspraak maken op vergoeding van kosten in het geval dat door of namens u een verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn ingediend of een onjuiste opgave is gedaan, of anderszins is gehandeld met het opzet OHRA te misleiden. In die gevallen vervalt ieder recht op uitkering. Kosten die verband houden met de geconstateerde misleiding en/of fraude worden van u teruggevorderd. Tevens zal OHRA uw gegevens registreren in het Fraude Informatie Systeem Holland (FISH).

## Artikel 10

### Wat te doen bij een klacht of een geschil?

#### 1. U heeft een klacht of bent het niet eens met een beslissing van OHRA

- a. Als u het niet eens bent met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kunt u de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. U dient een dergelijk verzoek of een klacht eerst te richten aan de betrokken contactpersoon. Komt u met de contactpersoon niet tot overeenstemming, dan kunt u zich wenden tot de manager en de directie van de zorgverzekeraar. Deze procedure geldt ook als u een klacht heeft over een formulier, omdat u dit te ingewikkeld of overbodig vindt.
- b. Als OHRA op uw klacht of het verzoek tot heroverweging niet binnen 30 dagen na ontvangst van uw klacht of uw verzoek reageert of als OHRA gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven, kunt u zich wenden tot de bevoegde rechter.
- c. In afwijking van artikel 10.1 B van deze polisvoorwaarden kunt u een klacht of een geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Binnen de SKGZ is de Geschillencommissie Zorgverzekeringen belast met de behandeling van geschillen op het gebied van de verzekerde prestaties van de zorgverzekering en behandelt de Ombudsman Zorgverzekeringen onder andere klachten op het gebied van het uitblijven van een heroverweging en bejegening.

#### Meer informatie

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen  
Postbus 291  
3700 AG Zeist  
Telefoonnummer 030 698 83 60  
Faxnummer: 030 698 83 99

Klachten over gehanteerde formulieren van OHRA kunt u of de zorgaanbieder indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht moet betrekking hebben op formulieren die naar uw oordeel overbodig of ingewikkeld zijn. Op de website [www.nza.nl](http://www.nza.nl) is aangegeven waar en op welke manier een klacht over formulieren kan worden ingediend. Een uitspraak van de NZa is bindend.

#### 2. Toepasselijk recht

Op deze zorgverzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

## Artikel 11

### Verwerking persoonsgegevens

1. OHRA respecteert uw privacy. Wij waarderen het vertrouwen dat u in ons stelt en stellen alles in het werk om uw privacy te beschermen. Het beschermen van de veiligheid en privacy van uw persoonlijke gegevens is van groot belang. Daarnaast volgt OHRA hiermee ook de Wet bescherming persoonsgegevens, die eisen stelt aan het gebruik van informatie die tot personen herleidbaar is. Voor verzekeraars is deze wet vertaald in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen. Aanvullend daarop geldt voor zorgverzekeraars het Addendum Zorgverzekeraars. Zowel de gedragscode als het addendum worden door OHRA nageleefd. De volledige tekst van de Gedragscode en het Addendum kunt u raadplegen via [www.verzekeraars.nl](http://www.verzekeraars.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA.  
Telefoonnummer **026 400 48 48**.

OHRA verwerkt persoonsgegevens en bedrijfsgegevens voor zover dat nodig is voor een verantwoorde uitoefening van de bedrijfsdoelstellingen van OHRA en de Delta Lloyd Groep, waarvan OHRA deel uitmaakt. Deze uitoefening bestaat uit:

- a. Het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van het voorbereiden, het aangaan, de uitvoering en beëindiging van overeenkomsten. Hieronder vallen onder meer de verwerkingen van persoonsgegevens in het kader van de precontractuele fase, het maken van offertes en het verschaffen van informatie, het kopen, bestellen en het leveren van goederen en diensten en het beheersen en beperken van de schadelast. Ten slotte vallen hieronder het afhandelen van transacties en ook het bemiddelen bij volgende transacties of verzoeken die voortkomen uit eerdere dienstverlening zoals declaraties of tussentijdse beëindiging. Ook valt hieronder het ter beschikking stellen van naam en adresgegevens van verzekerde(n) door OHRA aan derden ten behoeve van de controle op verzekeringsgerechtigdheid en/of voor de declaratieverwerking relevante informatie;
- b. Het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van managementinformatie, product- en dienstontwikkeling en het bepalen van het algemene beleid of andere activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering;
- c. Het voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- d. Het verwerken van persoonsgegevens ter voorkoming en ter afhandeling van fraude, waaronder het verstrekken van



- informatie over declaraties en tussentijdse beëindiging binnen de branche en gerechtelijke instanties;
- e. Het behandelen van geschillen en het doen uitoefenen van accountantscontrole;
  - f. Het verwerken van persoonsgegevens, niet zijnde bijzondere gegevens, voor direct marketing doeleinden en servicegerichte doeleinden gericht op het tot stand brengen, in stand houden en uitbreiden van een directe relatie met klanten, precontractuele klanten en prospects waarvoor OHRA persoonsgegevens tevens kan overdragen aan andere maatschappijen binnen de Delta Lloyd Groep.

#### Recht van verzet:

Als u niet wenst dat OHRA uw persoonsgegevens verwerkt om u te informeren over producten en diensten van OHRA, dan kunt u dat OHRA laten weten. U kunt dit doen via [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl) of hiervoor contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

2. In veel gevallen hebben wij gegevens betreffende uw gezondheid nodig. Deze worden extra zorgvuldig verwerkt. Onze medisch adviseur is verantwoordelijk voor de juiste verwerking van grote delen daarvan. Gegevens die onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur worden verwerkt, worden alleen aan andere medewerkers verstrekt als zij tot de functionele eenheid van de medisch adviseur behoren en voor zover zij de gegevens voor de uitvoering van hun werkzaamheden nodig hebben. De medewerkers van deze functionele eenheid werken altijd onder directe verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. Zij hebben dezelfde geheimhoudingsplicht als de medisch adviseur uit hoofde van zijn/haar medisch beroepsgeheim.
3. U heeft de mogelijkheid tot inzage en eventueel tot correctie van uw persoonsgegevens. U kunt hiertoe onder bijsluiting van een kopie van een geldig legitimatiebewijs een schriftelijk verzoek richten aan de privacycoördinator van OHRA (Postbus 29677, 2502 LR Den Haag). Ook voor vragen kunt u zich schriftelijk wenden tot de privacycoördinator.
4. Als u een klacht heeft over de verwerking van uw persoonsgegevens kunt u zich richten tot de privacycoördinator van OHRA, zie hiervoor lid 3 van dit artikel. Als uw klacht niet naar tevredenheid wordt afgehandeld, kunt u uw klacht ter bemiddeling voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG te Zeist, telefoonnummer 030 698 83 60 of per fax 030 698 83 99. Dit dient u binnen één jaar te doen, nadat u ons standpunt heeft vernomen.
5. Voor meer informatie over de omgang met uw persoonsgegevens, kunt u ook ons privacystatement op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl) raadplegen.

## Artikel 12

### Vergoedingen

#### 1. Algemeen

- a. Type polis  
De OHRA Zorgverzekering is een restitutieverzekering op grond waarvan u recht heeft op vergoeding van kosten van de zorg of de overige diensten waaraan u behoefte heeft, zoals vermeld in artikel 12 van deze polisvoorwaarden. In afwijking hiervan heeft u voor hulpmiddelen in bruikleen, zoals bedoeld in artikel 12.10 van deze polisvoorwaarden, recht op zorg in natura.

- b. Vrije keuze zorgverlener  
U bent bij OHRA vrij in de keuze van uw zorgverlener. Op grond van deze zorgverzekering krijgt u in beginsel uw zorgkosten volledig vergoed, met dien verstande dat nooit meer zal worden vergoed dan maximaal het WMG tarief dan wel bij afwezigheid daarvan het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Voor de natura-verstrekking hulpmiddelen in bruikleen is in artikel 12.10 van deze polisvoorwaarden aangegeven op welke vergoeding u aanspraak kunt maken als u geen gebruik maakt van zorg in natura.

OHRA heeft met een aantal zorgverleners contracten gesloten waarin afspraken worden gemaakt over kwaliteit van zorg. Verder is afgesproken dat de nota rechtstreeks wordt verrekend tussen de zorgverlener en OHRA. Wij adviseren u gebruik te maken van deze gecontracteerde zorgverleners. Zo kan OHRA een hoge zorgkwaliteit blijven bevorderen én declaraties snel verwerken.

Voor de volgende zorg en/of diensten kunt u gebruik maken van door ons gecontracteerde zorg- en/of dienstverleners:

- opname;
- kraamzorg;
- medisch-specialistische zorg;
- zorg door een fysio- en oefentherapeut
- zorg door tandprothetici
- farmaceutische zorg
- hulpmiddelen
- rolstoeltaxi en taxivervoer
- geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Zie voor meer informatie de artikelen 12.3, 12.4, 12.5, 12.7.a, 12.8 b, 12.9, 12.10, 12.11.b, 12.13 en 12.14 van deze polisvoorwaarden.

#### Meer informatie

Raadpleeg voor de adressen van de door OHRA gecontracteerde zorgverleners [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). U kunt ook contact opnemen met het de OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

- c. Recht op vergoeding  
U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg en/of diensten, dan wel recht op hulpmiddelenzorg, als u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen op deze zorg. De inhoud en de omvang van de zorg en/of diensten wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Bij het ontbreken van een dergelijke maatstaf, wordt de inhoud en de omvang van de zorg en/of diensten bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en/of dienst.

#### Bijzonderheid

U kunt aanspraak maken op vergoeding van kosten voor andere vormen van zorg dan vermeld in deze polisvoorwaarden. Voorwaarde hiervoor is dat vaststaat dat de desbetreffende behandeling naar algemeen medisch aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt en niet bij of krachtens wet is uitgesloten. Voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk.

- d. Zorgbemiddeling  
Als u de noodzakelijke zorg niet of niet tijdig kunt krijgen, heeft u het recht OHRA te verzoeken om voor u te bemiddelen. Deze zorgbemiddeling houdt in dat OHRA op uw verzoek regelt dat u toch tijdig de noodzakelijke zorg krijgt. Onder niet of niet tijdig kunnen leveren van zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de buurt van uw

woonplaats niet op kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

Bij het vaststellen en uitvoeren van het beleid voor tijdige zorgverlening hanteert OHRA medisch inhoudelijke factoren en algemeen geaccepteerde maatschappelijk aanvaardbare normen voor wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

Meer informatie vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

- e. Eigen bijdrage  
Op vergoedingen kan een wettelijk vastgestelde eigen bijdrage van toepassing zijn. Als sprake is van een eigen bijdrage, dan wordt dit bij het desbetreffende artikel vermeld. Een eigen bijdrage blijft voor rekening van de verzekerde en wordt voor de berekening van een verplicht en/of vrijwillig eigen risico zoals bedoeld in artikel 6 van deze polisvoorwaarden buiten beschouwing gelaten.

## 2. Huisartsenzorg

U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg zoals huisartsen die plegen te bieden door:

- een huisarts,
- de dienstenstructuur of het organisatorisch samenwerkingsverband waarbij de huisarts is aangesloten of een praktijkondersteunende verpleegkundige die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

### U heeft ook recht op vergoeding van kosten voor:

- met huisartsenzorg samenhangend onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek op advies van een huisarts, uitgevoerd door een ziekenhuis of laboratorium;
- medisch-specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover OHRA en de huisarts afspraken hebben gemaakt.

### Bijzonderheid

U heeft ook recht op vergoeding van kosten voor een consult bij uw eigen huisarts via internet, mits dit consult een spreekuurconsult of telefonisch consult vervangt.

## 3. Opname

U heeft recht op vergoeding van kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste verpleegklasse in verband met medisch-specialistische, verloskundige of kaakchirurgische zorg. Deze opname kan verder gepaard gaan met:

- verpleging,
- verzorging en
- paramedische zorg.

Wij adviseren u gebruik te maken van door ons gecontracteerde ziekenhuizen. Meer informatie vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

### Voorwaarden

- voor vergoeding van kosten voor opname in verband met plastisch chirurgische zorg zoals omschreven in artikel 12.5a van deze polisvoorwaarden is voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA noodzakelijk;
- voor vergoeding van kosten voor opname in verband met een revalidatiebehandeling geldt de voorwaarde dat daarmee naar het oordeel van de medisch adviseur spoedig betere resultaten

te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname. OHRA is bevoegd een behandelplan op te vragen. In dit behandelplan moet de aard en complexiteit van de stoornis of beperking zijn vermeld, de bij de behandeling te betrekken disciplines, alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

### Uitsluiting

De kosten voor verblijf in het kader van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg worden niet vergoed uit hoofde van dit artikel. Deze kosten worden vergoed op grond van artikel 12.14 van deze polisvoorwaarden.

### Bijzonderheden:

- de kosten voor opname worden vergoed voor een aaneengesloten periode van maximaal 365 dagen. Voor het bereiken van de maximale periode van 365 dagen wordt de periode van verblijf zoals bedoeld in artikel 12.14 van deze voorwaarden meegeteld. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. Na 365 dagen komen de kosten voor opname ten laste van de AWBZ;
- wij adviseren u gebruik te maken van door ons gecontracteerde ziekenhuizen. Meer informatie vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

## 4. Verloskundige zorg en kraamzorg

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg door een verloskundige, medisch-specialist of huisarts. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen verloskundigen als zorg plegen te bieden. Onderdeel van deze zorg is prenatale screening.

### Prenatale screening omvat:

- counseling, inhoudende informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening;
- structureel echoscopisch onderzoek, SEO, in het tweede trimester van de zwangerschap.
- combinatietest, bestaande uit een nekplooiemeting en een bloedonderzoek.

### Voorwaarden:

- vergoeding voor een combinatietest voor verzekerden jonger dan 36 jaar vindt uitsluitend plaats indien de huisarts, verloskundige of medisch specialist van oordeel is dat er sprake is van een medische indicatie voor de test;
- vergoeding voor het echoscopisch onderzoek en de combinatietest vindt uitsluitend plaats als de behandeling wordt uitgevoerd door een zorgaanbieder met een WBO vergunning of in een samenwerkingsverband werkt met een regionaal centrum met een WBO vergunning, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

De vrouwelijke verzekerde heeft ook recht op vergoeding van kosten voor kraamzorg, gedurende maximaal tien opeenvolgende dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. De vergoedingen voor verloskundige zorg en kraamzorg zijn als volgt:

- a. bevalling en kraamzorg met opname in een ziekenhuis op medische indicatie  
Vergoeding van kosten voor:
- opname, inclusief kraamzorg, en- medisch-specialistische zorg voor moeder en kind in rekening gebracht door het

ziekenhuis, zoals bepaald in de artikelen 12.3 en 12.5 van deze polisvoorwaarden.

#### **Voorwaarde**

De verloskundige, huisarts of medisch-specialist moet van oordeel zijn dat opname in het ziekenhuis medisch geïndiceerd is.

- b. poliklinische bevalling op medische indicatie  
Vergoeding van kosten voor:
- medisch-specialistische zorg, zoals bepaald in artikel 12.5 van deze polisvoorwaarden,
  - kraamzorg verleend in een ziekenhuis, zonder dat sprake is van opname.

#### **Voorwaarde**

De verloskundige, huisarts of medisch-specialist moet van oordeel zijn dat de poliklinische bevalling medisch geïndiceerd is.

- c. poliklinische bevalling zonder medische indicatie  
Vergoeding van kosten voor:
- verloskundige zorg;
  - gebruik van de polikliniek en in de polikliniek verleende kraamzorg. Voor zowel moeder als kind(eren) wordt maximaal vergoed. Op deze vergoeding wordt voor zowel moeder als kind(eren) een wettelijk vastgestelde eigen bijdrage van € 14,50 per persoon per dag in mindering gebracht. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 104,50 per persoon te boven gaat.
- d. bevalling en kraamzorg in een kraamhotel  
Vergoeding van kosten voor:
- verloskundige zorg;
  - inschrijving, intake en bevallingsassistentie gegeven op basis van het 'Inhoudelijk Kader Partusassistentie';
  - kraamzorg in een kraamhotel volgens het gestelde onder 'Bijzonderheden geldend voor kraamzorg'. Voor zowel moeder als kind(eren) wordt maximaal vergoed. Op deze vergoeding wordt voor zowel moeder als kind(eren) een wettelijk vastgestelde eigen bijdrage van € 14,50 per persoon per dag in mindering gebracht. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 104,50 per persoon te boven gaat.
- e. bevalling en kraamzorg thuis  
Vergoeding van kosten voor:
- verloskundige zorg;
  - inschrijving, intake en bevallingsassistentie gegeven op basis van het 'Inhoudelijk Kader Partusassistentie';
  - kraamzorg thuis volgens het gestelde onder "Bijzonderheid geldend voor kraamzorg". Voor kraamzorg thuis geldt een wettelijk vastgestelde eigen bijdrage van € 3,70 per uur.
- f. combinatie van de zorg genoemd onder a. t/m e.  
Bij een combinatie van de hierboven genoemde zorg worden kosten van zorg gedurende maximaal tien opeenvolgende dagen vergoed. Als de desbetreffende instellingen dezelfde dag in rekening brengen, wordt deze 'dubbele' dag eveneens vergoed.  
Bijzonderheid geldend voor kraamzorg:  
Het aantal uren kraamzorg dat wordt vergoed is afhankelijk van de zorgbehoefte van moeder en kind met een minimum van 24 en een maximum van 80 uur. Het daadwerkelijk aantal kraamzorguren wordt vastgesteld door het kraamzorgbureau en OHRA volgens het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg.

#### **Meer informatie**

OHRA kan professionele kraamzorg voor u regelen. Om uw kraamzorg te kunnen garanderen, vragen wij u ten minste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum kraamzorg aan te vragen. Op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl) vindt u hiervoor een aanvraagformulier. Heeft u geen toegang tot internet dan kunt u contact opnemen met de OHRA Kraamlijn. Telefoonnummer 900 572 26 48.

## **5. Medisch-specialistische zorg**

### **5.1. Algemeen**

U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg door een medisch-specialist in een ziekenhuis, ZBC of huispraktijk. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Deze zorg kan in rekening worden gebracht door middel van het DBC-tarief als de zorg wordt verleend:

- door of vanwege een ziekenhuis;
- in een ZBC;
- in de huispraktijk van een medisch-specialist.

Als een ziekenhuis of ZBC niet declareert door middel van het DBC-tarief, maar door middel van andere van toepassing zijnde wettelijke tarieven heeft u recht op vergoeding van kosten voor:

- medisch-specialistische zorg;
- verpleging;
- bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

#### **Voorwaarde**

Vergoeding vindt plaats na verwijzing door huisarts, bedrijfsarts, arts verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), jeugdgezondheidszorg-arts, tandarts, verloskundige of andere medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

#### **Uitsluitingen**

- De kosten van medisch-specialistische zorg uitgevoerd in een privékliniek komen niet voor vergoeding in aanmerking; Bijzonderheid:  
Wij adviseren u gebruik te maken van door ons gecontracteerde zorgverleners. Meer informatie vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.
- De kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg worden vergoed op grond van artikel 12.14 van deze polisvoorwaarden.

De in artikel 12.5.2 van deze polisvoorwaarden vermelde vergoedingen maken eveneens onderdeel uit van medisch-specialistische zorg. Voor deze behandelingen gelden aanvullende criteria om voor vergoeding in aanmerking te komen.

### **5.2. Aanvullende criteria voor een aantal vormen van medisch-specialistische zorg**

- a. Plastisch chirurgische zorg  
U heeft alleen recht op vergoeding van kosten voor plastisch chirurgische zorg als de behandeling dient ter correctie van:
- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
  - verminkingen die het gevolg zijn van een ongeval, ziekte of geneeskundige verrichting;
  - verlamde of verslapt bovenvoeten die een gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- abdominoplastiek als er sprake is van een lichamelijke functiestoornis of van verminking.

#### Voorwaarde

Voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk.

#### b. In-vitrofertilisatie (IVF)

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten voor maximaal drie pogingen in-vitrofertilisatie (IVF) per te realiseren zwangerschap.

#### Voorwaarde

Vergoeding vindt plaats als de behandeling wordt uitgevoerd door een medisch-specialist in een vergunninghoudend ziekenhuis.

#### Bijzonderheid

Het terugplaatsen van ingevroren embryo's (cryo embryo's) wordt beschouwd als onderdeel van de IVF-poging waaruit ze zijn ontstaan. Dit houdt in dat meerdere keren een terugplaatsing binnen één poging kan worden gedaan. Per terugplaatsing mogen maximaal twee embryo's worden geïmplant.

#### c. Revalidatie

U heeft recht op vergoeding van kosten voor revalidatiebehandeling als:

- deze zorg als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen/ bewegingsapparaat of van een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

#### Revalidatie kan plaatsvinden

- in deeltijd- of dagbehandeling of
- tijdens opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling zoals bedoeld in artikel 12.3 van deze polisvoorwaarden.

#### Voorwaarde

OHRA is bevoegd een behandelplan op te vragen. In dit behandelplan moeten de aard en complexiteit van de stoornis of beperking zijn vermeld, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

#### d. Organtransplantaties

U heeft recht op vergoeding van kosten voor transplantatie van uitsluitend de volgende donororganen:

- beenmerg;
- bot;
- hoornvlies;
- huidweefsel;
- hart;
- hart/long;

- lever (orthotoop);
- long;
- nier;
- nier/pancreas.

Ook heeft u recht op vergoeding van de kosten die de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) in rekening brengt voor:

- het onderzoek,
- de conservering,
- de verwijdering en
- het vervoer van het transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.

#### Voorwaarde

Vergoeding vindt plaats als de behandeling wordt uitgevoerd door een medisch-specialist in een voor de betreffende transplantatie vergunninghoudend ziekenhuis.

De donor heeft recht op vergoeding van kosten conform deze polisvoorwaarden voor:

- medisch-specialistische zorg al dan niet met opname in verband met de selectie en de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal;
- zorg, zoals genoemd in artikel 12 van deze polisvoorwaarden, gedurende maximaal dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor opgenomen is geweest in verband met de selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal. De zorg moet verband houden met deze opname;
- vervoer van de donor in Nederland via openbaar vervoer in de laagste klasse of – indien en voor zover medisch noodzakelijk – per auto. De vervoerskosten moeten verband houden met de selectie, de opname en/of het ontslag uit de instelling en met de zorg zoals hiervoor omschreven;
- vervoer van en naar Nederland en de overige kosten die verband houden met de transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland als de donor in het buitenland woont. Deze overige kosten moeten verband houden met het wonen van de donor in het buitenland.

#### Uitsluiting

De verblijfskosten, anders dan bedoeld in het artikel 12.3 van deze polisvoorwaarden en eventuele gedeelde inkomsten van de donor worden niet vergoed.

#### e. Haemodialyse en peritoneaaldialyse

U heeft recht op vergoeding van kosten voor:

#### 1. niet-klinische haemodialyse verleend in een ziekenhuis of dialysecentrum

Deze vergoeding omvat:

- onderzoek,
- behandeling,
- verpleegkundige zorg,
- de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en
- psychosociale begeleiding.

#### 2. peritoneaaldialyse (thuisdialyse)

Naast de hierboven vermelde vergoedingen van kosten voor niet-klinische haemodialyse heeft u recht op vergoeding van kosten voor peritoneaaldialyse bij u thuis. Deze vergoeding omvat kosten voor:

- de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover OHRA die

kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;

- overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover OHRA die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien. De hoogte van de vergoeding is gebaseerd op de adviesvergoeding zoals door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

#### **Bijzonderheid:**

U heeft recht op vergoeding van kosten voor dialyse-apparatuur en andere hulpmiddelen conform het OHRA Reglement Hulpmiddelen. Zie hiervoor [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

- f. Mechanische beademing  
U heeft recht op vergoeding van de volgende kosten voor mechanische beademing:

#### **1. in een vergunninghoudend beademingscentrum**

- medisch-specialistische zorg,
- de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg,
- verpleging en
- verzorging.

#### **2. bij de verzekerde thuis**

- het gebruiksklaar ter beschikking stellen van de benodigde apparatuur door het beademingscentrum;
- medisch-specialistische zorg en farmaceutische zorg die met de beademing verband houden en worden verleend door een beademingscentrum.

#### **Voorwaarde**

De beademing vindt plaats namens en onder verantwoordelijkheid van het beademingscentrum.

#### **Voorwaarde geldend voor 1 en 2:**

Vergoeding vindt plaats na verwijzing door een medisch-specialist.

- g. Kinderoncologie  
U heeft recht op vergoeding van kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).
- h. Erfelijkheidsonderzoek  
U heeft recht op vergoeding van kosten voor erfelijkheidsonderzoek en kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek.

#### **Voorwaarde**

Vergoeding vindt plaats na verwijzing door een huisarts of medisch-specialist.

#### **Bijzonderheid**

Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten; aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

- i. Audiologische zorg  
U heeft recht op vergoeding van kosten voor audiologische zorg in een audiologisch centrum.

#### **Voorwaarde**

Vergoeding vindt plaats na verwijzing door een huisarts, medisch-specialist of jeuggezondheidszorg-arts.

- j. Trombosedienst  
U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg door een trombosedienst. De zorg omvat:
- het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
  - verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van uw bloed;
  - het beschikbaar stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van het bloed kunt meten;
  - opleiding in het gebruik van de ter beschikking gestelde apparatuur en begeleiding van u bij de metingen;
  - advisering bij het toepassen van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

#### **Voorwaarde**

Vergoeding vindt plaats na verwijzing door huisarts, bedrijfsarts, arts verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) of andere medisch-specialist.

#### **Bijzonderheid**

U heeft recht op vergoeding van kosten voor hulpmiddelen conform het OHRA Reglement Hulpmiddelen. Zie hiervoor [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

Uitsluitingen met betrekking tot medisch-specialistische zorg staan vermeld in artikel 9.1 en in artikel 12.5.1 van deze polisvoorwaarden.

#### **6. Verpleegkundige zorg**

U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg door een verpleegkundige. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

#### **Voorwaarden:**

- de verpleging moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch-specialistische zorg, zonder dat de zorg gepaard gaat met opname;
- voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk.

#### **Uitsluiting**

Verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing komt niet voor vergoeding in aanmerking. Deze kosten worden vergoed op grond van de AWBZ.

#### **7. Paramedische zorg**

- a. Fysio- en oefentherapie  
U heeft, volgens de hieronder vermelde voorwaarden, recht op vergoeding van kosten voor fysiotherapie verleend door een fysiotherapeut of één van de volgende gespecialiseerde fysiotherapeuten:
- kinderfysiotherapeut,
  - manueel therapeut,
  - oedeemtherapeut,
  - bekkentherapeut.

De omvang van de fysiotherapie wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.  
De behandeling van lymfoedeem mag zowel door een fysiotherapeut als een huidtherapeut worden uitgevoerd als aan alle hierna genoemde voorwaarden is voldaan.

Tevens heeft u, volgens de hieronder vermelde voorwaarden, recht op vergoeding van kosten voor oefentherapie Cesar/Mensendieck door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck.  
De omvang van de oefentherapie wordt begrensd door hetgeen oefentherapeuten Cesar/Mensendieck als zorg plegen te bieden.

### 1. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Als fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck is geïndiceerd ter behandeling van een aandoening die voorkomt in bijlage 1 van deze polisvoorwaarden, dan heeft u recht op vergoeding van kosten voor behandelingen voor die aandoening door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck vanaf de tiende behandeling.  
Voor sommige aandoeningen zijn nadere voorwaarden gesteld ten aanzien van de indicatie en/of is de behandeling beperkt tot een bepaalde periode. Deze voorwaarden kunt u terugvinden in bijlage 1 van deze polisvoorwaarden.

### 2. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar

- a. Als fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck is geïndiceerd ter behandeling van een aandoening die voorkomt in bijlage 1 van deze polisvoorwaarden, dan heeft u tot de leeftijd van 18 jaar recht op vergoeding van kosten voor alle behandelingen voor die aandoening door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Voor sommige aandoeningen zijn nadere voorwaarden gesteld ten aanzien van de indicatie en/of is de behandeling beperkt tot een bepaalde periode. Deze voorwaarden kunt u terugvinden in bijlage 1 van deze polisvoorwaarden.
- b. Voor behandeling van een aandoening die niet in bijlage 1 van deze polisvoorwaarden voorkomt, heeft u tot de leeftijd van 18 jaar recht op vergoeding van kosten voor maximaal negen behandelingen fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck voor dezelfde aandoening per kalenderjaar. In geval van ontoereikend resultaat heeft u recht op vergoeding van kosten voor verlenging van de zorg met maximaal negen behandelingen fysio- of oefentherapie Cesar/Mensendieck voor die aandoening.

#### Voorwaarden:

- fysio- en oefentherapie is vrij toegankelijk. Dit houdt in dat u zonder verwijfsbrief van uw huisarts of medisch-specialist naar een fysio- en/of oefentherapeut mag gaan. De therapeut zal dan allereerst een diagnose stellen en bepalen of therapeutische behandeling geïndiceerd is.  
Als de fysiotherapeut vaststelt dat sprake is van een aandoening die voorkomt in bijlage 1 van deze polisvoorwaarden, komen de kosten voor vergoeding in aanmerking als uw huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist een verklaring overlegt waaruit blijkt dat sprake is van eerdergenoemde indicatie. Bij bepaalde indicaties is een verklaring van de behandelend medisch-specialist noodzakelijk. U kunt in bijlage 1 van deze polisvoorwaarden lezen welke indicaties het betreft.
- op de nota moet de fysio- of oefentherapeut de diagnosecode en de CSI-code vermelden.
- OHRA is bevoegd een behandelplan op te vragen.

#### Bijzonderheid

Wij adviseren u gebruik te maken van door ons gecontracteerde zorgverleners. Meer informatie vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

- b. Ergotherapie  
U heeft recht op vergoeding van kosten voor maximaal tien behandelingen ergotherapie per kalenderjaar door een ergotherapeut in de behandelruimte van de ergotherapeut of bij u thuis.  
De omvang van de ergotherapie wordt begrensd door hetgeen ergotherapeuten als zorg plegen te bieden.

#### Voorwaarde

Vergoeding vindt plaats na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist

- c. Logopedie  
U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg door een logopedist. De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen logopedisten als zorg plegen te bieden.

#### Voorwaarden:

- vergoeding vindt plaats na verwijzing door een huisarts of medisch-specialist;
- op de verwijzing moet de medische indicatie vermeld staan.

#### Uitsluitingen:

- de kosten van behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect of anderstaligheid worden niet vergoed;
- de kosten van behandeling van dyslexie worden niet vergoed.

- d. Dieetadvisering  
U heeft recht op vergoeding van kosten voor dieetadvisering door een diëtist tot een maximum van vier behandelingen per kalenderjaar. De omvang van de dieetadvisering wordt begrensd door hetgeen diëtisten als zorg plegen te bieden.

#### Voorwaarden:

- vergoeding vindt plaats na verwijzing door een huisarts, tandarts of medisch-specialist;
- op de verwijzing moet de medische indicatie vermeld staan;
- dieetadvisering moet een medisch doel dienen.

### 8. Mondzorg

Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor zorg zoals tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten die plegen te bieden.

- a. Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar  
Tot de leeftijd van 22 jaar heeft u, bij behandeling door een tandarts of door een dienst voor jeugdtandverzorging, recht op vergoeding van kosten voor:
  1. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meerdere keren per jaar op deze hulp bent aangewezen;
  2. incidenteel tandheelkundig consult;
  3. verwijderen van tandsteen;
  4. fluorideapplicatie vanaf de leeftijd van 6 jaar maximaal tweemaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meerdere keren per jaar op deze zorg bent aangewezen;
  5. sealing;
  6. parodontale zorg;
  7. anesthesie;
  8. endodontische zorg;



9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
10. gnathologische zorg;
11. uitneembare prothetische voorzieningen;
12. tandvervangende zorg met niet-plastische materialen, als het de vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval;
13. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische zorg;
14. chirurgische tandheelkundige zorg, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat. U heeft wel recht op vergoeding van kosten voor het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, als u hierop bent aangewezen ten behoeve van de zorg als bedoeld bij punt 12 (tandvervangende zorg) in dit artikel.

#### Voorwaarde geldend voor a.12

Voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk. De aanvraag moet bestaan uit een behandelplan, een röntgenfoto en een schriftelijke motivering van een tandarts of kaakchirurg.

- b. Tandheelkundige zorg aan verzekerden vanaf 22 jaar.

#### 1. Gebitsprothese

U heeft recht op een vergoeding van 75% van de kosten voor vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak door een tandarts, tandprotheticus of centrum voor bijzondere tandheelkunde.

##### Voor vergoeding komt in aanmerking:

- een volledige immediaatprothese of
- een volledige vervangingsprothese of
- een volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen.

##### Voorwaarden:

Voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk als de totale kosten van de prothese, inclusief techniekkosten, vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, hoger zijn dan € 450,- per boven- en/of onderkaak. Als de mondzorg wordt verleend door een gecontracteerde tandprotheticus, dan is voorafgaande toestemming niet nodig.

##### Bijzonderheid

Als een volledige overkappingsprothese op implantaten wordt geplaatst is de vergoedingsregeling van toepassing zoals bepaald in art. 12.8 c1 van deze polisvoorwaarden.

#### 2. Reparatie en rebasen

U heeft recht op vergoeding van kosten voor reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige immediaatprothese, volledige vervangingsprothese of volledige overkappingsprothese door een tandarts, of tandprotheticus.

##### Bijzonderheid

Wij adviseren u gebruik te maken van door ons gecontracteerde zorgverleners. Meer informatie vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

- c. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen  
U heeft recht op vergoeding van kosten voor andere noodzakelijke tandheelkundige zorg dan die bedoeld in a. en b. door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of orthodontist,

al dan niet in een instelling voor bijzondere tandheelkunde, in de volgende bijzondere gevallen:

1. Er moet sprake zijn van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat een medische behandeling zonder deze zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Voor deze zorg geldt een eigen bijdrage zoals vermeld onder 'Eigen bijdrage voor verzekerden vanaf 22 jaar'. U heeft ook recht op vergoeding van de kosten voor een tandheelkundig implantaat en daarmee verband houdende chirurgische hulp alsmede het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, als sprake is van een ernstig geslonken tandenloze kaak en deze mondzorg dient ter bevestiging van een uitneembare volledige overkappingsprothese. Voor deze prothese geldt een eigen bijdrage van € 90,- per kaak;
2. Er moet sprake zijn van een niet-tandheelkundige lichamelijke aandoening of geestelijke aandoening waarbij u zonder deze tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Voor extreem angstige verzekerden geldt voor deze zorg een eigen bijdrage zoals vermeld onder 'Eigen bijdrage voor verzekerden vanaf 22 jaar'.

#### Voorwaarden geldend voor c.:

- voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk. De aanvraag moet bestaan uit een behandelplan, een röntgenfoto en een schriftelijke motivering van een tandarts, kaakchirurg of orthodontist;
- u heeft alleen recht op vergoeding van orthodontische zorg als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- en mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

#### Uitsluitingen geldend voor a, b, en c

U heeft geen recht op vergoeding van kosten voor mondzorg als u:

- hierop niet langer bent aangewezen, of
- de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt, of
- de mondhygiëne ernstig verwaarloost.

#### Eigen bijdrage voor verzekerden vanaf 22 jaar:

Als u op grond van artikel 12.8.c.1. recht op vergoeding van kosten heeft, is een eigen bijdrage verschuldigd. Dit geldt ook voor de extreem angstige verzekerde, die op grond van artikel 12.8.c.2. recht op vergoeding van kosten heeft. De verschuldigde eigen bijdrage is het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht voor dezelfde behandeling als er geen sprake zou zijn van behandeling buiten een centrum voor bijzondere tandheelkunde. De eigen bijdrage is van toepassing voor:

- preventief onderzoek;
- incidenteel consult;
- extractie;
- parodontale zorg;
- endodontische zorg;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- uitneembare niet volledige prothetische voorzieningen;

- d. Kaakchirurgische zorg  
U heeft recht op vergoeding van kosten voor kaakchirurgische zorg door een kaakchirurg.

De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen kaakchirurgen als zorg plegen te bieden.

#### **Uitsluiting:**

Geen vergoeding wordt verleend voor de kosten voor parodontale chirurgie en het plaatsen van een tandheelkundig implantaat tenzij sprake is van zorg als bedoeld in artikel 12.8 C 1 van deze polisvoorwaarden.

### **9. Farmaceutische zorg**

#### **a. Geneesmiddelen**

U heeft recht op vergoeding van kosten volgens het OHRA Reglement Farmaceutische zorg voor de volgende geneesmiddelen:

- geregistreerde geneesmiddelen die door de minister zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en zijn aangewezen door OHRA. Als het volgens de voorschrijver medisch niet verantwoord is u het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, heeft u recht op vergoeding van een ander, door de minister in de Regeling Zorgverzekering aangewezen geregistreerd geneesmiddel met dezelfde werkzame stof. OHRA is bevoegd het voorschrift daarover op te vragen;
- mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen:
- die op grond van artikel 40 lid 3a van de Geneesmiddelenwet door of in opdracht van een apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld;
- die op grond van artikel 40 lid 3 c van de Geneesmiddelenwet in Nederland zijn bereid door een vergunninghoudende fabrikant
- die op grond van artikel 40 lid 3 c van de Geneesmiddelenwet in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van eerdergenoemde arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten voor geneesmiddelen, die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen geregistreerd geneesmiddel.

Voor een nadere uitwerking van de polisvoorwaarden verwijzen wij u naar het OHRA Reglement Farmaceutische zorg. Zie hiervoor [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

#### **Voorwaarden:**

- de geneesmiddelen moeten voorgeschreven zijn door een huisarts, arts verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), medisch-specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige;
- de geneesmiddelen moeten ter hand gesteld worden onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts;
- voor een aantal geneesmiddelen vindt vergoeding plaats na schriftelijke toestemming van OHRA. Raadpleeg hiervoor het OHRA Reglement Farmaceutische zorg op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

#### **Uitsluitingen:**

- geen vergoeding wordt verleend voor farmaceutische zorg die bij Regeling zorgverzekering is uitgesloten. Deze uitsluitingen zijn vermeld in het OHRA Reglement Farmaceutische zorg;
- op de vergoeding van onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS) van toepassing.

Een bedrag dat de vergoedingslimiet van het GVS te boven gaat blijft voor rekening van de verzekerde;

- niet vergoed worden apotheekbereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel.

#### **Bijzonderheden:**

- u heeft ook recht op vergoeding van kosten voor farmaceutische zorg ter hand gesteld via een internetapothek. Daarbij gelden alle bovengenoemde voorwaarden. Er bestaat geen recht op vergoeding van andere kosten (bijvoorbeeld administratie- of verzendkosten) dan de kosten voor farmaceutische zorg.
- wij adviseren u gebruik te maken van door ons gecontracteerde zorgverleners. Voor farmaceutische zorg geleverd via internet hebben wij ook internetapotheken gecontracteerd. Meer informatie vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

#### **b. Dieetpreparaten**

U heeft recht op vergoeding van kosten voor dieetpreparaten, als voldaan wordt aan de in de Regeling zorgverzekering vermelde medische indicatie. Het recht op vergoeding is uitgewerkt in het OHRA Reglement Farmaceutische zorg. Raadpleeg voor dit reglement [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met het OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

Wij adviseren u gebruik te maken van door ons gecontracteerde leveranciers. Zij zijn speciaal geselecteerd om naast de levering van de dieetpreparaten ook te zorgen voor goede advisering en ondersteunende zorg. Meer informatie vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met de OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

### **10. Hulpmiddelenzorg**

U heeft recht op vergoeding van kosten voor aanschaf, vervanging en correctie van medische hulp- en verbandmiddelen in eigendom en op levering van medische hulpmiddelen in bruikleen volgens de Regeling zorgverzekering. Deze regeling is uitgewerkt in het OHRA Reglement Hulpmiddelen. Raadpleeg hiervoor [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

#### **Het recht op vergoeding betreft:**

- aanschaf,
- vervanging,
- correctie of
- het in bruikleen verstrekken van medische hulpmiddelen. Als u geen gebruik wilt maken van de bruikleenverstrekking door OHRA, dient u dit aan te geven bij uw aanvraag. U kunt dan in aanmerking komen voor een gedeeltelijke vergoeding van kosten. Raadpleeg voor de hoogte van de vergoeding het OHRA Reglement Hulpmiddelen.

Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van vergoeding van kosten of verstrekking in bruikleen een persoonsgebonden budget worden verstrekt. Dit persoonsgebonden budget moet dan worden gebruikt voor aanschaf, vervanging en correctie van de desbetreffende hulpmiddelen. Nadere voorwaarden omtrent de verstrekking van een persoonsgebonden budget zijn opgenomen in het OHRA Reglement Hulpmiddelen.

### **Uitsluiting**

De kosten voor normaal gebruik en onderhoud van het hulpmiddel zoals batterijen en elektriciteit worden niet vergoed, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald.

Bijzonderheden:

- Voor een aantal hulpmiddelen geldt een eigen bijdrage en/of een maximum vergoeding. Deze staan vermeld in het OHRA Reglement Hulpmiddelen;
- Hulpmiddelen in bruikleen tellen niet mee voor een verplicht en/of vrijwillig eigen risico zoals bedoeld in artikel 6 van deze polisvoorwaarden. Als u geen gebruik maakt van de bruikleenverstrekking door OHRA, dan telt de vergoeding van kosten wel mee voor een verplicht en/of vrijwillig eigen risico zoals bedoeld in artikel 6 van deze polisvoorwaarden;
- Voor hulpmiddelen in eigendom adviseren wij u gebruik te maken van door ons gecontracteerde zorgverleners. Meer informatie vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

### **Meer informatie**

Voor het aanvragen van een hoog-laagbed, bedpapegaai, anti-decubitus kussen en –matras, rollator sta-opstoel, trippelstoel, TENS, persoonsalarmering en een vernevelaar kunt u gebruik maken van de OHRA Hulpmiddelenlijn.

Telefoonnummer **0900 112 11 22**.

## **11. Ziekenvervoer**

### **a. Ambulance-vervoer**

U heeft recht op vergoeding van kosten voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance-auto over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer.

### **Voorwaarden:**

- vergoeding vindt alleen plaats als om medische redenen openbaar vervoer, taxivervoer of vervoer per eigen auto niet verantwoord is;
- het ambulancevervoer moet verband houden met vervoer naar een zorgverlener of instelling waar u zorg ontvangt, waarvan de kosten, met inachtneming van een verplicht en/of vrijwillig eigen risico zoals bedoeld in artikel 6 van deze polisvoorwaarden, geheel of gedeeltelijk voor rekening van de OHRA Zorgverzekering komen, of
- vervoer naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zult gaan verblijven, of
- vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zult ondergaan, of
- vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of zorginstelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt.

### **Uitsluiting**

Ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling komt niet voor vergoeding in aanmerking.

### **Bijzonderheden:**

- u heeft ook recht op vergoeding van kosten voor ambulancevervoer van eerder genoemde zorgverleners en instellingen naar de eigen woning of naar een andere woning, als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de noodzakelijke verzorging kunt krijgen;
- als OHRA u toestemming geeft om u te wenden tot een bepaalde zorgverlener of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

### **b. Zittend ziekenvervoer**

U heeft recht op vergoeding van kosten voor:

- openbaar vervoer in de laagste klasse,
- taxivervoer of
- vervoer per eigen auto over een enkele reisafstand van ten hoogste 200 kilometer als sprake is van één van de navolgende situaties:
  1. u ondergaat nierdialyse;
  2. u ondergaat oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie;
  3. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
  4. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.

### **Voorwaarden:**

- Vervoer in de situatie 3 en 4 moet verband houden met:
- vervoer vanaf het huisadres naar een zorgverlener of instelling waar u zorg ontvangt, waarvan de kosten, met inachtneming van een verplicht en/of vrijwillig eigen risico zoals bedoeld in artikel 6 van deze polisvoorwaarden, geheel of gedeeltelijk voor rekening van de OHRA Zorgverzekering komen, alsmede het vervoer terug naar het huisadres, of
- vervoer vanaf het huisadres naar een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ zult gaan verblijven, alsmede het vervoer terug naar het huisadres, of
- vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zult ondergaan, of
- vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of zorginstelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt.
- Voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk. De huisarts of behandelend medisch-specialist moet voor uw aanvraag het daarvoor bestemde 'aanvraagformulier vervoer' invullen. Dit formulier kunt u downloaden van [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

Als sprake is van een bijzondere medische situatie buiten de hierboven onder b. genoemde gevallen kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule.

### **Voorwaarden hardheidsclausule**

Het vervoer is nodig in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening en het niet verstrekken van het vervoer leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. Voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA is noodzakelijk. Een huisarts of behandelend medisch-specialist dient ten behoeve van uw aanvraag het daarvoor bestemde 'aanvraagformulier vervoer' in te vullen. Dit formulier kunt u downloaden van [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

Bovengenoemd zittend ziekenvervoer omvat ook vervoer van een begeleider als:

- begeleiding noodzakelijk is of
- het vervoer van een verzekerde jonger dan 16 jaar betreft.

In bijzondere gevallen kunt u OHRA vooraf vragen vervoer van twee begeleiders voor rekening van OHRA toe te staan.

Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 86,00 per kalenderjaar. Een bijdrage is niet verschuldigd:

- voor vervoer vanaf een instelling waarin u ten laste van de OHRA Zorgverzekering of de AWBZ verblijft, naar een andere instelling waarin u ten laste van de OHRA Zorgverzekering of de AWBZ wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
- voor vervoer vanaf een instelling waarin u ten laste van de OHRA Zorgverzekering of de AWBZ verblijft, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de OHRA Zorgverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling;
- voor vervoer van een instelling waarin u ten laste van de AWBZ verblijft, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de AWBZ, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, alsmede het vervoer terug naar die instelling.

#### **Bijzonderheden:**

- Wij adviseren u gebruik te maken van door OHRA gecontracteerd taxivoer. In dat geval hoeft u de kosten niet vooruit te betalen, maar worden deze rechtstreeks bij OHRA gedeclareerd. Wel blijft de hierboven genoemde eigen bijdrage of een verplicht en/of vrijwillig eigen risico zoals bedoeld in artikel 6 van deze polisvoorwaarden van toepassing;
- De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto bedraagt € 0,25 per gereden kilometer volgens de kortst gebruikelijke route;
- Als zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan OHRA toestemming verlenen voor ander vervoer;
- Als OHRA u toestemming geeft om u te wenden tot een bepaalde zorgverlener of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

## **12. Buitenland**

U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg door een zorgverlener of zorginstelling buiten Nederland zoals gesteld in artikel 8.4 van deze polisvoorwaarden. De vergoeding van medische kosten in het buitenland bedraagt ten hoogste het bedrag, dat volgens de dekking van deze zorgverzekering zou zijn vergoed conform artikel 8.4 van deze polisvoorwaarden als de zorg in Nederland zou zijn verleend. De in de polis vermelde maximale vergoedingen, eigen bijdragen, verplicht en/of vrijwillig eigen risico zijn van toepassing.

Als OHRA vooraf toestemming heeft gegeven voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, kan op advies van de medisch adviseur een hogere vergoeding van kosten plaatsvinden.

In geval van voorziene medische zorg in het buitenland die gepaard gaat met opname in een zorginstelling, is voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA noodzakelijk. In geval van acute medische zorg die gepaard gaat met opname in een zorginstelling dient u direct contact op te (laten) nemen met de OHRA Hulpdienst.

Bij opname van een verzekerde in het buitenland verzorgt de OHRA Hulpdienst een garantstelling voor rechtstreekse betaling van medische kosten aan de zorgverlener tot maximaal het bedrag dat conform dit subartikel voor vergoeding in aanmerking komt.

#### **Meer informatie**

De OHRA Hulpdienst is 24 uur per dag bereikbaar, ook in het weekend. Telefoonnummer: +31 20 664 45 31.

#### **Voorwaarde**

Vergoeding vindt plaats in Nederlands wettig betaalmiddel op basis van de dagkoers in Nederland ten tijde van de datum van de medische behandeling.

Als u woont en/of tijdelijk verblijft, in een andere EU/EER-lidstaat of in een verdragsland heeft u twee mogelijkheden. U kunt kiezen voor:

- vergoeding van zorgkosten tot ten hoogste het bedrag, dat volgens de dekking van deze zorgverzekering zou zijn vergoed conform artikel 8.4 van deze polisvoorwaarden als de zorg in Nederland zou zijn verleend;
- vergoeding van zorgkosten volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.

Als u woont en/of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU/EER-lidstaat of verdragsland is, heeft u recht op vergoeding van kosten voor zorg in uw woonland tot ten hoogste het bedrag, dat volgens de dekking van deze zorgverzekering zou zijn vergoed conform artikel 8.4 van deze polisvoorwaarden als de zorg in Nederland zou zijn verleend

## **Tip**

#### **Let op**

Op grond van deze polisvoorwaarden is de vergoeding voor kosten van zorg in het buitenland gemaximeerd; ook bestaat geen recht op vergoeding van kosten voor repatriëring naar Nederland. OHRA adviseert u in verband met vakanties en/of kort verblijf in het buitenland een aanvullende verzekering te sluiten.

OHRA verstrekt u op verzoek een Europese zorgverzekeringskaart. Deze kaart moet u bij het invoeren van zorg in een EU/EER-lidstaat tonen aan de zorgverlener. Bij tijdelijk verblijf in een verdragsland verstrekt OHRA op verzoek een 111 formulier. Dit formulier moet u bij het invoeren van zorg in een verdragsland tonen aan de zorgverlener.

## **GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)**

### **13. Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ**

U heeft recht op vergoeding van kosten van geneeskundige eerstelijnspsychologische zorg tot een maximum van acht zittingen per kalenderjaar door een vrijgevestigde eerstelijns-, klinisch- of gezondheidszorgpsycholoog. De omvang van de zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voor deze zorg geldt een wettelijk vastgestelde eigen bijdrage van € 10,- per zitting.

#### **Voorwaarden:**

- Vergoeding vindt uitsluitend plaats na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of jeugdgezondheidszorg-arts. Dit geldt niet voor acute zorg;
- Op de verwijzing moet de medische indicatie vermeld staan;
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of

- als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ is een verwijzing noodzakelijk van een arts of andere behandelaar zoals genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg.

**Bijzonderheden:**

- De zorg omvat niet de specialistische zorg zoals genoemd in artikel 12.14 van deze polisvoorwaarden;
- Wij adviseren u gebruik te maken van door ons gecontracteerde zorgverleners. Meer informatie vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

**14. Specialistische GGZ**

**A. Psychiatrische ziekenhuisopname**

U heeft recht op vergoeding van kosten voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis op basis van de laagste verpleegklasse in verband met specialistische psychiatrische zorg. Deze opname kan verder gepaard gaan met:

- verpleging,
- verzorging en
- paramedische zorg.

**Bijzonderheden:**

- de kosten voor opname worden vergoed voor een aaneengesloten periode van maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en/of vakantie-verlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. Na 365 dagen komen de kosten van opname ten laste van de AWBZ.
- voor het bereiken van de maximale periode van 365 dagen wordt de periode van opname zoals bedoeld in artikel 12.3 van deze polisvoorwaarden meegeteld.
- wij adviseren u gebruik te maken van door ons gecontracteerde zorgverleners. Meer informatie vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA Telefoonnummer **026 400 48 48**.

**B. Specialistische geestelijke gezondheidszorg**

U heeft recht op vergoeding van kosten voor:

- specialistische geestelijke gezondheidszorg door een psychiater/zenuwarts, geriater, psychotherapeut of GGZ instelling;
  - verpleging;
  - de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- De omvang van de zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plagen te bieden.

**De zorg kan in rekening worden gebracht door middel van een DBC-tarief als de zorg wordt verleend:**

- in een GGZ-instelling;
- in de huispraktijk van de psychiater/zenuwarts, geriater of psychotherapeut.

**Voorwaarden:**

- Vergoeding vindt uitsluitend plaats na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of jeugdgezondheidszorg-arts. Dit geldt niet voor acute zorg;
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ is een verwijzing noodzakelijk van een arts of

andere behandelaar zoals genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg.

**Bijzonderheden:**

- De zorg omvat niet de eerstelijns psychologische zorg zoals genoemd in artikel 12.13 van deze polisvoorwaarden;
- Voor psychotherapeutische alsmede psychoanalytische behandeling geldt een wettelijk vastgestelde eigen bijdrage:
  - Voor individuele- of groepstherapie: € 15,60 per zitting tot een maximum van € 702,- per kalenderjaar;
  - Voor gezinstherapie: € 15,60 per zitting per gezin tot een maximum van € 702,- per kalenderjaar;
  - Voor partnerrelatiepsychotherapie: € 7,80 per zitting tot een maximum van € 351,- per verzekerde per kalenderjaar.
- Wij adviseren u gebruik te maken van door ons gecontracteerde zorgverleners. Meer informatie vindt u op [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer **026 400 48 48**.

**15. Persoonsgebonden budget**

- Met betrekking tot de niet-klinische geestelijke gezondheidszorg zoals vermeld in artikel 12.13 en 12.14b van deze polisvoorwaarden kunt u in plaats van vergoeding van kosten aanspraak maken op een persoonsgebonden budget. Voor de aanspraak op een persoonsgebonden budget gelden in aanvulling op artikel 12.13 en 12.14 b. van deze polisvoorwaarden de bepalingen zoals vermeld in het door OHRA opgestelde Reglement PGB Experiment GGZ.
- Het persoonsgebonden budget moet worden gebruikt voor het geheel van zorg ten behoeve van de gestelde indicatie in uw aanvraag. Daarbij moet aan alle voorwaarden worden voldaan, zoals die in deze polisvoorwaarden zijn bepaald ten aanzien van de aanspraak op de desbetreffende zorg. Dit reglement is opgenomen in bijlage 2 van deze polisvoorwaarden.
- Voor een persoonsgebonden budget is altijd voorafgaande schriftelijke toestemming van OHRA nodig. Uw aanvraag moet voorzien zijn van een verwijsbrief van een huisarts én een uitgebreide indicatiestelling en behandelplan van de zorgverlener onder wiens verantwoordelijkheid de behandeling wordt uitgevoerd.
- Als een uitgebreide indicatiestelling en behandelplan nog niet zijn opgesteld, kunt u een aanvraag indienen voor een persoonsgebonden budget ter hoogte van het DBC tarief kortdurend GGZ-traject ter bekostiging van de diagnostiek en het opstellen van een behandelplan. Voor deze aanvraag is een verwijsbrief van de huisarts voldoende. Dit reglement is opgenomen in bijlage 2 van deze polisvoorwaarden.

**U kunt uw aanvraag indienen bij:**

OHRA  
Team Machtigingen GGZ  
Postbus 29677  
2502 LR Den Haag

- OHRA beoordeelt of u recht heeft op een persoonsgebonden budget en stelt tevens de hoogte van het budget vast. Het persoonsgebonden budget wordt verstrekt in de vorm van een voorschot ter hoogte van een bedrag gelijk aan de vergoeding die verleend zou zijn als de geestelijke gezondheidszorg zonder gebruikmaking van een persoonsgebonden budget zou zijn verleend. Dit houdt in dat het bedrag voor het persoonsgebonden budget gelijk is aan de kosten van de geestelijke gezondheidszorg tot maximaal het voor Nederland geldende marktconforme bedrag. Op dit bedrag worden eventuele eigen bijdragen die conform deze polisvoorwaarden gelden voor de geïndiceerde zorg en een



verplicht en/of vrijwillig eigen risico zoals bedoeld in artikel 6 van deze polisvoorwaarden in mindering gebracht.

- F. Als een persoonsgebonden budget wordt verstrekt voor zorg die deels pas op een later tijdstip zal worden betrokken, kan de toekenning van het definitieve budget gefaseerd verlopen. Allereerst wordt dan een budget toegekend om de fase van diagnostiek en het opstellen van een behandelplan te bekostigen. Na ontvangst van het behandelplan wordt het budget bepaald voor bekostiging van de behandeling. Daarbij kan OHRA bepalen dat het toegekende budget in termijnen wordt uitgekeerd.
- G. Als OHRA u een persoonsgebonden budget toekent, vermeldt zij daarbij een einddatum waarop u de kosten uiterlijk bij OHRA dient te verantwoorden. Als de toekenning van het budget gefaseerd plaatsvindt, kan tussentijds een verantwoording worden vereist. OHRA stort het bedrag ter hoogte waarvan het budget is vastgesteld op het bij OHRA bekende Nederlandse bankrekeningnummer.
- H. Uiterlijk op de in de toekenning vermelde datum moet u bij OHRA een overzicht indienen van de uitgaven op grond van het persoonsgebonden budget. Dit overzicht dient vergezeld te gaan van alle bijbehorende originele nota's. Op basis van deze verantwoording bepaalt OHRA of het budget rechtmatig is besteed. Als uit de verantwoording blijkt dat u minder kosten heeft gemaakt of het voorschot aan iets anders heeft besteed dan waarvoor het voorschot is verstrekt, vordert OHRA het te veel verstrekte deel van het voorschot als 'onverschuldigde betaling' terug op grond van artikel 6: 203 van het Burgerlijk Wetboek.
- I. Als OHRA u een persoonsgebonden budget verstrekt voor de in de indicatie gestelde zorgvraag, vervalt daarmee de zorgplicht van OHRA ten aanzien van deze zorgvraag.
- J. Als u op 31 december 2007 aanspraak had op een persoonsgebonden budget op grond van de AWBZ, behoudt u die aanspraak ten hoogste tot 31 december 2008. Dit geldt uitsluitend voor de duur van de indicatie, op grond waarvan het budget door de AWBZ is toegekend. Alle voorwaarden genoemd van dit artikel onder A tot en met I zijn hierop van toepassing.

## Artikel 13

### Begripsomschrijvingen

Hierna vindt u omschrijvingen van begrippen uit deze polisvoorwaarden.

#### arts

iemand die bevoegd is de geneeskunde uit te oefenen;

#### audiologische zorg

onderzoek naar de gehoorfunctie, advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur, met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding en hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot 7 jaar;

#### AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;

#### bedrijfsarts

een arts die als bedrijfsarts is ingeschreven in het door de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie, SGRC, ingestelde register van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der

Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbo-dienst, waarbij de werkgever is aangesloten;

#### bekkentherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;

#### bijkomende kosten

de medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens een medisch-specialistische behandeling, zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, pacemakers, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer of polikliniek, die door de instelling op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) in rekening mogen worden gebracht;

#### Bureau Jeugdzorg

een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg;

#### centrum voor bijzondere tandheelkunde

een universitair of door OHRA daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist;

#### centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

#### Cesar/Mensendieck therapie

een paramedische behandelingsmethode, gericht op de behandeling en voorkoming van klachten die het gevolg zijn van een onjuist houdings- en bewegingspatroon;

#### CSI-code

Code Soort Indicatie, landelijke standaard die aangeeft voor welke aandoening paramedische zorg verleend is;

#### collectieve contractant

een rechtspersoon, waarmee ten behoeve van de aangesloten deelnemers een contract is aangegaan voor het sluiten van deze zorgverzekering;

#### CVZ

College voor Zorgverzekeringen;

#### dagbehandeling

opname korter dan 24 uur;

#### DBC

Diagnose Behandeling Combinatie: Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen;

#### dieetadviesing

dieetadviesing omvat voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten;



### **dienstenstructuur**

een organisatorisch verband van huisartsen dat:

- een rechtspersoonlijkheid bezit en
- als zodanig is erkend door de bevoegde overheidsinstantie en
- is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen.

### **diëtist**

een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut';

### **eerstelijnspsycholoog**

een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen NIP;

eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van de specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is hierbij niet nodig;

### **eigen bijdrage**

de bijdrage in de kosten van verleende zorg die de verzekerde verschuldigd is op grond van de polisvoorwaarden;

### **en bloc**

herziening van de voorwaarden en/of premie voor alle lopende zorgverzekeringen;

### **erfelijksonderzoek**

onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboom-, chromosoom-, ultrageluid- en DNA-onderzoek, biochemische diagnostiek, erfelijksadvisering en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding;

### **ergotherapeut**

een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut';

### **ergotherapie**

ergotherapie omvat advisering, instructie, training of behandeling met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen;

### **EU- en EER-lidstaat**

hieronder worden, behalve Nederland, de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland;

### **farmaceutische zorg**

de terhandstelling van de door OHRA op basis van de Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, andere geneesmiddelen die op grond van artikel 40 lid 3 onder a en c van de Geneesmiddelenwet in Nederland ter hand gesteld

mogen worden, voor zover het rationele farmacotherapie betreft en polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;

### **fysiotherapeut**

een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG;

### **geregistreerd geneesmiddel**

een geneesmiddel waarvoor een (parallel)handelsvergunning is verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;

### **gezondheidszorgpsycholoog**

een gezondheidszorgpsycholoog, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG;

### **GGZ-instelling**

instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert, en als zodanig is toegelaten;

### **GVS**

geneesmiddelenvergoedingssysteem: het indelen van geneesmiddelen in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen volgens bepaalde criteria. Per GVS-groep is een vergoedingslimiet berekend. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger, dan betaalt de verzekerde het verschil bij. Uitgangspunt is dat de verzekerde het bedrag dat deze vergoedingslimiet te boven gaat kan vermijden door te kiezen voor een geneesmiddel met een prijs lager dan of gelijk aan de limiet;

### **hardheidsclausule**

bepaling dat een maatregel geheel of gedeeltelijk niet toegepast wordt in gevallen dat de individuele toepassing tot ongewenste hardheid zou leiden;

### **huidtherapeut**

een daartoe op HBO-niveau opgeleide beroepsbeoefenaar, werkzaam binnen de eerste- en/of tweedelijns gezondheidszorg, die personen met een zieke of beschadigde huid behandelt en die lid is van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten;;

### **huisarts**

een arts, die als huisarts is ingeschreven in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijke gehandicapten Registratie, HVRC, ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst;

### **inhoudelijk kader partusassistentie**

omschrijving van de criteria waaraan de zorg die vlak na de geboorte verleend wordt, moet voldoen. Raadpleeg voor de inhoud van de richtlijn [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl) Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer 026 400 48 48;

### **inschrijvingstarief huisarts**

het tarief dat u bij eerste inschrijving in een huisartspraktijk en vervolgens jaarlijks verschuldigd bent;

### **jeugdgezondheidszorg-arts**

een arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg;

**kaakchirurg**

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

**kinderfysiotherapeut**

een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;

**klinisch psycholoog**

een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG;

**kraamzorgbureau**

een instelling voor de levering van kraamzorg door gediplomeerde kraamverzorgenden;

**kraamhotel**

een door een kraamzorgbureau geëxploiteerde instelling met 24-uurs zorg rondom bevalling en kraambed;

**kraamzorg**

de zorg verleend door een aan een ziekenhuis, kraamhotel of kraamzorgbureau verbonden kraamverzorgende, die moeder en kind en, voor zover van toepassing, de huishouding verzorgt. De zorg wordt begrensd door hetgeen kraamverzorgenden als zorg plegen te bieden;

**kwaadwillige besmetting**

het buiten het kader van de in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest- (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden, al dan niet in enig organisatorisch verband, is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken;

**Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg**

protocol voor de toekenning van aantallen kraamzorguren met een waarborg voor kwalitatief goede zorg voor moeder en kind, op basis van normen en inzichten uit het verloskundige veld, de behoeften van klanten en efficiënte inzet van middelen;

**logopedie**

logopedie omvat behandeling met een geneeskundig doel en waarvan herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht;

**logopedist**

een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut';

**manueel therapeut**

een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;

**marktconform bedrag**

tarief dat in de Nederlandse markt gebruikelijk is en in verhouding tot de prijs van soortgelijke zorg door overige zorgverleners passend en/of niet onredelijk hoog is;

**medisch adviseur**

de arts, die OHRA in medische aangelegenheden adviseert;

**medisch-specialist**

een arts, die als medisch specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie, MRSC, ingestelde specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

**mondhygiënist**

een mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist';

**natura**

zorg in natura wordt verstrekt door zorgverleners die de zorgverzekeraar daartoe heeft gecontracteerd;

**NHT**

Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.: een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 9.2 van deze polisvoorwaarden omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht;

**nominale premie**

de nominale premie is het vaste bedrag dat u periodiek voor uw zorgverzekering betaalt als u 18 jaar of ouder bent exclusief eventuele premiekortingen;

**oedeemtherapeut**

een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten;

**oefentherapeut Cesar/Mensendieck**

een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut';

**OHRA**

OHRA Zorgverzekeringen N.V., gevestigd te Den Haag, Johanna Westerdijkplein 1;

**opname**

opname en verder verblijf met een duur van 24 uur of langer in een ziekenhuis of revalidatie-instelling indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden, terwijl behandeling door een medisch-specialist, verloskundige en/of kaakchirurg noodzakelijk is;

**orthodontist**

een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;

**polisblad**

de akte waarin de tussen een verzekeringnemer en een zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd;

**premievervaldag**

de dag waarop de premie uiterlijk moet zijn voldaan, zijnde de eerste dag van de periode waarop de premie betrekking heeft;

**preventieve maatregelen**

van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of, indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt, de gevolgen daarvan te beperken;

**psychiater/zenuwarts**

een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie, MSRC, ingesteld specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden;

**psychotherapeut**

een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG;

**rationele farmacotherapie**

de behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is.

**restitutieverzekering**

een verzekering waarbij op basis van originele nota's de gemaakte zorgkosten geheel of gedeeltelijk worden vergoed;

**revalidatiebehandeling**

onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragwetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een -conform de bij of krachtens wet gestelde regels toegelaten- instelling voor revalidatie;

**specialistische GGZ**

diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is noodzakelijk;

**tandarts**

een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG;

**tandprotheticus**

een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus';

**terrorisme**

gewelddadige handelingen en/of gedragingen, begaan buiten het kader van de in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht genoemde vormen van molest, in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks, al dan niet in enig organisatorisch verband, is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken;

**u**

u en/of de overige verzekerde(n), ten behoeve van wie u een zorgverzekering heeft afgesloten;

**verdragsland**

Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië, Tunesië en Turkije;

**verloskundige**

een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG;

**verminking**

een ernstige deformiteit, al dan niet met weefseldefecten die direct in het oog springt en die in het normale verkeer niet is te camoufleren door bijvoorbeeld kleding;

**verpleegkundige**

een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG;

**verzekerde(n)**

de op het polisblad als verzekerde vermelde perso(o)l(n)en waarvan het risico op behoefte aan geneeskundige zorg door de zorgverzekering wordt gedekt;

**verzekeringnemer**

een persoon die met een zorgverzekeraar een zorgverzekeringsovereenkomst heeft gesloten;

**Wet BIG**

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;

**WMG**

Wet marktordening gezondheidszorg;

**Wmo**

Wet maatschappelijke ondersteuning;

**ZBC**

zelfstandig behandel centrum: een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten;

**ziekenhuis**

een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten;

**zorgverlener**

een hulpverlener of hulpverlenende instantie die zorg biedt zoals omschreven in de dekking;

**zorgverzekeraar**

een verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt;

**zorgverzekering**

een tussen OHRA en een verzekeringnemer gesloten schadeverzekering voor geneeskundige hulp -ten behoeve van een verzekeringsplichtige- die voldoet aan de regels van de Zorgverzekeringswet;

**Zorgverzekeringswet**

de wet die u verplicht zich te verzekeren voor geneeskundige zorg. De Zorgverzekeringswet zorgt ervoor dat iedereen die rechtmatig in

Nederland woont of die in het buitenland woont maar in Nederland loonbelasting betaalt voor deze zorg verzekerd is.

## Bijlage 1

### Lijst met aandoeningen voor langdurige fysiotherapie en oefentherapie

De overheid heeft, in overleg met de beroepsgroep en artsen, deze lijst opgesteld met aandoeningen, waarvoor langdurige fysio- of oefentherapie geïndiceerd kan zijn. Op basis van medisch inhoudelijke bevindingen vindt periodiek herziening van de lijst plaats. Raadpleeg voor de actuele gegevens [www.ohra.nl](http://www.ohra.nl). Heeft u geen toegang tot internet, dan kunt u contact opnemen met OHRA. Telefoonnummer 026 400 48 48.

### Lijst met aandoeningen voor langdurige fysiotherapie en oefentherapie

Indeling indicaties naar hoofdgroepen:

- aandoeningen van het zenuwstelsel;
- aandoeningen van het bewegingsapparaat;
- hartaandoeningen;
- overige aandoeningen.

### Aandoeningen van het zenuwstelsel, waarbij de diagnose is gesteld door een medisch-specialist:

- Cerebrovasculair accident;
- Ruggenmergaandoening;
- Multiple sclerose;
- Perifere zenuwaandoening als sprake is van motorische uitval;
- Extrapyramidale aandoening;
- Motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel als de verzekerde jonger is dan 17 jaar;
- Aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
- Cerebellaire aandoening;
- Uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg, dan wel als gevolg van hersenletsel;
- Spierziekte;
- Myasthenia gravis.

Voor de volgende aandoening in het zenuwstelsel wordt het aantal behandelingen fysiotherapie of oefentherapie vergoed voor de aangegeven periode:

- Radiculair syndroom met motorische uitval tot maximaal drie maanden.

### Aandoeningen van het bewegingsapparaat, waarbij de diagnose is gesteld door een medisch-specialist:

- Aangeboren afwijking;
- Progressieve scoliose;
- Juveniele osteochondrose, als de verzekerde jonger is dan 22 jaar;
- Reflexdystrofie;
- Wervelfractuur als gevolg van osteoporose;
- Fractuur als gevolg van botmetastase, morbus Kahler of morbus Paget;
- Reumatoïde artritis of chronisch reuma;
- Chronische artritiden;
- Spondylitis ankylopoetica (morbus Bechterew);
- Reactieve artritis;
- Juveniele chronische artritis;
- Hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
- Collageenziekten;
- Status na amputatie.

Voor de volgende aandoeningen in het bewegingsapparaat wordt het aantal behandelingen fysiotherapie of oefentherapie vergoed voor de aangegeven periode:

- Frozen shoulder (capsulitis adhaesiva), tot maximaal twaalf maanden;
- Postpartum bekkeninstabiliteit, tot maximaal drie maanden;
- Fracturen, als deze conservatief worden behandeld, tot maximaal zes maanden, aansluitend op de conservatieve behandeling;
- Whiplash, tot maximaal drie maanden. Als na drie maanden nog sprake is van zowel bewegingsverlies, als conditieverlies en cognitieve stoornissen is verlenging mogelijk met maximaal zes maanden.

Hartaandoeningen, waarbij de cardioloog de indicatie voor de therapie heeft gesteld en de behandeling plaatsvindt conform de Richtlijnen Hartrevalidatie in Nederland 1995/1996:

- Myocard-infarct (AMI);
- Status na coronary artery bypass-operatie (CABG);
- Status na percutane transluminale coronair angioplastiek (PTCA);
- Status na hartklepoperatie;
- Status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijkingen.

### Overige aandoeningen:

- Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), als sprake is van een FEV1/VC, kleiner dan 60%;
- Aangeboren afwijking van de tractus respiratorius: als de diagnose gesteld is door een medisch-specialist;
- Lymfoedeem;
- Littekenweefsel van de huid, al dan niet na een trauma;
- Diffuse interstiële longaandoening, indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis en als de diagnose is gesteld door een medisch-specialist.

Voor de volgende overige aandoeningen worden de kosten van fysiotherapie of oefentherapie vergoed voor de aangegeven periode per indicatie:

- Claudicatio intermittens (vasculair) graad 2 of 3 Fontaine, tot maximaal twaalf maanden;
- Status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie, dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp naar het oordeel van de medisch-specialist of verpleeghuisarts, dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling, tot maximaal twaalf maanden in aansluiting op het ontslag naar huis of de beëindiging van de behandeling in de instelling;
- Weke delen tumoren, tot maximaal twee jaren na de bestraling.

## Bijlage 2

### Reglement PGB Experiment GGZ

Bij de toekenning van het PGB GGZ zoals genoemd in artikel 12.15 van deze polisvoorwaarden gelden de volgende voorwaarden:

1. OHRA verstrekt het (voorschot) op het budget alleen als en voorzover u aannemelijk maakt dat u behoefte heeft aan de desbetreffende vorm van zorg of dienst;
2. het (voorschot op het) budget is gemaximeerd tot het bedrag gelijk aan het voor Nederland geldende marktconforme bedrag voor de niet- klinische geestelijke gezondheidszorg zoals genoemd in artikel 12.13 en 12.14 B van deze polisvoorwaarden. Op dit bedrag worden eventuele eigen bijdragen die conform

deze polisvoorwaarden gelden voor de geïndiceerde zorg of dienst en, verplicht en/of vrijwillig eigen risico zoals bedoeld in artikel 6 van deze polisvoorwaarden, inmindering gebracht..

3. OHRA voldoet het (voorschot op het) budget in redelijke door haar te bepalen termijnen;
4. OHRA behoudt zich het recht voor om in plaats van geld op geld waardeerbare coupons te verstrekken;
5. u moet kwalitatief verantwoorde zorg inkopen en zich wenden tot een zorgverlener of instelling die bevoegd is tot het verlenen van zorg;
6. u moet zorgdragen voor een schriftelijke overeenkomst met de zorgverlener
7. u bent verplicht ervoor te zorgen dat de door of namens de zorgverlener ondertekende declaratie gespecificeerd is. Deze declaratie moet bevatten:
  - aard van de behandeling,
  - datum behandeling,
  - duur van de behandeling,
  - gedeclareerd bedrag,
  - het uurtarief,
  - sofi-nummer, naam en adres van de zorgverlener;
8. u moet overeenkomsten met een gecontracteerde zorgverlener en de declaraties van deze zorgverlener gedurende een periode van vijf jaar te bewaren. Als OHRA naar deze gegevens informeert dient u deze te kunnen overleggen;
9. u moet binnen vier weken na het einde van een voorschotperiode aan OHRA verantwoording afleggen over de verrichte betalingen;
10. u moet bij de verantwoording betreffende de laatste voorschotperiode een overzicht aan OHRA verstrekken met de namen, adressen en sofinummers van ingeschakelde zorgverleners.

---

### Bijlage 3

#### Premiebijlage

OHRA stelt de hoogte van de premie en eventuele toeslagen en/of kortingen vast. Deze staan op het polisblad vermeld.

#### Kortingen bij eigen risico

De korting heeft betrekking op de nominale jaarpremie.

Eigen risico	Korting
€ 100,-	€ 40,-
€ 200,-	€ 80,-
€ 300,-	€ 120,-
€ 400,-	€ 160,-
€ 500,-	€ 200,-







